



Universidade Fernando Pessoa
Curso de Doutoramento em Ciências Empresariais

João Melo e Sousa Bentivi

GESTÃO DO COOPERATIVISMO MÉDICO NO BRASIL
-Um estudo sobre o Sistema UNIMED (Cooperativa de Trabalho Médico)

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

Universidade Fernando Pessoa
Curso de Doutoramento em Ciências Empresariais

João Melo e Sousa Bentivi

GESTÃO DO COOPERATIVISMO MÉDICO NO BRASIL
-Um estudo sobre o Sistema UNIMED (Cooperativa de Trabalho Médico)

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

João Melo e Sousa Bentivi

GESTÃO DO COOPERATIVISMO MÉDICO NO BRASIL
-Um estudo sobre o Sistema UNIMED (Cooperativa de Trabalho Médico)

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do grau de
Doutor em Ciências Empresariais, sob orientação
do Prof. Doutor Carlos Teixeira Alves.

Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2015

Resumo

Esta pesquisa situa-se no campo da gestão, com interfaces no campo da saúde, da gestão em cooperativas, bem como da administração pública no setor saúde. Tem como objeto de estudo o Sistema UNIMED, uma cooperativa brasileira de serviços médicos, nascida no interior paulista, mais precisamente na cidade de Santos e, em 40 anos, atingiu todos os rincões brasileiros, adentrou na América do Sul e se encaminha para o mundo. Pelo inusitado e pela importância social e econômica, o Sistema UNIMED tem merecido múltiplas abordagens, desde as jornalísticas, até as científicas, como essa tese, cuja originalidade deve-se ao fato de abordar a gestão deste sistema por meio da identificação e da desvelamento dos tipos de liderança, com ênfase em seus mecanismos de avaliação; de formação de seus quadros e em suas estratégias de comunicação. Nesses termos, esta tese passa pelo entendimento do cooperativismo como fenômeno social e cultural, quer no mundo e quer no Brasil. Aborda também a historiografia da saúde brasileira, como se instituiu o Sistema UNIMED e todas as suas correlações sociais, políticas, mercadológicas e trabalhistas. Noutra vertente, adentra nos conceitos de liderança e cultura organizacional, para entender e correlacionar esses conceitos com a realidade do Sistema UNIMED, na visão do setor basilar do sistema: as cooperativas singulares. Constitui-se a pesquisa num estudo de caso com intuito de conhecer a evolução da instituição no que concerne a suas práticas. Na recolha das informações, optou-se pela aplicação de um inquérito por questionário aplicado aos médicos cooperados que ocupam cargos na diretoria do Sistema, articulando-se, por meio da técnica escolhida, informações sintetizadas nas seguintes temáticas: perfil do entrevistado; perfil da UNIMED do entrevistado, subdividindo-se em: conhecimentos gerais, formação/treinamento/integração; liderança; comunicação e avaliação.

A nossa investigação demonstrou o seguinte – sem o sistema UNIMED a saúde pública do Brasil atingiria dimensões de grande precarização; este sistema tem uma marca de qualidade, ao nível do SUS, da rede de seguradoras, autogestão e Medicina de Grupo; ao nível da liderança não existe um tipo específico; a UNIMED criou uma cultura organizacional própria, singular, repetível, aprendível, modificável e inteligente - chamada de cultura organizacional UNIMEDiana; promove práticas de transformação social – as práticas de responsabilidade socioambiental são uma realidade; é um criador de novos paradigmas dentro do cooperativismo.

A cultura organizacional UNIMEDiana é, na verdade, uma das explicações para o sucesso do Sistema UNIMED.

Palavras-chave: UNIMED, Saúde, Liderança, Cultura Organizacional, Cooperativismo

Abstract

This research is situated in the field of management, with interfaces in the field of health, management in cooperatives and public administration in the health sector. Its object of study is the UNIMED system, a Brazilian medical services cooperative, based in São Paulo, namely in the city of Santos, and in a period of 40 years, has reached all Brazilian corners, entered in South America and is heading for the world. Because of the unusual and its social and economic importance, the UNIMED system has received multiple approaches, from the news, to the scientific, as this thesis, whose originality is due to the fact that it addresses the management of this system by identifying and unveiling the types of leadership, with an emphasis on its evaluation mechanisms; training of its staff and in their communication strategies. In these terms, this thesis requires an understanding of the cooperative as a social and cultural phenomenon, both in the world as in Brazil. It also discusses the historiography of Brazilian health, how the UNIMED system was instituted and all its social, political, marketing and labor correlations. In another area, it enters the concepts of leadership and organizational culture, in order to understand and to relate these concepts to the reality of the UNIMED system, in the view of the basic sector of the system: the single cooperatives. The research is a case study aiming to understand the evolution of the institution with regard to their practices. As far as the gathering of information is concerned, we opted for a questionnaire applied to the cooperative doctors who hold positions on the board of the system, linking up through the chosen technique, data summarized in the following themes: the interviewee profile; Profile of the interviewee by the UNIMED, subdivided into: general knowledge, training / education / integration; leadership; communication and evaluation.

Our research showed the following - without the UNIMED system public health in Brazil would reach great dimensions of precariousness; this system has a quality label at the Unified National Health System, the network of insurers, self-management and Managed Care; at the level of leadership there is no specific type; UNIMED has created its own organizational culture, unique, repeatable, apprehensible, modifiable and smart – referred to as UNIMEDIAN organizational culture; it promotes social change practices - the socio-environmental practices are a reality; it is a creator of new paradigms within cooperativism.

The UNIMEDIAN Organizational culture is actually one explanation for the success of the UNIMED System.

Keywords: UNIMED, Health, Leadership, Organizational Culture, Cooperativism

O SONHO IMPOSSÍVEL

(The impossible dream – Joe Darion/Mitch Leigh)

Sonhar mais um sonho impossível
Lutar quando é fácil ceder
Vencer o inimigo invencível
Negar quando a regra é vender
Sofrer a tortura implacável
Romper a incabível prisão
Voar num limite improvável
Tocar o inacessível chão
É minha lei, é minha questão
Virar este mundo, cravar este chão
Não me importa saber
Se é terrível demais
Quantas guerras terei que vencer
Por um pouco de paz
E amanhã se este chão que eu beijei
For meu leito e perdão
Vou saber que valeu
Delirar e morrer de paixão
E assim, seja lá como for
Vai ter fim a infinita aflição
E o mundo vai ver uma flor
Brotar do impossível chão

(Versão cantada por Maria Betânia)

Dedicatória

Dedico essa obra ao sonho.

O sonho de uma genial e inesquecível mãe, dona Zima, analfabeta e de um amado pai, José Bentiví, um açougueiro. O sonho que nascia, mesmo na impossibilidade, já que o melhor futuro traçado para mim, então, era, também, ser açougueiro, sem ser analfabeto. Não seria desonra, decerto. A caminhada foi íngreme e, pela minha inquietude, até mesclada com doses de temeridade, adentrei em muitos caminhos;

O sonho do menino em cuja vida se entranharam, como irmãs siamesas, duas ações importantes: estudar e trabalhar. Uma dependia da outra, aliás, uma não sobreviveria sem a outra. Pode, assim, concluir três graduações (medicina, direito e Jornalismo) e construir uma carreira docente universitária múltipla, ministrando, disciplinas em vários cursos, com destaque para Fonoaudiologia, Direito e Medicina;

O sonho de um apaixonado professor, com mais de quarenta anos de experiência, que via, a cada dia que passava, diminuir a chance de coroar uma carreira acadêmica com a pós-graduação que todos nós da academia temos por meta: o doutoramento;

O sonho de, mesmo na impossibilidade, acreditar em milagres, como o menino acreditou. E eis que surge o doutoramento, em terras lusitanas. Mais uma vez, o sonho tornou-se realidade.

Enfim, procuro palavras para resumir essa dedicatória e a melhor continua a ser sonho. O mais interessante é que, dentro de mim, no mais recôndito do meu ser, sinto que essa etapa, a concluir-se agora, não se parece com um ponto final.

Agradecimentos

Livros, dissertações e teses sobre sentimentos nobres descrevem, em regra, o amor como o melhor protótipo, entretanto, sem obscurecê-lo, entendo que a gratidão guarda nobreza inigualável. Essa nobreza é quase uma obrigatoriedade. Parece a mim que amar é decisão e, no ser grato, a decisão vai mais além: é obrigação.

As dificuldades na construção dessa tese só foram ultrapassadas porque Deus, o meu maior agradecimento, colocou em meu caminho inúmeras pessoas que, sem ordem cronológica ou de importância, passarei a enumerar, sem medo de ser exaustivo.

Inicialmente, à pátria lusitana, corporificada pela Universidade Fernando Pessoa e representada pelo seu reitor professor-doutor Salvato Trigo, pela possibilidade em me doutorar. Aprendi, nesse doutorado, a não me sentir estrangeiro em Portugal, a entender sua cultura e seu povo, mudar conceitos e a respeitar e admirar muito mais a nação portuguesa;

Ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Alves. Sua orientação teve a possibilidade de transformar esse notável mestre em mais que um orientador. Posso afirmar que ganhei um amigo em terras lusitanas e o mais importante é que essa amizade ultrapassou as nossas individualidades e agregou-se, definitivamente, em nossas famílias. Sem olvidar o apoio irrestrito e fundamental de sua esposa, a Professora Doutora Piedade Alves e sua filha, também professora da Universidade Ceuma, professora doutora Cândida Alves;

Ao Dr. João Barreiros, sem o qual nem iniciaria essa caminhada;

Ao meu primeiro orientador, Dr. Eduardo Brou, que me ajudou a iniciar esse trabalho, mas as dificuldades de minha lavra impediram-me de continuar juntos;

À minha universidade, Universidade Ceuma, por me permitir resgatar o sonho universitário que, quase no limite da desistência, já repousava nas gavetas do esquecimento;

Aos professores da Universidade Ceuma, Edson Diniz Ferreira Filho e José Samuel de Miranda Melo Junior, pelo apoio e orientações, sem as quais seria impossível essa caminhada;

Uma especial referência a UNIMED DO BRASIL, nas pessoas do presidente, Eudes Ferreira Aquino e o vice-presidente, Orestes Barrozo Medeiros Pullin, bem como a UNIMED Norte/Nordeste, na pessoa do presidente Reginaldo Tavares de Albuquerque, bem como aos amigos Rosandro Aranha Montenegro e Darival Bringel

de Olinda. Sem o apoio institucional da UNIMED DO BRASIL e da UNIMED Norte/Nordeste, principalmente na realização da pesquisa, esse trabalho não seria concluído.

A minha família, os Bentivis, presente maior de Deus, enorme família espalhada em tantos estados do Brasil, na alegria de continuar o pioneirismo familiar, sendo o seu primeiro doutor;

A minha amada esposa, companheira de dezenas de anos, Jane Rose, pelo apoio e pelas preciosas colaborações;

A minha irmã Zefinha Bentivi, por nossa cumplicidade e companheirismo que se estendem a todas as etapas de nossas vidas. Não há madrugadas que resistam a nós dois;

A minha sogra e companheira de todos os momentos, Lenir Cunha;

Aos meus amados filhos, Raimundo, João Filho e João José, pelo torcida, pelo incentivo e colaboração;

As minhas amadas filhas, Janaína, Maiara e Daiane. As três meninas foram, de fato, co-orientadoras.

- Janaína, na condução da pesquisa empírica, na ação incansável de estimular e “cobrar” nossos entrevistados a responder à pesquisa no tempo de que dispúnhamos (um tempo exíguo, diga-se). Também pela colaboração na sistematização dos dados;

- Maiara pela disponibilidade e ajuda, na leitura, na sistematização dos dados e, principalmente, na paciência e no carinho com que trata este velho pai, em momentos nos quais apaziguar é a palavra de ordem;

- Daiane, na leitura atenta da parte teórica e metodológica. Acredito que ela talvez nem queira ler a tese finalizada, já que, nos últimos tempos, leu-a à exaustão, ajudando o seu pai com correções e ideias.

Volto novamente a Deus, arquiteto maior de toda criação, a quem tenho servido por toda minha vida, pedindo a Ele que continue a guiar essa minha caminhada, nessa nova etapa que se inicia, permitindo que a graça imorredoura do Seu Filho e as consolações insondáveis do Seu Espírito continuem, enquanto a Sua onisciência, onipotência e onipresença possam determinar.

Índice geral

Resumo.....	VII
Abstract	VIII
Introdução	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
CAPITULO I – CULTURA ORGANIZACIONAL	8
1.1. Introdução	8
1.2. Cultura – Definição	8
1.3. Cultura organizacional	9
1.3.1. Cultura organizacional segundo Hofstede.....	12
1.3.2. Cultura organizacional segundo Schein	12
1.3.3. Cultura organizacional segundo Cameron e Quinn.....	14
1.3.4. Cultura organizacional segundo Trompenaars	15
1.3.5. Cultura organizacional segundo Fleury	16
1.4. Comportamento organizacional	17
1.5. Características da cultura organizacional	19
1.6. Dimensões da cultura organizacional.....	22
CAPÍTULO II – A LIDERANÇA	26
2.1. Introdução	26
2.2. Definição de Liderança	26
2.3. Teorias de Liderança	28
2.4. Como se deve comportar um líder	36
2.5. Liderança Organizacional	40
2.6. Teoria motivacional.....	42
2.7. Estilos de Liderança	43
2.8. Liderança no setor de saúde	44
CAPITULO III – ENTENDENDO O COOPERATIVISMO	49
3.1. Introdução	49
3.2. Conceitos fundamentais	49
3.3. Fundamentos filosóficos, princípios e gênese do cooperativismo	52
3.4. A marcha histórica do cooperativismo no mundo.....	69
3.5. Cooperativismo Brasileiro.....	77
3.5.1. O ambiente constitucional e legal para o surgimento do cooperativismo brasileiro .	78
3.5.2. O cooperativismo brasileiro e a Constituição de 1988.....	92
3.5.3. Os ramos do cooperativismo brasileiros	96
3.5.4. As cooperativas de trabalho	103
3.5.5. Como identificar uma cooperativa de trabalho e evitar desvios.....	107

CAPÍTULO IV -O AMBIENTE INSTITUCIONAL DA SAÚDE NO BRASIL	111
4.1. Introdução	111
4.2. O direito a saúde no Brasil	111
4.2.1. Antes da independência.....	111
4.2.2. No Brasil Imperial:.....	114
4.2.3. Na República Velha:	115
4.2.4. Na Era Vargas:	119
4.2.5. No Período da Redemocratização:	120
4.2.6. No Período da Ditadura Militar:.....	121
4.2.7. No Regime Liberal Democrático:	124
4.3. A Saúde Privada, a Assistência Suplementar e a UNIMED como Operadora de Planos de Saúde	127
4.4. O Sistema de Saúde Pública (SUS) no Brasil	134
4.4.1. Funções e objetivos do SUS	136
4.4.1.1. Funções	136
4.4.1.2. Objetivos principais do SUS	137
4.4.2. Princípios fundamentais e diretrizes do SUS	138
CAPÍTULO V – A ORGANIZAÇÃO UNIMED	142
5.1. Introdução	142
5.2. As origens da UNIMED	142
5.3. UNIMED- Algumas considerações.....	143
5.4. Estrutura organizacional da UNIMED	148
5.4.1. Sistema Cooperativo UNIMED.....	149
5.5. UNIMED do Brasil para o mundo	153
5.6. A UNIMED hoje, em números	155
PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	173
CAPÍTULO VI – METODOLOGIA	174
6.1. Introdução	174
6.2. O método científico.....	174
6.3. Pergunta de partida e objetivos da investigação.....	175
6.4. Método de investigação.....	177
6.5. Desenho do Questionário	179
6.6. Erro Amostral.....	181
6.7. Caracterização da Instituição	184
CAPÍTULO VII – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	186
7.1. Introdução	186
7.2. Da análise das questões	186
7.3. Da liderança em relação ao Sistema UNIMED:.....	212

7.4. Da cultura organizacional em relação ao Sistema UNIMED:.....	222
Conclusões e recomendações	229
1.Introdução	229
2. Principais conclusões da Investigação	229
Bibliografia	238

Índice de Figuras

Figura 1. Competing Values Framework	14
Figura 2. Liderança Transacional	34
Figura 3. Constituição do sistema cooperativo da UNIMED	149
Figura 4. Beneficiários de planos médico- hospitalares no Brasil, set/201.....	156
Figura 5. Mercado de trabalho da UNIMED	159
Figura 6. Dados de crescimento da Unimed entre 2012 e 2013	159
Figura 7. Rede de Hospitais UNIMED	160
Figura 8. Distribuições das UNIMEDs no Brasil por porte	161
Figura 9. Proporção de médicos no Brasil	161
Figura 10. Geração anual de receita com a operação de planos de saúde para as Cooperativas	162
Figura 11. Valor da Marca UNIMED -2014	162
Figura 12. Participação de mercado das marcas de plano de saúde no Brasil-2014.	163
Figura 13. Grau de satisfação da população brasileira com o plano de saúde – 2014.....	164
Figura 14. Top of Mind RH -2013	168
Figura 15. A UNIMED lidera a Folha Top of Mind	168
Figura 16. Empresa de maior prestígio do Brasil no sector da saúde	168
Figura 17. Liderança nacional no setor da saude	169
Figura 18. Prêmio de Mérito Lojista.....	169
Figura 19. As 1.000 melhores empresas do Brasil em vendas líquidas.....	169
Figura 20. Governância Cooperativa –Selo Nacional	170
Figura 21. Parceria da UNIMED com as Nações Unidas (PNUD)	170
Figura 22. Investimentos sociais públicos, Internos e Externos da UNIMED - 2013	171
Figura 23. Beneficiários com os projetos da UNIMED	171

Índice de Quadros

Quadro 1. Resumo da abordagem dos autores sobre cultura organizacional - valores	17
Quadro 2. Princípios propostos por Henry Fayol	30
Quadro 3. Perfis de acordo com a região cerebral	46
Quadro 4. Princípios da Lei orgânica da Saúde	136
Quadro 5. Diretrizes e princípios fundamentais do SUS	139
Quadro 6. Síntesedas técnicas mais utilizadas em Gestão	174
Quadro 7. Missão, Visão e Valores da UNIMED	175
Quadro 8. Vantagens /Desvantagens do inquérito por questionário	178
Quadro 9. Aspetos do questionário/ perguntas	179

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Operadoras médico-hospitalares em atividade no brasil – dez/2001 a set/2014	155
Gráfico 2. Distribuição nacional das operadoras médico-hospitalares por modalidade set/2014	156
Gráfico 3. Evolução de benefícios em Vínculos a planos médico-hospitalares de 2001 a 2014	157
Gráfico 4. Distribuição dos beneficiários entre as operadoras médico-hospitalares, jun/2014.....	157
Gráfico 5. Distribuição dos beneficiários de planos de saúde por tipo de contratação Operadoras de planos de saúde vs. UNIMED, jun/2014.....	158
Gráfico 6. Percepção do melhor plano de saúde do Brasil-2014.....	163
Gráfico 7. Pano de saúde considerado mais importante pelo médico brasileiro – 2014	164
Gráfico 8.Plano de saúde que pessoal médico brasileiro mais gosta de trabalhar – 2014.....	165
Gráfico 9. Plano de saúde que oferece melhor remuneração para o médico brasileiro – 2014	166
Gráfico 10. Plano de saúde que o médico brasileiro recomendaria para os clientes – 2014.....	166
Gráfico 11. As melhores empresas para começar a carreira – Índice no trabalho (IFT).....	167
Gráfico 12. As melhores empresas para começar a carreira – Índice no trabalho (IFT) (continuação).....	167

Gráfico 13. Evolução das UNIMEDscertificadas no selo de Responsabilidade Social.....	171
Gráfico 14. Qual a sua faixa etária (%).....	188
Gráfico 15. Qual seu tempo de formação em medicina (%).....	188
Gráfico 16. Qual o seu tempo de cooperado(%).....	189
Gráfico 17. Qual o seu tempo de dirigente nessa UNIMED (%).....	190
Gráfico 18. Qual o cargo que você exerce atualmente (%).....	190
Gráfico 19. Você possui pós-graduação em Gestão/Administração (%).....	191
Gráfico 20. Se possui pós-Graduação, em qual área (%).....	192
Gráfico 21. A UNIMED na qual trabalha tem quantos anos de existência (%).....	193
Gráfico 22. Há quantos cooperados na UNIMED em que você trabalha (%).....	193
Gráfico 23. Há quantos funcionários na UNIMED em que você trabalha (%).....	194
Gráfico 24. Há quantos usuários na UNIMED em que você trabalha (%).....	195
Gráfico 25. A comunicação entre dirigentes é formal (%).....	195
Gráfico 26. A comunicação entre funcionários é formal (%).....	196
Gráfico 27. A comunicação dos dirigentes para os funcionários é formal (%).....	196
Gráfico 28. O processo de contratação de funcionários é na forma de concurso, seleção ou entrevista (%).....	197
Gráfico 29. Na sua UNIMED, os procedimentos são formalizados em manuais, fluxogramas, normas, diretrizes ou protocolo (%).....	198
Gráfico 30. Os funcionários de sua UNIMED apresentam ideias e participam das decisões que levam a melhorias na prestação dos serviços (%).....	199
Gráfico 31. Os funcionários da sua UNIMED conhecem o negócio e as estratégias de gestão (%).....	200
Gráfico 32. Há mecanismo de integração entre os funcionários e dirigentes em sua UNIMED (%).....	201
Gráfico 33. A sua UNIMED possui mecanismos de avaliação de desempenho de seus funcionários(%).....	201
Gráfico 34. A sua UNIMED possui mecanismos de avaliação de seus cooperados (%).....	203
Gráfico 35. A sua UNIMED possui mecanismos de avaliação dos seus diretores (%).....	204
Gráfico 36. Há mecanismos de integração entre diretores e cooperados (%).....	204
Gráfico 37. As decisões da cooperativa são colegiadas (%).....	205
Gráfico 38. As decisões da Assembleia Geral são cumpridas pela Diretoria	

Executiva (%).....	205
Gráfico 39. A sua UNIMED possui mecanismos que permitam avaliar e melhorar as práticas de gestão e os padrões de trabalho (%).....	206
Gráfico 40. A sua UNIMED oferece oportunidade de treinamento e desenvolvimento/aprendizado aos funcionários (%).....	207
Gráfico 41. A sua UNIMED oferece oportunidade de treinamento/aprendizado aos seus diretores (%).....	207
Gráfico 42. Os cooperados recebem capacitação em Educação Cooperativista (%).....	208
Gráfico 43. A empresa utiliza ferramentas de marketing com o objetivo de reforçar a sua marca (%).....	208
Gráfico 44. Em sua área de atuação, a sua UNIMED pratica responsabilidade socioambiental (%).....	209
Gráfico 45. As estratégias determinadas pelo Sistema UNIMED -UNIMED DO BRASIL - são aplicadas (%).....	209
Gráfico 46. O tempo dispendido pelos diretores da cooperativa, para a gestão propriamente dita, diariamente (%).....	211
Gráfico 47. Quantos diretores têm dedicação exclusiva para o gerenciamento da cooperativa (%).....	211

Índice de Tabelas

Tabela 1. Distribuição dos erros (%) cometidos, para a estimação da proporção da categoria considerada, por variável/característica analisada.....	182
--	-----

Índice de Mapas

Mapa 1. As UNIMEDs, em novembro de 2014.....	185
--	-----

Lista de abreviaturas

ACI - Assessoria de Cooperação Internacional

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMB - Associação Médica Brasileira

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

BNH - Banco Nacional de Habitação

CAPS - Caixas de aposentadorias e Pensões

CBF - Confederação Brasileira de Futebol

CF - Constituição Federal

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CONASP - Conselho Consultivo de Administração Previdenciária

DNERU - Departamento Nacional de Endemias Rurais

FAASS - Federación Argentina de Autoridades Solidárias de Salud, Cooperativa Ltda

FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IFT - Índice de Felicidade no Trabalho

IHCO - International Health Cooperative Organisation

IMS/UERJ - Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro

IMS/UERJ - Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

ISS - Imposto Sobre Serviços

LICC - Lei da Introdução ao Código Civil

LOS - Lei Orgânica de Saúde

MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública

MS – Ministério da Saúde

MTIC - Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

OCESP – Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEBRAE / MEG - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas de Minas Gerais

SUS - Sistema Único de Saúde

TLS - Teoria de Liderança Situacional

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UNICRED - Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Médicos

UNIMED - Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

US - Unidades de Serviços

USIMED - Cooperativa de Usuários de Assistência Médica

USP - Universidade de São Paulo

Introdução

La cooperación es la base fundamental de la cultura de la humanidad y forma parte de su esencia, lo que hace de ella un factor de transformación dialéctica y de culturización constante.¹

Consuelo (2005).

1. Enquadramento do tema

As movimentações da sociedade são sempre importantes e sempre motivarão estudos e avaliações individuais e/ou acadêmicas, mas quando essas movimentações se relacionam com a saúde individual ou coletiva, tornam-se mais proeminentes em qualquer sociedade. É exatamente essa a temática dessa tese. Ao tratar do Sistema UNIMED pode-se aplicar diferentes visões, mas a questão saúde permeará todas elas de maneira absoluta e indissociável.

Por outro lado, essa tese foca a sociedade brasileira em seus aspectos históricos, acentuando-se na análise seus liames com a sociedade portuguesa e adentra, de maneira específica, em uma forma especial de organização social, cultural e trabalhista: as cooperativas.

O cooperativismo em geral e o médico, em particular, não é autóctone e foi incorporado na sociedade brasileira por uma decorrência direta da imigração europeia, mas, distinto da experiência histórica, trata-se de de cooperativismo diferente e pioneiro no mundo. É a primeira experiência e maior experiência de cooperativismo de trabalho em saúde e que recebeu o nome de UNIMED, que, nessa tese, será tratado como Sistema UNIMED.

Ademais, importa entender que o Sistema UNIMED está inserido em uma sociedade contemporânea, capitalista, com todos os seus problemas pertinentes e, além desses, tem que se readaptar às constantes mudanças da sociedade brasileira, principalmente as de natureza legais, aos ditames da globalização, da mercantilização e financeirização de todas as atividades humanas, bem como a busca da felicidade e realização pessoal e coletiva, que se sinonimiza com o nome de felicidade e saúde.

1

A cooperação é a base fundamental da cultura da humanidade e faz parte da sua essência, o que faz dela um fator de transformação dialéctica e de culturização constante.

Hoje é de uma impossibilidade absoluta entender a sociedade brasileira, vê-la em sua plenitude, sem a presença do Sistema UNIMED. Do ponto de vista social, trabalhista, assistencial, da sustentabilidade, em qualquer perspectiva, não se olha o Brasil dissociado da existência do Sistema UNIMED.

Assim, estudar o Sistema UNIMED, do nascedouro aos dias atuais, pela importância e inserção na vida brasileira, deixou de ser um mero instituto acadêmico ou curiosidade individual, para se transformar em um instrumento validador da experiência, bem como um caminho para adequá-la aos novos tempos, apontar as perspectivas de futuro, quer na pátria de origem, quer em outras plagas.

Importa frisar, repetir, que o Sistema UNIMED é o maior sistema cooperativo no campo da saúde no mundo, é, também, experiência imberbe para padrões históricos (menos de cinquenta anos), portanto muito tem a se modificar, aprender e se reconstruir. Por isso, esse trabalho se constitui como peça de uma grande engrenagem científica: não foi o primeiro e nunca será o último, mas será, com certeza, ferramenta para muitos pesquisadores que se encontram, nesse momento, no porvir.

Doutra forma, essa tese enfoca como se entender, no campo da gestão do Sistema UNIMED, o encontro entre a teoria e a empiria, à luz dos conceitos de estrutura, gestão, cultura organizacional e liderança. Poder-se-ia focar nos pioneiros do sistema, maior parte não mais presentes no mundo real; também poderiam ser os altos dirigentes, no ápice diretivo do sistema, aproveitando-se de suas visões privilegiadas.

Ainda poderiam ser focados os usuários do sistema, pessoas que recebem a atividade fim, para se evidenciar as suas experiências. Os múltiplos prestadores de serviços, tanto relacionados com a atividade meio e com a atividade fim; os colaboradores do Sistema UNIMED, responsáveis do dia a dia do sistema, todos poderiam ser o foco dessa tese.

Entretanto esse trabalho vai olhar um aspecto bem particular e, decerto, o mais importante: a cooperativa singular. Parece um foco bem restrito, porém é múltiplo, mas, nesse caso, será visto pela visão dos seus dirigentes, membros da parte executiva da cooperativa, denominada de Diretoria Executiva. Esse foco, nessa pesquisa, guarda um certo aspecto de ineditismo. Repita-se, essa tese visa desvendar a visão do dirigente de singular. No aprofundamento da tese o ineditismo é claro: como amoldam-se esses dirigentes aos conceitos de cultura organizacional e liderança descritos na literatura acadêmica. A dúvida a ser esclarecida é se esses processos, dentro das singulares, estão descritos no mundo da teoria, ou nunca o foram ou, mais interessante, se nas singulares,

na gestão e cultura organizacional, se criou um novo referencial teórico.

As conclusões apontarão essas respostas, mas acima de tudo, apontarão para o futuro. Discorrerão sobre erros e acertos do sistema, o que deve ser mudado e as concepções acertadas. Pela dimensão do Sistema UNIMED, entendê-lo deixou de ser um interesse meramente brasileiro, ele caminha para o mundo. E do ponto de vista da academia, sem adentrar no valor prático da existência do sistema, a existência do Sistema UNIMED proporcionará inúmeras e diferentes abordagens.

Portanto, entender o Sistema UNIMED é entender uma parte importante do mundo. Podemos dizer que nesse trabalho há uma boa parcela desse entendimento.

2. Justificação da escolha do tema

Apesar de sabermos que, em um trabalho de natureza científica, a boa norma é que a pessoa do discurso deve ser impessoal, permitam-me que aqui, nesse ponto, considerando o tema da investigação, fazer uma referência, que será tratada na primeira pessoa do singular: **eu**.

A escolha do sistema UNIMED como objeto não foi casual, nem circunstancial. Pela minha formação múltipla, poderia apontar diferentes assuntos, mas, desde o primeiro momento, em mim, nos meus pensamentos, estava o Sistema UNIMED. Desde os primeiros dias de minha vida profissional, abdiquei da ideia de trabalhar para planos de saúde, pois os via como perfeitos representantes de um negócio nem sempre virtuoso. Recém-formado, em minha cidade, tive a honra de ser o primeiro e único otorrinolaringologista da UNIMED de São Luís, por muitos anos. Nos primeiros anos, não era fácil explicar aos médicos o que seria uma cooperativa médica. Explicamos e a ideia foi vencedora.

Um dia, um convite inusitado: fui chamado para integrar a Diretoria Executiva da UNIMED de São Luís, inicialmente de maneira informal. Aceitei, veio eleição, fui eleito e, de certa forma, mudou minha vida. No início não tinha a menor noção do que era dirigir uma empresa, mesmo pequena. O cargo era Diretor Comercial, ou seja, o encarregado de vender o produto UNIMED para a sociedade. Exerci essa função por 18 anos e para resumir a minha participação, basta dizer que encontrei a UNIMED de São Luís com 2.000 usuários e deixei-a com mais de 50.000. Encontrei a UNIMED de São Luís sem um único bem imóvel e deixei-a com cinco grandes imóveis, incluindo um

hospital próprio, de 60 leitos, devidamente inaugurado.

Acreditando que estava há muito tempo em um cargo diretivo e que a renovação seria necessária, resolvi não mais postular nenhum cargo e deixei de ser diretor, ao final do meu mandato, por decisão pessoal. Não foi uma boa decisão para empresa. A Diretoria Executiva seguinte, em dois mandatos conseguiu causar severos e irreparáveis danos para a UNIMED de São Luís e, em consequência, ao Sistema UNIMED. Mas, isso não faz parte do escopo desse trabalho.

Quando, pois, abriu-se a possibilidade desse doutoramento, escolher como tema o Sistema UNIMED foi algo absolutamente natural. Melhor ainda, falaria desse sistema com absoluta isenção, já que, do ponto de vista formal, eu seria nada mais que um simples cooperado, agora vendo a direção da singular do lado de fora.

A visão científica, quanto mais desinteressada na personalidade, é mais correta para a ciência. É essa a minha postura, decerto. Portanto, e finalmente, esta tese com enfoque na importância do Sistema UNIMED, na cultura organizacional e liderança, no entendimento da base do sistema, pela visão da Diretoria Executiva das singulares vai responder às indagações propostas e proporcionar um incalculável padrão de emoção pessoal em quem construiu algo que acreditou e, ainda, acredita: o Sistema UNIMED.

3. Pergunta de Partida e objetivos da investigação

No sentido de determinarmos, os nossos objetivos de investigação, de definirmos a nossa pergunta de partida, assim como as hipóteses, procuramos rever três aspectos fundamentais da UNIMED que são: Missão, Visão e Valores, considerando a importância que têm.

A nossa pergunta de partida é a seguinte:

- Em que medida a UNIMED contribuiu para alterar a Política de Saúde no Brasil?

O objetivo principal desta investigação é:

- Determinar a importância da UNIMED na Política de Saúde no Brasil.

Os objetivos específicos são:

1. Identificar o tipo de liderança da UNIMED;
2. Verificar se a UNIMED possui mecanismos de avaliação;
3. Verificar as práticas de comunicação entre cooperados, entre os colaboradores, entre esses dois grupos e dentro do próprio Sistema UNIMED;
4. Identificar em que medida a UNIMED é promotora de práticas de transformação social;
5. Compreender o papel da UNIMED na mudança de paradigma do cooperativismo.

No sentido de responder-se a pergunta de partida, a investigação caminhou em suporte teórico e empírico. Esse aprofundamento tanto permitiu as respostas, como informações adicionais e informações importantes para o Sistema UNIMED.

4. Metodologia de Investigação

No sentido de alcançar os objetivos propostos na nossa investigação, optou-se pelo estudo de caso. A planificação de um estudo de caso pode incorporar tanto metodologia de abordagem quantitativa, quanto qualitativa e de diversas fontes de informação, sempre que convergentes com o objetivo de estudo.

Dado o número de pessoas a inquirir, optou-se pelo inquérito por questionário, através do preenchimento on-line, por considerarmos esta forma de resposta mais fácil para os respondentes, através do link:

https://docs.google.com/forms/d/18xpz7P5w1OGtYh9S454S5_Y0qPvH0iYeI05alilNJR4/viewform?usp=send_form, após obter-se autorização da diretoria da UNIMED DO BRASIL.

A elaboração do questionário, a entrada de dados, a tabulação e a representação geográfica dos dados, serão realizados através do programa SPHINX de pesquisa estatística. Além do questionário, foi usado, também, dados oriundos do documento Panorama da Saúde Suplementar do Brasil, elaborado pela área de Gestão Estratégica da UNIMED do Brasil, publicado em dezembro de 2014.

5. Estrutura da Tese

O presente trabalho de investigação encontra-se dividido em duas partes: Enquadramento Teórico e Enquadramento Empírico.

A Parte I, Enquadramento Teórico divide-se em cinco capítulos:

No Capítulo I, será abordada Cultura Organizacional, onde são abordados as definições relativas, a cultura organizacional por diferentes autores, as características e dimensões da cultura organizacional. O Capítulo II é destinado ao estudo sobre liderança, suas conceituações, tipos e estilos. O Capítulo III, Entendendo o Cooperativismo, são retratados conceitos fundamentais, fundamentos filosóficos, princípios e gênese do cooperativismo, a marcha histórica do cooperativismo no mundo e o cooperativismo brasileiro. O Capítulo IV é a historiografia da saúde brasileira e o Capítulo V é o estudo do objeto da tese: o Sistema UNIMED.

A Parte II, Enquadramento Empírico, divide-se em dois capítulos. Capítulo VI, Opções Metodológicas, onde será explicado o método científico utilizado, assim como o método usado para a recolha de informação, a pergunta de partida que serviu de base à investigação e os objetivos da investigação, o método de investigação, as técnicas de recolha, como se estruturou o questionário e a caracterização da instituição. No Capítulo VII, será apresentado a análise dos resultados da investigação, dividido em três subtópicos: da análise das questões, da liderança em relação ao Sistema UNIMED, da cultura organizacional em relação ao Sistema UNIMED. Seguem-se as conclusões do trabalho e recomendações para futuras investigações e, por último, a Bibliografia que serviu de base à nossa investigação, assim como os anexos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO I – CULTURA ORGANIZACIONAL

*Culture is an abstraction, yet the forces that are created in social and organizational situations that derive from culture are powerful. If we don't understand the operation of these forces, we become victim to them.*²

(Schein, 2004)

1.1. Introdução

A cultura assenta num conjunto de valores e pressupostos básicos que se manifestam através de símbolos, que organizam, constroem significados, favorecem a identidade organizacional, agindo como elemento de comunicação no sentido do consenso ou instrumentalizando relações de domínio.

Neste capítulo exploramos o significado de Cultura Organizacional, fazemos algumas reflexões do que é a Cultura Organizacional, para alguns autores. Focamos também o comportamento organizacional, as suas características e as suas dimensões.

1.2. Cultura – Definição

A cultura vai para além das normas e valores de um grupo. Ajuda a estabilizar o meio ambiente interno e externo, ela é sempre demonstrada aos novos membros da organização. (...) para que a cultura possa desenvolver esta função, ela deve ser aceite como válida, congruente, sem esquecer as experiências e vivências das novas gerações que acabam depois por ter repercussões na organização. A cultura também é feita de mudanças.

(Bilhim, 2005, p. 191)

O mercado do trabalho tem passado por profundas transformações. Temas como a globalização, flexibilização, competitividade e novas formas de organização do trabalho têm sido objeto de análise por parte daqueles que atuam ou estudam as organizações.

Segundo Pires e Macêdo (2006)

No ambiente globalizado, turbulento, onde as interações sociais ocorrem entre pessoas de diferentes regiões e países, a palavra cultura emerge como uma das variáveis fundamentais para a compreensão do fenómeno organizacional (p.83).

² Cultura é uma abstração, mas as forças que são criadas em situações sociais e organizacionais que derivam da cultura são poderosas. Se não compreendermos o funcionamento dessas forças, nós tornar-nos-emos vítimas delas.

A cultura é um dos pontos-chave na compreensão das ações humanas, funcionando como um padrão coletivo que identifica os grupos, suas maneiras de perceber, pensar, sentir e agir. Assim, mais do que um conjunto de regras, de hábitos e de artefatos, cultura significa construção de significados partilhados pelo conjunto de pessoas pertencentes a um mesmo grupo social (Op. cit.).

Segundo Schein (2010), a cultura de um grupo pode ser definida como um padrão de pressupostos básicos partilhados e aprendidos por um grupo, à medida que são resolvidos os problemas de adaptação exterior.

A palavra cultura possui vários significados, todos eles derivados de sua raiz latina, que se refere à plantação no solo. Em muitas línguas ocidentais, cultura significa civilização ou refinamento da mente e, em particular, os resultados desse refinamento, como educação, arte e literatura.

A cultura expressa os valores e as crenças que os membros de um determinado grupo partilham. Esses valores manifestam-se por meio de símbolos, como mitos, rituais, histórias, lendas e uma linguagem especializada, orientando os indivíduos de um determinado local na forma de pensar, agir e tomar decisões, sendo um indivíduo essencialmente um ser cultural. A cultura não é inata, aprende-se. Os seus diferentes aspectos estão inter-relacionados e é um meio de comunicação insubstituível para o homem.

A cultura pode, assim, entender-se como conjunto complexo e multidimensional de tudo o que constitui a vida em comum de grupos sociais, ou seja, um conjunto de modos de pensar, de sentir e de agir, mais ou menos formalizados, os quais, tendo sido aprendidos e sendo partilhados por uma pluralidade de pessoas, servem de maneira ao mesmo tempo objetiva e simbólica, e passam a integrar essas pessoas numa coletividade distinta de outras.

1.3. Cultura organizacional

É fundamental para entender os processos, estudar a cultura organizacional em cenários de mudança que envolvem as organizações, pois é por meio da compreensão dos valores básicos da cultura, alterados com e durante as mudanças, bem como de que

forma se comportam os diferentes grupos diante desse processo (Moraes & Fadel, 2007).

Segundo Pickina (2008), o termo “cultura organizacional” apareceu casualmente na literatura de língua inglesa pela primeira vez nos anos 60, como sinônimo de clima. O termo equivalente “cultura de corporação”, aparecido nos anos 70 ganhou popularidade com a publicação com esse título, de Terense Deal e Allan Kennedy, em 1982 nos Estados Unidos.

Uma das definições que oferece mais consenso para a compreensão da cultura organizacional, considera-a com sendo um conjunto de valores nucleares, normas de comportamento, artefatos e padrões de comportamento que governam a forma como as pessoas interagem numa organização e o modo como se empenham no trabalho e na organização (Schein 1990, *cit. in* Santos & Sustelo, 2009).

De acordo com Horostecki *et al.* (2011), a Cultura Organizacional pode ser compreendida como um conjunto de normas e leis compartilhadas pelos membros de uma determinada organização. Além do estabelecimento de relações complexas, a cultura organizacional possibilita o desenvolvimento de regimentos que governam o comportamento destes que fazem parte da organização.

Segundo Horostecki *et al.* (2011), pesquisas realizadas no âmbito acadêmico indicam que, mesmo havendo em grande número literaturas que abordam esta temática, é necessário o aperfeiçoamento da sistematização teórico – conceitual, haja vista a multiplicidade de conceituações, paradigmas e enfoques a ele subjacentes. Assim, percebe-se que o enfoque sobre a descrição do que é cultura organizacional é um tema complexo e a ampla compreensão sobre esta temática permite-nos descrevê-la como um conjunto de valores individuais identificados, projetados e compartilhados com os demais membros de uma organização.

Chiavenato (2004, *cit. in* Horostecki *et al.* 2011) realiza o comparativo da cultura organizacional com um *iceberg*, visto que aqui, aquilo que é expressamente manifesto fica fácil identificar. Tal comparação tem por objetivo indicar que as organizações possuem metodologias específicas que possibilitam ao colaborador apreender a forma como os processos acontecem no ambiente organizacional.

Segundo Luz (2003), a cultura de uma organização pode ser expressa através do código de ética, declaração da visão, missão e dos valores da organização, dos seus

slogans, e finalmente, através do comportamento da empresa e do comportamento dos seus colaboradores, salientamos aqui a influência do meio sócio-cultural ao qual a organização está inserida.

Para que a cultura da organização seja compartilhada entre os membros que a compõe, é necessário que os gestores estimulem os seus colaboradores a alcançarem os objetivos básicos da organização. Isso possibilita a compreensão de que tais objetivos são as atividades essenciais que cada membro da organização deve realizar para o alcance das metas da organização. A forma de trabalhar de uma organização é determinada pela forma de pensar dos seus idealizadores.

A cultura possibilita a manifestação dos valores e crenças que cada colaborador partilha com a organização. Sobre esta perspectiva Paz e Tamayo (2004) descrevem sobre um conjunto de fatores a serem analisados, mensurados e avaliados, considerados com como aspectos de suma importância para a compreensão do que é a cultura organizacional: poder organizacional, jogos políticos, ritos e mitos. Define-os da seguinte forma:

- 1. Poder Organizacional:** é a capacidade de determinar os resultados a serem alcançados no seio da organização.
- 2. Jogos Políticos:** são comportamentos onde determinados colaboradores tentam influenciar as decisões, para atingir os objetivos pessoais em vez dos da organização.
- 3. Ritos:** são a atividades que demonstram, na prática, como os valores organizacionais foram absorvidos. De acordo com Luz (2003) são atividades “rotineiras” que uma organização realiza, para atingir um fim. Exemplo: admissões.
- 4. Mitos:** são acontecimentos que por meio das ações, percepções, sentimentos e pensamentos, são manifestos em forma de histórias. Segundo Luz (2003), são figuras imaginárias, utilizadas na sua maioria para reforçar determinadas crenças organizacionais.

Segundo Silva e Zanelli (2004) podemos compreender cultura organizacional como sendo a forma de pensar, de agir e sentir de cada organização, e que esta forma particular de *ser provém* dos princípios que seus precursores idealizaram e “uma vez

estabelecidos, os comportamentos considerados apropriados são apresentados e transferidos às gerações futuras de dirigentes e aos demais integrantes da comunidade organizacional, como o modo certo de conceber a realidade” (p.47).

1.3.1. Cultura organizacional segundo Hofstede

Hofstede (1991, *cit. in* Hallak, 2008) foi um dos precursores a abordar a relação da cultura organizacional com a cultura nacional, tendo realizado uma pesquisa comparativa em 61 países onde pretendeu, a partir de um estudo quantitativo, identificar diferenças nos sistemas nacionais de valores. Com este estudo detectou que os empregados de uma mesma empresa multinacional, possuíam diferenças significativas em relação a comportamentos e atitudes. Este fato pode ser explicado pelas diferenças de valores presentes na cultura de cada país. O mesmo autor defende que cultura é uma idealização de uma mentalidade coletiva, que distingue os membros de um grupo (ou categorias de pessoas) uns dos outros, e pode ser aplicada a nações, organizações, profissões, grupos religiosos ou étnicos. Após pesquisas posteriores, uma quinta dimensão foi acrescida: orientação para curto ou longo prazo (Alcadipani; Crubellati, 2003).

O modelo de cultura proposto por esse autor afigura-se ao modelo de Trompenaars (1994), no qual divide a cultura em níveis ou camadas, que são representadas em símbolos, heróis, rituais e valores e a visualização parte da camada mais superficial – símbolos, para a camada mais profunda – valores, formando o cerne da cultura (Hallak, 2008).

1.3.2. Cultura organizacional segundo Schein

Para Schein (2004, *cit. in* Hallak, 2008) cultura é a principal fonte de identidade de uma organização, e apresenta a seguinte definição:

a pattern of shared basic assumptions that the group learned as it solves its problems to external adaptation and internal integration, that has worked well enough to be considered valid and, therefore, to be taught to new members as the, correct way you perceive, think, and feel in relation to those problems ³(pp. 16,17).

³ Cultura Organizacional é o conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionam bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas (p.17).

Segundo este autor, a cultura de uma organização pode ser assimilada a vários níveis:

- Nível dos artefatos visíveis - ou seja no ambiente constituído da organização, representado pela sua arquitetura, manuais de instruções e procedimentos tecnologia, comportamentos visíveis, disposição dos escritórios, comunicações abertas, etc.);
- Nível dos valores - que governam o comportamento das pessoas, ou seja, do código ético e moral do grupo. É o nível intermediário, entre o consciente e o inconsciente,
- Nível dos pressupostos básicos - paradigmas inconscientes e invisíveis, que determinam como os membros de um grupo percebem, pensam e sentem o mundo externo, a natureza da realidade, do tempo e do espaço, a natureza da atividade humana e das relações humanas (Schein, 1984, p.6 *cit. in* Arruda, 2006).

Em termos metodológicos, Schein propõe como processo de identificação do universo cultural de uma organização:

- Analisar o teor e o processo de socialização dos novos membros.
- Analisar de que forma são dadas respostas a incidentes críticos da história da organização.
- Analisar as crenças, valores, convicções dos criadores e portadores da cultura (é necessário recuperar as suas propostas, as suas metas, a sua visão de mundo e da organização, o seu modo de agir e de avaliar resultados).
- Explorar e analisar, junto das pessoas da organização, as observações surpreendentes descobertas durante as entrevistas, o que auxiliará no processo de desvendar as premissas básicas e seu padrão de interação para formar o paradigma cultural (Arruda, 2006).

Schein (2004 *cit. in* Hallak, 2008) salienta a necessidade de se considerar sempre a perspectiva cultural para se poder diagnosticar o ambiente e decifrar, através de lentes culturais, as forças que operam nos grupos e nas organizações. O autor ressalta também que o processo dinâmico de criação e gestão da cultura está intimamente relacionado com a liderança, fazendo da cultura e da liderança dois lados da mesma moeda.

1.3.3. Cultura organizacional segundo Cameron e Quinn

O modelo organizacional de Cameron e Quinn (1999, *cit. in* Hallak, 2008) é chamado de “*competing values framework*”, que significa modelo de valores competitivos, ou modelo de valores contrastantes, composto por duas grandes dimensões formando quatro quadrantes, conforme mostra a figura 1 que representam um conjunto de indicadores ilustrativos do que as pessoas valorizam no desempenho das organizações:

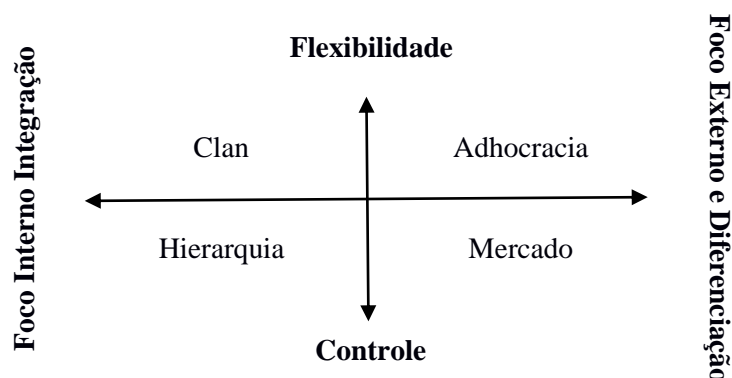


Figura 1: *Competing Values Framework* (Cameron & Quinn, 2006, p. 50)

O quadrante superior esquerdo diz respeito aos valores que enfatizam foco interno, ambiente amigável e familiar, fidelidade e comprometimento, participação e consenso. O quadrante inferior diz respeito ao direito, orientação por objetivos e resultados, competição e preocupação com a reputação, sucesso e ganho (mostra valores que enfatizam um foco externo).

O quadrante superior direito identifica, dinamismo e empreendedorismo, criatividade e inovação, com forte estímulo às iniciativas individuais e à liberdade (valores que enfatizam um foco externo). O quadrante inferior esquerdo diz respeito aos valores de controle, culto aos procedimentos e às regras formais, eficiência, alta capacidade operacional e preocupação com segurança e previsibilidade (ênfata o processo interno).

Kim Cameron e Robert Quinn (1999, *cit. in* Hallak, 2008) defendem que, embora a estratégia, presença no mercado e tecnologia sejam importantes, empresas de

alta performance capitalizam estas forças desenvolvendo uma cultura corporativa forte e única.

Para os autores, a cultura refere-se aos valores assumidos como certos, pressupostos básicos, expectativas, memória coletiva e definições presentes na empresa, refletindo a ideologia que as pessoas carregam dentro de si, estabelecendo premissas não ditas e não escritas de como lidar com a empresa.

Uma vez que o tema cultura organizacional é extremamente abrangente e possui largo escopo, e por envolver fatores complexos, inter-relacionados e ambíguos, os autores alegam que é praticamente impossível incluir todos os fatores relevantes no seu diagnóstico. Entretanto o modelo proposto trata de interpretar uma vasta variedade de fenômenos, explicando quatro tipos de cultura dominantes que definem os valores principais, pressupostos, interpretações e abordagens que caracterizam a organização (Hallak, 2008).

Este tipo de modelo permite a comparação dos dados obtidos em diferentes empresas e a identificação do grau de alinhamento da cultura existente às estratégias organizacionais, no sentido em que permite visualizar o diagnóstico da cultura da empresa e confrontar com os valores realmente necessários para o sucesso do planejamento estratégico.

1.3.4. Cultura organizacional segundo Trompenaars

Trompenaars (1994 cit. in Hallak, 2008) afirma que a cultura apresenta-se em camadas, como se se tratasse de uma cebola, e que, para a compreender, deve-se descascá-la, uma camada de cada vez. Este modelo apresenta três níveis: o nível externo - com os artefatos e produtos explícitos; o nível intermediário - com normas e valores e o centro - com as premissas básicas implícitas sobre a existência.

Este conceito assemelha-se ao de Schein (2004) uma vez que considera que a cultura surge pela necessidade de soluções específicas a determinados problemas. Segundo este autor, a cultura é um sistema comum de significados, que mostra ao que se deve prestar atenção, como se deve agir e o que se deve na realidade valorizar. Para Trompenaars (1994 cit. in Hallak, 2008) a cultura é subconsciente, pois não é verbalizada, mas cria as raízes da ação, o que a torna preponderantemente implícita.

Para o autor as dimensões da cultura variam de uma organização para a outra em função das soluções dadas aos problemas comuns. Assim, Trompenaars identifica sete dimensões fundamentais da cultura que têm como objetivo o de ajudar a explicar como o processo de gerenciamento intercultural pode ser afetado, partindo da proposição de que a cultura oferece resposta e orienta o comportamento em situações aflitivas:

- Universalismo x particularismo;
- Individualismo x coletivismo;
- Neutro x emocional;
- Específico x difuso;
- Conquista x atribuição;
- Atitudes em relação ao tempo;
- Atitudes em relação ao ambiente (Hallak, 2008).

Com base nestas dimensões, o autor classifica as empresas em quatro tipos de culturais:

1. A família – cultura voltada ao poder;
2. A torre Eiffel – cultura orientada à função;
3. O míssil guiado – cultura voltada ao projeto;
4. A incubadora - cultura voltada à satisfação.

Estes grupos culturais são formados de acordo com o modo como as empresas operam, aprendem, se modificam e solucionam conflitos.

De acordo com Arruda (2006), Trompenaars explica que a cultura familiar pretende que o líder saiba de tudo, o que gera de forma positiva, uma grande movimentação de informações de baixo para cima, o que propicia a aprendizagem da organização. Assim, o autor alerta para o fato de que se deve evitar a classificação da metáfora da família como retrógrada e ineficaz, pois ela é capaz de movimentar um grande número de informações complexas em pouco tempo e de forma eficaz.

1.3.5. Cultura organizacional segundo Fleury

A cultura organizacional é para Fleury e Sampaio, (2002) identificada como:

(...) o conjunto de valores e pressupostos básicos expresso em elementos simbólicos que, em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional,

tanto agem como elemento de comunicação e consenso como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação (p.293).

Fleury (1996 *cit. in* Hallok, 2008) alega que, para desvendar a cultura de uma organização é necessário mapear as relações de poder nelas presentes, considerar os processos de trabalho e as práticas administrativas, dentre elas os recursos humanos e de comunicação. É importante construir a história da organização, dos seus elementos essenciais e dos seus incidentes críticos, que tiveram influência na identidade da organização. Com base nestes elementos, a instância do simbólico presente no ambiente revela-se, facilitando a compreensão dos padrões de relações de trabalho. Assim, a autora parte da concepção de Schein (2004) para conceituar a cultura organizacional, no entanto busca politizar a definição de cultura, da seguinte forma:

Cultura organizacional é concebida como um conjunto de valores e pressupostos básicos expressos em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto age como elemento de comunicação e consenso, como resulta e instrumentaliza as relações de dominação (Fleury; Fischer, 1996, p. 22).

Diversas pesquisas mostram que embora seja muito difícil mudar uma cultura, é possível identificar alterações que decorrem de cenários políticos e econômicos, crises, foco dos negócios, expansão e troca de proprietários (Hallok, 2008).

As diferentes abordagens de cultura organizacional e formas de citação dos valores podem ser sintetizadas pelo Quadro 1.

Quadro 1. Resumo da abordagem dos autores sobre cultura organizacional – valores

Elementos da Cultura Organizacional Menos aparente – Mais aparente	Hofsrede (1991)	Schein (2004)	Cameron e Quinn (1999)	Fons Trompenaars (1994)	Fleury (1996)
	Símbolos	Artefactos	“Como as coisas são feitas por aqui”	Artefactos e produtos	Identidade e Significações
	Heróis e rituais	Valores		Normas e valores	Elementos Simbólicos
	Valores – cerne da cultura	Pressupostos básicos	Valores assumidos como certos	Premissas básicas implícitas	Pressupostos básicos

Fonte: Elaboração própria, com base em Hallok, 2008

1.4. Comportamento organizacional

De acordo com Ribeiro (2008) as organizações e a gestão das mesmas evoluíram nos últimos 100 anos de um paradigma de produtividade para um novo

paradigma que é o da competitividade, que surgiu na década de oitenta do passado século XX. A este último agrupou-se, nos últimos anos, a vertente da qualidade.

De acordo com Moraes e Fadel (2007), o termo mais amplamente utilizado para denominar a disciplina que estuda as habilidades humanas dentro das organizações é *Comportamento Organizacional*.

De acordo com Robbins (2002) o fato do comportamento organizacional ser um campo de estudos, significa que se trata de uma área de especialidade, com um corpo comum de conhecimentos. O comportamento organizacional assenta no conhecimento obtido sobre as pessoas, nos grupos e o efeito de estrutura sobre o comportamento, com a finalidade de fazer com que as organizações trabalhem com mais eficácia. Para o autor, o comportamento organizacional inclui tópicos básicos como motivação, comportamento e poder de liderança, comunicação interpessoal, estrutura e processos de grupos, aprendizado, desenvolvimento de atitudes e percepção, processos de mudanças, conflitos, planejamento do trabalho e estresse no trabalho.

Moraes e Fadel (2007) salientam os seguintes aspectos sobre as organizações:

- * O comportamento das organizações é orientado para objetivos mais ou menos compreendidos por seus membros;
- * A organização é formada por sistemas psicossociais, isto é, por pessoas que trabalham em grupos;
- * A organização é formada por sistemas tecnológicos - isto é, por pessoas que usam o conhecimento e técnicas - e utilizam conhecimentos e técnicas para cumprir suas tarefas;
- * A organização é uma integração de atividades estruturadas isto é, pessoas que trabalham juntas em relacionamentos interdependentes;
- * Como uma organização implica integração e coordenação de atividades individuais ou grupais, torna-se inevitável o aparecimento de algum conflito, que pode ser aberto ou velado, funcional ou disfuncional, dependendo do fato de levar a um desempenho organizacional eficaz ou eficiente (p.123).

O ponto de partida para um estudo do comportamento organizacional é levar-se em conta as pessoas, pois estas passam a maior parte de seu tempo vivendo ou trabalhando dentro de organizações.

Robbins (2002, p.19 cit. in Moraes & Fadel, 2007) aponta um modelo de comportamento organizacional, no qual há três níveis de análise que, são análogos a blocos de construção, pois, cada nível é construído sobre o nível anterior. Para o autor, as *variáveis dependentes* são os fatores-chave que se pretende explicar ou prever e que são afetados por outros fatores. A *produtividade*, o *absenteísmo*, a *rotatividade* e a

satisfação com o trabalho são com frequência enfatizadas como as variáveis dependentes básicas no comportamento organizacional. Mais recentemente, uma quinta variável - a *cidadania organizacional* - foi adicionada a esta lista.

Pode concluir-se que o comportamento organizacional é um campo de estudo que investiga o impacto que os indivíduos, os grupos e a estrutura têm sobre o comportamento dentro de uma organização, e depois usa esse conhecimento com a finalidade de ajudar as empresas a trabalharem de forma mais eficiente. Mas, como as pessoas não são todas iguais, o comportamento organizacional precisa ser analisado a partir de um cenário contingencial, no qual os modelos organizacionais terão de ser mais flexíveis e orgânicos, empregando variáveis situacionais como moderadoras dos relacionamentos de causa e efeito.

Numa época de rápidas e constantes mudanças, o estudo do comportamento organizacional torna-se uma ferramenta útil para se lidar com as mudanças (Moraes & Fadel, 2007).

1.5. Características da cultura organizacional

As organizações mesmo que atuem no mesmo ramo de produção possuem características diferentes, assim como cada indivíduo da raça humana, ou seja, as características são únicas. “Da mesma forma como cada país tem a sua própria cultura, as organizações se caracterizam por culturas organizacionais próprias e específicas” (Chiavenato, 2004, p.121, *cit. in* Horostecki *et al.*, 2011). As culturas organizacionais possuem como característica serem relativamente estáveis, no entanto, essa característica pode ser alterada de forma gradual e lenta, com eventos que ameacem a organização ou ainda no caso de fusão com outra organização (Op.cit).

As características culturais de uma organização, por serem influenciadas pelos seus membros internos e externos podem possibilitar no seu interior o desenvolvimento de subculturas. Segundo Morgan (2009), uma das formas de visualizar-se a manifestação da subcultura é observando como os colaboradores se comportam; esta identificação é possível de ser realizada quando se faz parte desta e se observa de fora para dentro; assim, as características vão ficando cada vez mais evidentes, como por exemplo, o modo de falar, agir com o colega de trabalho e o modo de realizar a rotina.

A valorização da informação pela sociedade atual, muitas vezes desperta nas pessoas falsos valores que alimentam a proposição de que a informação e o conhecimento são as únicas respostas para os problemas presentes no cotidiano das organizações. No entanto e de acordo com Prescott (2002, p.32, *cit. in Woida et al. 2006*), as pessoas precisam ser esclarecidas quanto ao fato de que manter a informação para si, não se constitui em uma situação de poder. Por isso, é importante fazer da cultura organizacional um veículo facilitador e motivador do compartilhamento de informação e conhecimento entre os indivíduos.

Flynn (2002, *cit. in Woida et al. 2006*) acredita ser necessário o apoio da alta gerência, de nível hierárquico mais elevado, para que a organização do conhecimento seja efetivada. De acordo com Prescott (2002, *cit. in Woida et al. 2006*), outro aspecto que a organização deve observar refere-se ao treino dos geradores e usuários da informação e do conhecimento, como uma das formas para incorporar o indivíduo à cultura da empresa. É necessário para incentivar os indivíduos a aceitarem as mudanças e as inovações. Desta forma, torna-se essencial o treinamento das questões de sobrevivência, pois este vai possibilitar que os usuários sejam preparados para o trabalho, alicerçado em informação e conhecimento.

Outra variável importante no processo cultural, da informação e do conhecimento de uma empresa é a comunicação entre as pessoas, pois são as pessoas que possuem a capacidade de interpretar os dados, analisar e sistematizar as informações.

Não deve ser estimulada a competição entre os indivíduos, pois pode incorrer no erro de incitar comportamentos individualistas, deve-se, sim, fomentar o trabalho em equipe ou por projetos.

Também a liderança é essencial para o funcionamento da organização, uma vez que conduz os comportamentos dos indivíduos para o objetivo da organização. Esta não deve estar obrigatoriamente vinculada aos cargos de nível hierárquico, como as gerências e as diretorias, mas prevista para pessoas capazes de liderar. É da mesma forma essencial que os indivíduos sejam pró-ativos, em relação ao compartilhamento de informação e conhecimento.

Flynn (2002, *cit. in* Woida *et al.* 2006) acredita que a credibilidade e a confiança são necessárias para que os indivíduos céticos sejam conquistados e passem a ser usuários da informação e do conhecimento.

Qualquer troca, partilha, mudança e aprendizagem que sucede numa cultura, ou entre subculturas, acontece por processos de compreensão e de transmissão de informações e de conhecimentos, demonstrando que na vivência com o coletivo existe rotina. Essa forma possibilita a composição e a continuidade da cultura da organização a cada indivíduo que nela ingressa (Woida *et al.* 2006).

Também os valores culturais fazem parte dos elementos responsáveis pela integração interna da cultura organizacional. É importante destacar que existe uma grande diferença entre os valores individuais e os valores organizacionais; os primeiros são apontados como frutos de aspirações características de cada ser, já os segundos estão associados ao padrão de comportamento que rege seu funcionamento.

Por mais que o sistema de informação da organização seja incentivador da troca de informação e conhecimento, o *layout* corporativo é fundamental para propiciar a interação advinda do contato entre as pessoas que se encontram no mesmo ambiente físico de trabalho. Desvendar o conteúdo dos elementos da cultura é essencial para compreender o papel que esses elementos têm nesta dinâmica cultural da organização.

De acordo com Pickina (2008), várias pesquisas sugerem que uma Cultura Organizacional saudável e vigorosa é capaz de proporcionar vários benefícios, dos quais se podem citar os seguintes:

- Vantagem competitiva derivada de inovação e serviço ao cliente;
- Maior desempenho dos empregados;
- Coesão da equipe;
- Alto nível de alinhamento na busca da realização de objetivos.

De acordo com o mesmo autor, os gerentes e executivos, são responsáveis pela propagação da Cultura Organizacional dentro das empresas, uma vez que é seu papel a tomada de decisões. No entanto, como a maioria dos empreendimentos não pode sobreviver sem o apoio dos funcionários e uma dedicação a valores fundamentais, todos contribuem para a Cultura Organizacional do local que trabalham.

1.6. Dimensões da cultura organizacional

Têm sido diversos os estudos que abordam a Cultura organizacional, dentre estes estudos destaca-se o de Smirch (1983, *cit. in* Silva e Moura 2013), no qual afirma que a cultura organizacional pode ter como enfoque duas linhas de pesquisa: cultura organizacional como variável (independente ou interna) ou como metáfora (resultado da construção social da realidade).

- 1. Cultura organizacional como variável (independente ou interna)** - pressupõe ser algo que a organização possui, relacionado ao modelo sistêmico, enfatizando o normativo. A cultura vista como variável ainda pode assumir característica independente ou interna. Considerando como variável independente, ou seja, externa a organização, baseada na cultura da sociedade na qual está inserida, conduzida pelos membros.
- 2. Cultura organizacional como metáfora (resultado da construção social da realidade)** - enfatiza a manifestação da consciência humana, entendendo como é a organização; essa visão transcende a perspectiva instrumental, tendo a sua raiz nos estudos antropológicos, pautado na corrente simbólica e de significados compartilhados, bem como as relações de poder existentes, os quais para serem compreendidos necessitam ser analisados em profundidade (Smirch, 1983, *cit. in* Silva & Moura 2013).

Três correntes antropológicas auxiliam as pesquisas sobre cultura organizacional:

- 1. Cognitivista:** A cultura é um sistema de conhecimento e crenças compartilhados, assim sendo é necessário determinar com clareza quais as regras existentes e como os seus associados veem o mundo;
- 2. Estruturalista:** A cultura constitui-se de signos e símbolos. É concertada, arbitrária e estruturada. É constitutiva da ação social sendo, portanto, indissociável desta;

3. **Simbólica:** Define cultura como sendo um sistema de símbolos e significados compartilhados que necessita ser decifrado e explicado. Os indivíduos precisam interpretar a organização para adaptar seu comportamento.

A maioria dos estudos organizacionais sobre cultura estão pautados na perspectiva que contempla a cultura organizacional como sendo uma variável que a organização tem e, portanto pode ser modificada (Borges *et al*, 2008). É inevitável, a ocorrência de mudanças culturais, porém não no sentido de mudar a cultura por completo, mas sim no sentido de criar melhores condições competitivas nas organizações (Carvalho & Ronchi, 2005).

A mudança no contexto organizacional engloba alterações fundamentais no comportamento humano nos padrões de trabalho e nos valores em resposta a modificações ou antecipando alterações estratégicas, de recursos ou de tecnologia. A chave para enfrentar com sucesso o processo de mudança é o gerenciamento das pessoas, mantendo o alto nível de motivação e evitando desapontamentos. O grande desafio não é a mudança tecnológica, mas mudar as pessoas e a cultura organizacional, renovando os valores para ganhar vantagem competitiva.

O processo de mudança tradicionalmente tem sido dado como um problema de mudança das tecnologias, estruturas, habilidades e motivações dos empregados. Embora seja correto, a mudança efetiva depende, também, das mudanças de imagens que deve guiar as ações.

Assim, torna-se fácil perceber que as organizações para sobreviverem devem enfrentar todos estes os desafios, o que pressupõe uma capacidade de prever mudanças e administrá-las, privilegiando a adaptabilidade, a flexibilidade, a sensibilidade, a decisão e a rapidez; daí a crucial importância do desenvolvimento antecipado de estratégias, ou seja, a qualidade do seu planejamento estratégico.

As características próprias de cada organização nascem das estratégias adotadas por seus dirigentes a fim de manter a empresa. As pessoas têm que estar de acordo com estas características, e estes pressupostos vão se internalizando, formando uma posição a respeito de "como as coisas são".

A necessidade de se conhecer a cultura de uma empresa conforme Schein (1994 cit. in Silva & Moura, 2013) se faz presente em função dela impactar diretamente na vida dos indivíduos que estão inseridos nas organizações; a performance da organização não pode ser entendida caso não se considere a sua cultura; servir como norte para ações futuras. O reconhecimento da cultura possibilita o entendimento de ações e comportamentos de um grupo, e uma das grandes funções da cultura organizacional é a capacidade de distinguir-se entre uma organização e outra, proporcionando identidade tanto externa quanto interna aos indivíduos.

As culturas mudam pelos mesmos processos pelos quais se formam, transformam sua interpretação em ação visível, através do exemplo vivido e inteligível para o grupo como um todo, permitindo uma orientação no agir e interagir do cotidiano da empresa. É crucial, portanto, aprender a mudar, ou seja, aprender e apreender o que pode e deve ser feito com os instrumentos e técnicas disponíveis do planejamento e do controle dos processos.

Mudar é um processo contínuo, que deve ser incorporado ao *modus operandi* da empresa, a fim de permitir a sua inserção na dinâmica das transformações que caracterizam o atual estágio de transformações do mundo moderno. Mudar é estar em sintonia, segregando o melhor e aprendendo com o erro.

Na visão de Freitas (2007) e Carrieri (2006), o sucesso organizacional depende de uma compreensão clara dos valores e de sua internalização e prática por todos os funcionários. É importante ressaltar que em outras abordagens teóricas, a importância dos valores não está na instrumentalidade que possuem para o sucesso organizacional.

Conclusão

A cultura organizacional reflete a forma como cada organização construiu a maneira de lidar com o seu ambiente. É, pois, uma mistura complexa de pressuposições, crenças, normas, histórias, mitos, metáforas e outras ideias que, no seu conjunto, representam o modo particular de uma organização funcionar e trabalhar.

A cultura das organizações deve estar alinhada com a cultura nacional, apesar de que o homem é o mesmo em todos os tempos e lugares. Assim, “Em 1654, em São Luís do Maranhão, no Brasil, três dias antes de embarcar ocultamente para o Reino, a procurar o remédio da salvação dos índios, o Padre Antonio Vieira, ilustre religioso e

diplomata português, legou-nos um sermão alegórico, na linha do sermão aos peixes de Santo António: “Grande escândalo é este, mas a circunstância o faz ainda maior. Não só que vos comeis uns aos outros, sendo que os grandes comem os pequenos” (Alves, 2007, p. 27).

CAPÍTULO II – A LIDERANÇA

A liderança é a capacidade de conseguir que as pessoas façam o que não querem fazer e gostem de o fazer.

2.1. Introdução

No Antigo Testamento, no livro do Êxodo, temos por ventura, a primeira lição de liderança. Moisés guiando pelo deserto o povo eleito na fuga do Egito para a Terra Prometida, era frequentemente chamado a dirimir conflitos, dar sugestões, tomar decisões sobre questões mais ou menos importantes. Por consequência à porta de sua tenda, formavam-se enormes filas, acompanhadas de inquietações do seu povo. Moisés desgastava-se, trabalhava arduamente e não conseguia corresponder às expectativas da sua gente. Com a sabedoria própria da idade, o seu sogro – Jetro, chamou-o à atenção, recomendando-lhe que dividisse o seu povo em grupos de mil, estes em grupos de cem e estes em grupos de dez. Cada grupo deveria ter um chefe, que reportaria ao chefe seguinte, aliviando Moisés da maior parte do seu trabalho. Com isto nascia a delegação de competências.

São incontáveis os dirigentes nos hospitais, nas universidades, nas fábricas e em todo o tipo de organizações que não ouviram falar de Jetro...

Este foi apenas o primeiro conselho, o segundo e não menos importante, tinha que ver com as qualidades do líder, sendo que a primeira deveria ser a integridade. É uma pena que não haja muitos sogros assim....

Neste capítulo, iremos abordar a definição de liderança, as teorias de liderança, com se deve comportar um líder, a liderança organizacional e os diversos estilos de liderança.

2.2. Definição de Liderança

Liderança, etimologicamente, vem do inglês arcaico laedan, que significa guiar ou chefiar. A compreensão de liderança não é simples de entender e na sua definição encontramos um paradoxo, trata-se de chefiar ou de guiar? Ao realizar uma retrospectiva na história da humanidade percebemos que liderança não é um conceito pré-estabelecido, mas uma postura de alguém que adquire o direito de ser chamado de líder (Silva, Penão, Pereira & Dellalibera-Joviliano, 2013).

Para Maximiano (2008), o termo liderar significa, etimologicamente, a arte de comandar as pessoas e explica este termo como tendo uma conotação imponente, evocando personagens históricos, com qualidades consideradas como sendo sobrenaturais.

Ao longo da evolução da sociedade humana sobressaíram ações realizadas por dirigentes políticos, empresarias, desportivos, entre outros. Majoritariamente foram reconhecidos como líderes, sendo assim pessoas que trabalhavam num grupo e influenciavam-no com a pretensão de que juntos pudessem alcançar determinados objetivos. Assim, poderão ser reconhecidos como um modelo para os demais, podendo, portanto, inspirar e guiar os atos dos outros (Mejía, 2007).

Trata-se, pois, de um processo resultante da percepção social, uma vez que alguém se torna líder ao ser percebido nessa posição pelas outras pessoas. Trata-se de uma “etiqueta” que os seus seguidores lhe atribuem devido ao aumento da influência que exerce sobre eles (Castro & Fernández, 2006).

O exercício da liderança remonta-se quase às origens da humanidade, desde que o homem começou a viver em grupos, tornando-se necessária a existência de um guia para organizar atividades, de modo a satisfazerem as necessidades individuais e grupais. No entanto é a partir da revolução industrial, que começa no século XVIII em Inglaterra, que a prática e o estudo da liderança começa a se relevante nas organizações, ao ponto de se tratar de um assunto de análise por centros especializados, universidades, empresas, entre outros (Murati-Ruiz & Pozo-Rodríguez, 2013).

O estudo da liderança nas organizações é um tema há muito investigado por diferentes autores das áreas sociais. Realizaram-se muitas investigações e há múltiplas definições, enfoques e linhas de orientação teórica e prática; no entanto, atualmente parece ainda inalcançável obter uma definição consensual e pragmática (Zenger & Follkman, 2006 e Lupano-Perugini, 2007).

De acordo com Lupano-Perugini e Castro-Solano (2005) não existe uma definição específica e amplamente aceita do termo liderança, o que pode ser devido às inúmeras escolas e as orientações teóricas que estudam este assunto.

Apenas se pode falar de liderança dentro de um contexto grupal, ou seja, para se verificar que existe liderança, que um indivíduo tem que interagir com um grupo, ou

no mínimo com outro indivíduo e, por conseguinte, alguém só é reconhecido como líder a partir do momento em que outras pessoas o percebam como sendo capaz de satisfazer alguma necessidade ou como possuidor de qualidades que possam potencialmente ser utilizadas para atender as expectativas dos liderados (Barros-Neto, 2006).

Além disso, é importante salientar que liderança e poder são dois conceitos que, apesar de serem muito próximos, são diferentes, uma vez que o líder interage com outras pessoas, moldando ou alterando o seu comportamento, exercendo uma influência sobre elas, ele tem a capacidade ou o potencial de influenciar a forma de agir do outro. No entanto este poder pode ou não ser concretizado, uma vez que é prerrogativa do líder exercê-lo ou não, na sua plenitude (Op. cit.).

A Liderança visa, assim, o envolvimento de diferentes pessoas para que atinjam objetivos comuns em prol da coletividade. E para que isso ocorra, o ser humano deve estimular a Motivação que é uma consequência de uma necessidade não satisfeita, ou seja, o homem é forçado a agir em variadas situações. As organizações necessitam identificar valores e investir no desenvolvimento do potencial dos seus colaboradores a fim de que estes se sintam motivados e comprometidos com os objetivos propostos pela empresa (Ramos da Silva, Penão, Pereira & Dellalibera-Joviliano, 2013 e Nader & Solano, 2007).

2.3. Teorias de Liderança

As primeiras abordagens teóricas sobre a liderança baseavam-se essencialmente nos atributos pessoais do líder, atribuindo assim os sucessos profissionais à posse de capacidades abstratas como, por exemplo, a energia, a intuição, a percepção, alto nível de energia, tolerância ao stress, maturidade emocional e autoconfiança. Dessa forma, a liderança estava associada aos traços de personalidade das pessoas (Swanwick & McKimm, 2011).

Dos diferentes estudos realizados, foram muito reconhecidos os que se basearam no modelo de conduta da liderança, marcado pelo paradigma condutual e pela teoria de liderança transformacional associado à teoria motivacional (Bass, 1990).

Bass (1985, cit. in Lupano-Perugini & Castro-Solano, 2005) descreve este tipo de liderança a partir dos efeitos que o líder produz nos seus seguidores. Assim, os líderes com características transformacionais provocam mudanças nos seus seguidores a

partir da conscientização da importância dos resultados obtidos. Além disso, o líder motiva os seus seguidores a transcenderem os seus interesses pessoais, em virtude dos organizacionais, o que gera confiança e respeito. Pelas suas características, este tipo de liderança é considerado mais amplo e mais efetivo do que o tipo *transaccional*. Desta teoria destacam-se autores como Taylor (1961), Fayol (1961), Mayo (1972), entre outros (Op. cit.).

De acordo com Bueno (2002), tudo começou com a primeira fase industrial (no final do século XIX), marcado pelo aparecimento da concepção científica do trabalho. Deste modo, Frederick Winslow Taylor, engenheiro mecânico que começou o seu trabalho com um posto modesto e, no decorrer de sua carreira, passou a chefe da equipe e a gerente da ferramentaria; propôs uma divisão entre planeamento e a execução da tarefa, assim como a repartição de tarefas complexas em tarefas simples, de modo a otimizar o desempenho dos trabalhadores. Assim, as funções de planificar e controlar as tarefas deveriam ficar a cargo de superiores, encarregados de estabelecer os melhores métodos para a execução.

Além disso, Taylor salientou também a importância de selecionar de forma cuidadosa os trabalhadores adequados para a respectiva tarefa; assim como dos benefícios da utilização de recompensas associadas à produtividade (Op. cit.).

Taylor reconheceu, portanto, que a prosperidade da organização está diretamente relacionada com a prosperidade máxima do empregado e do seu contributo à organização, sendo assim necessária a sua eficácia. Provavelmente, nenhum outro autor teve tanto impacto no desenvolvimento inicial da administração (Palma, 2011).

Henri Fayol (1961) foi o fundador da Teoria Clássica da Administração, na qual desenvolve o modo como se deve desenvolver a função administrativa para poder obter resultados e, para isto, propôs catorze princípios administrativos que deveriam ser aplicados. Nestes princípios, Fayol apresenta alguns aspectos associados à relação que deve ser mantida entre o dirigente e o trabalhador (Wren, Bedeian & Breeze, 2002). Na tabela nº 2.1. apresentam-se os princípios propostos por Henry Fayol.

Quadro 2. Princípios propostos por Henry Fayol

Divisão do trabalho	Especialização dos funcionários desde o topo da hierarquia até os operários da fábrica, favorecendo a eficiência e aumentando a produtividade.
Autoridade e responsabilidade	Autoridade é dar ordens para serem obedecidas. Responsabilidade é a contrapartida da autoridade. Deve haver um bom equilíbrio entre autoridade e responsabilidade.
Disciplina	Necessidade de estabelecer regras de conduta e de trabalho que sejam válidas para todos os funcionários, deve haver disciplina, pois sem ela gera-se o caos na organização.
Unidade de comando	Um funcionário deve receber ordens de apenas um chefe, evitando assim as contra-ordens.
Unidade de direção	A empresa deve ter um objetivo comum, possibilitado com a aplicação de um plano para grupo de atividades com os mesmos objetivos.
Subordinação dos interesses individuais(ao interesse geral)	Os interesses gerais da organização devem predominar sobre os interesses individuais.
Remuneração	A compensação pelo trabalho deve ser suficiente para garantir a satisfação dos funcionários e da própria organização.
Centralização (ou Descentralização)	Todas atividades vitais da organização e a sua autoridade devem ser centralizadas.
Linha de Comando (Hierarquia)	Numa organização deve defender-se incondicionalmente a estrutura hierárquica, respeitando à risca uma linha de autoridade fixa.
Ordem	Deve ser mantida em toda organização, assegurando um lugar para cada coisa e cada coisa em seu lugar.
Equidade	A justiça deve prevalecer em toda organização, justificando a lealdade e a devoção de cada funcionário à empresa, os direitos devem ser iguais para todos.
Estabilidade dos funcionários	Devem manter-se os empregados mais produtivos. Uma alta rotatividade tem consequências negativas sobre desempenho da empresa e o moral dos funcionários.
Iniciativa	Os gestores devem incentivar as iniciativas dos trabalhadores. A iniciativa deve ser entendida como a capacidade de estabelecer um plano e cumpri-lo.
Espírito de equipa	O trabalho deve ser executado em equipe, facilitado pela comunicação dentro dela. Os integrantes de um mesmo grupo precisam ter consciência de classe, para que defendam seus propósitos.

Fonte: Elaboração própria, com base em Chiavenato (2011)

Além dos princípios referidos anteriormente, segundo Palma (2011), Fayol identificou também cinco deveres da administração:

- Planificação (desenhar um plano de ação para amanhã);
- Organização (promover e mobilizar recursos para que o plano se concretize);
- Direção (dirigir, selecionar e avaliar os funcionários com o objetivo de alcançar o plano proposto);

- Coordenação (integração dos esforços e certeza de que a informação é partilhada e de que se revolvem os problemas);
- Controle (garantir que as coisas ocorram de acordo com o planejado e que se realizem as ações necessárias para corrigir eventuais desvios).

Max Weber (1864-1920) é considerado um dos fundadores do estudo moderno, anti-positivista da sociologia e da administração pública. A sua teoria refere-se a uma forma de organização caracterizada pela divisão do trabalho, hierarquia, regras, normas detalhadas e relações interpessoais, cuja teoria se tornou um modelo de referência para o desenho estrutural de muitas organizações, ainda nos dias de hoje (Murati-Ruiz & Pozo-Rodríguez, 2013). Weber é considerado um pioneiro no estudo dos estilos de liderança e diferenciou três tipologias do comportamento do líder: liderança autoritária, liberal e democrática. A liderança autocrática centra a sua ênfase no líder, sendo ele quem fixa as diretrizes a serem seguidas e determina as técnicas a serem utilizadas, ou seja, o grupo não tem qualquer participação. A liderança democrática centra-se tanto no líder, como nos subordinados, sendo que o líder participa nas diretrizes debatidas, nas técnicas e nos processos escolhidos pelo grupo. A liderança liberal coloca todo seu foco nos subordinados; assim, neste caso, segundo o autor, verifica-se uma liberdade completa, por parte dos colaboradores, para a tomada de decisões (Vendemiatti, Siqueira, Filardi, Binotto & Simioni, 2010).

Karl Marx, na sua obra *o Capital* (1868), indica que as teorias anteriores não valorizavam a parte humana em todas as suas dimensões, uma vez que estavam apenas dirigidas para a realidade tecno-operativa da produção. Nesta obra, o autor refere o fato de que na manufatura, o ponto de partida é a força do trabalho, enquanto que na grande indústria a constituição do meio para o desenvolvimento e evolução da máquina. Assim, na manufatura o trabalhador serve-se da máquina, enquanto que na grande indústria o trabalhador tem que seguir a máquina (Murati-Ruiz & Pozo-Rodríguez, 2013).

A Escola Humanística surgiu com Elton Mayo e podemos definir que este foi um movimento de reação e de oposição à teoria clássica da administração.

Elton Mayo (1972) dirigiu a experiência de Hawthorne (entre 1924 e 1933) na qual permitiu que se desenvolvesse um plano de recompensa econômica, sendo este um fator de motivação, destacando assim o aspecto social.

Este autor considera assim que o líder deve ter em conta as relações informais, os fenômenos de grupo, a importância da carreira, assim como outros fatores sociais para conseguir a cooperação dos trabalhadores e compatibilizar os objetivos individuais com os da empresa (Palma, 2011).

Atualmente existem inúmeros enfoques sobre a liderança, sendo que uma das classificações possíveis assume que o contexto organizacional e o meio cultural não influenciam as características da liderança, uma vez que os traços de um líder são sobretudo universais e as ações transcendem ao contexto. Outra abordagem considera que a eficácia de um líder depende do reconhecimento do seu papel, estando este estritamente relacionado com os valores, tradições e ideologias dos seus seguidores (Castro & Fernández, 2006).

Durante os anos sessenta e setenta, os investigadores e práticos da liderança debateram-se com a controvérsia “*situacional*” versus “*one best style*”. A abordagem situacional ou contingencial considera não haver um melhor estilo, sendo assim evidente que a liderança depende da situação em que está inserida. Percebe-se que a eficácia da liderança depende da situação em causa, não dependendo o sucesso apenas do líder, mas também dos membros da equipe, do seu empenho e motivação (Silva, Mello & Kaneta, 2012).

A Teoria de Liderança Situacional (TLS) ou Teoria da Contingência é um modelo que ficou conhecido em 1969 e desde então sofreu várias modificações e os seus autores apresentaram várias propostas e incorporaram elementos novos com o objetivo de melhorar a versão inicial (Sánchez & Rodríguez, 2009).

Este modelo foi construído a partir de diversas teorias e investigações sobre a liderança e as organizações, sendo que os principais conceitos são: 1) Estilo de liderança (comportamento da tarefa e da relação); 2) Independência das dimensões do comportamento do líder; 3) Conceito de maturidade; 4) Eficácia ajustada à situação; 5) Técnicas de modificação do comportamento; 6) Percepção do poder (Op. cit).

Segundo Fiedler (1995, cit. in Silva, Mello & Kaneta, 2012), a liderança é composta por três dimensões que influenciam o comportamento do líder: relações entre o líder e os membros da equipe, a estrutura da tarefa e o poder do líder. Além disso, há duas orientações, para o comportamento do líder a fim de obtenção de bons resultados: orientação para relações humanas ou orientação para a tarefa.

Fiedler (1967, *cit. in.* Silva & Kaneta, 2012 e Lupano-Perugini & Castro-Solano, 2005) constatou que há líderes propensos a focalizarem-se na conclusão das tarefas e, por outro lado, há líderes que valorizam o relacionamento cordial e agradável, assim, tendem a recorrer ao estilo orientação para as relações humanas

Tendo em conta que é difícil ao indivíduo focalizar-se nos dois aspectos simultaneamente, o mais importante da liderança é combinar o estilo, a personalidade do líder com a situação em que seu desempenho será melhor, pelo que cada líder deve identificar o perfil mais compatível com a sua forma de agir e a sua personalidade.

A teoria de modificação do comportamento propõe que o líder seja capaz de adaptar o seu estilo à capacidade de adaptação dos seus seguidores. Assim, o comportamento que se aproxime do desejado deve ser reforçado e devem-se tentar as repetições sucessivas dos comportamentos, para atingir um bom desempenho. A mudança deve ser gradual e resultante de um crescimento planejado, mediante a criação de uma relação de confiança e de respeito mútuo. Esta teoria está sobretudo baseada nos estudos realizados por autores como Skinner (1953, 1961) e Bandura (1969).

No entanto, para alguns autores, a teoria contingencial da liderança por vezes é difícil de se pôr em prática nas organizações (Murati-Ruiz & Pozo-Rodríguez, 2013).

Outra teoria importante sobre a liderança é a Teoria da Liderança Transacional, entendida habitualmente através de duas sub-dimensões:

1. Recompensa contingente – remete-se à interação entre o líder e o seguidor guiada por intercâmbios recíprocos. Assim, o líder identifica as necessidades dos seguidores e realiza uma transação entre as necessidades do grupo e as de cada pessoa, recompensando ou sancionando os trabalhadores em função dos objetivos alcançados.

2. Manejamento por exceção – o líder intervém quando há necessidade de fazer correções ou alterações no comportamento dos seguidores (Lupano-Perugini & Castro-Solano, 2005).

A liderança transformacional é mais ampla do que a de tipo carismático, sendo a liderança carismática uma componente da liderança transformacional (Op. Cit.).

Alguns componentes deste tipo de liderança são:

- **Carisma** - os líderes são modelos para os seguidores, apresentam altos níveis éticos e morais;

- **Inspiração** - estimulam ideias inovadoras e criativas a partir de novas questões;

- **Consideração individualizada** - os líderes prestam atenção às necessidades individuais de cada um dos seguidores (Op. Cit.).

A figura a seguir mostra, entre outros argumentos, que a liderança transaccional é interação de múltiplos fatores: influência idealizada, motivação inspiracional, estimulação intelectual e as características individuais. O desempenho pode ser o esperado ou além do esperado

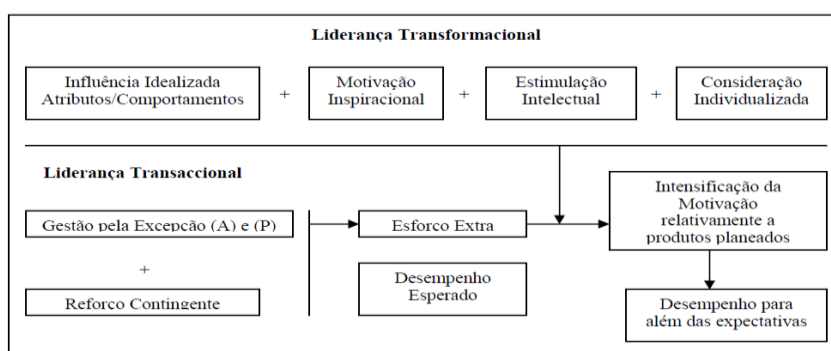


Figura 2. Liderança Transaccional (Bass, B. M. &Avolio, B. J., 2004, p.21).

O termo Liderança Servidora (Servant-Ladership) foi utilizado pela primeira vez em 1970, numa obra clássica de Robert K. Greenleaf intitulada “*The Servant as Leader*” (Greenleaf, 1998, cit. in Barros-Neto, 2006). Greenleaf definiu a Liderança Servidora através da expressão: liderar significa servir. Deste modo, a definição do conceito de Liderança Servidora deixa bem claro que o Líder Servo tem como principal preocupação servir, ou seja, ajudar as pessoas a tornarem-se melhores e a alcançarem plenamente o seu potencial. Como resultado, teremos novos líderes servos.

Desta forma, a Liderança Servidora é uma questão de escolha, de escolher servir a humanidade; pelo que esta forma de liderança transcende o mundo dos negócios e fundamenta-se no que há de melhor nas pessoas e o Líder Servo tem a capacidade de persuadir, de tentar sempre convencer e nunca coagir ou constranger ninguém. Assim, este tipo de liderança baseia-se na capacidade de influenciar as pessoas a agir por meio da persuasão (Op. cit.).

Abraham Maslow deixou um enorme legado para aqueles que trabalham na área da psicologia organizacional, os profissionais de Recursos Humanos e, atualmente, todos os gerentes e executivos, ao constatar que as necessidades humanas apresentam diferentes níveis de força e estabeleceu uma hierarquia de necessidades que as classifica em cinco grupos: fisiológicas, de segurança, sociais, de estima, e de auto-realização (Ramos da Silva, Penão, Pereira & Dellalibera-Joviliano, 2013).

Para Gil (2001), a teoria de Maslow é muito importante no ambiente de trabalho, ao salientar que as pessoas não precisam apenas de recompensas financeiras, mas também de respeito e atenção dos outros. Ao distribuírem as tarefas, os gerentes criam condições de trabalho e definem estruturas organizacionais, é necessário considerar a hierarquia de necessidades para obter melhores resultados com a ação de seus empregados. Por esta razão, algumas empresas motivam os seus empregados através de atividades fora do local de trabalho. Algumas atitudes podem motivar pessoas no ambiente de trabalho como: valorizar as pessoas, reconhecer os avanços, encorajar iniciativas, oferecer incentivos, delegar autoridade, promover mudanças, etc. (Op. cit.).

O líder deve ter em mente que é necessário fazer as coisas simples antes de tentar planos mirabolantes de motivação. Maslow, na sua pirâmide, indica que os indivíduos primeiro, precisam de suprir as suas necessidades básicas, antes de qualquer outra motivação. Assim, áreas como: respeito, sinceridade, transparência, credibilidade, dedicação, saúde, família, finanças, educação, camaradagem e harmonia são princípios básicos que o líder deve ter em conta sobre os seus liderados, pois somente assim estarão aliados com o ser humano (Silva, Peixoto & Batista, 2011).

Influenciar as outras pessoas está na essência dos líderes, acontece naturalmente e é como se todos que estão sob o seu comando passassem a acreditar no sonho que ele acredita. Assim, facilmente encontramos gestores que exercem “poder” sobre os indivíduos no contexto organizacional, mas os reais líderes são aqueles que se dedicam a “ouvir” as verdadeiras necessidades das suas equipes (Op. cit.).

Apesar dos líderes serem majoritariamente pessoas auto-confiantes, a humildade é uma das características fundamentais num líder. Surge, assim, o conceito de “humbição”. Por vezes a humildade é confundida com timidez ou falta de ambição, mas esta é uma interpretação errada; trata-se assim da modesta capacidade de assumir a

sua própria ignorância e da aceitação de que todos cometemos erros. Alguns autores dizem tratar-se da união de humildade e de ambição. A humildade beneficia, sobretudo, a base da pirâmide, representando assim a maioria (Rego & Cunha, 2011).

2.4. Como se deve comportar um líder

Uma das primeiras etapas na pesquisa sobre este tema é a teoria dos traços, ou seja, trata-se da ênfase de qualidades e características do líder. Para alguns investigadores, a liderança era algo inato, ou seja, a pessoa nascia líder; assim, os líderes não se podiam formar (Bennis & Nanus, 1988).

Deste modo, as principais características examinadas eram as características físicas (altura e aparência), a inteligência e a personalidade destas pessoas.

Lupano-Perugini (2007) considera que os protótipos cognitivos que as pessoas criam sobre os “bons líderes” influenciam os seguidores de forma direta, relativamente à qualidade do vínculo estabelecido.

Segundo Mejía (2007), ao longo da história podem-se definir certas qualidades que caracterizam um líder, como a atividade positiva, disposição a ouvir os outros e carisma (como o caso de Moisés), a auto-disciplina, o compromisso e a visão de futuro (como o caso de Ptah-hopet). Assim, para esta autora, é imprescindível que um líder apresente características como:

- Atitude positiva perante o que pretende atingir;
- Auto-disciplina;
- Capacidade de trabalho;
- Caráter, mostrando capacidades na sua forma de ser e de trabalhar que o diferenciam dos outros;
- Carisma, ao realizar as ações de forma fascinante ou atraente;
- Compromisso, cumprindo as suas obrigações com a organização e com os outros;
- Capacidade de comunicação, expressando de forma persuasiva os seus argumentos, sendo assim convincentes no seu discurso;
- Discernimento, diferenciando as coisas de forma clara;
- Capacidade de transmitir os seus conhecimentos aos outros;

- Capacidade de escuta, captando não só as palavras, mas também os sentimentos do interlocutor;
- Focalização, dirigindo a sua ação de acordo com o objetivo a alcançar;
- Generosidade para com os outros;
- Iniciativa, sendo capaz de dar o passo necessário para atingir aquilo a que se propôs;
- Paixão, sensibilizando de forma afetiva as ações a realizar;
- Boas relações interpessoais, aceitando aqueles que o rodeiam;
- Responsabilidade, ao estabelecer um compromisso de modo a responder positivamente ou de forma proativa;
- Segurança nas suas capacidades de êxito
- Servicial, prestando a sua disponibilidade constante para com os outros sem esperar nada em troca;
- Capacidade de resolução de problemas;
- Valor, ao agir com firmeza;
- Visão de futuro, ter clara a direção da organização de modo a motivar as pessoas a um nível de excelência (Op. cit.).

De acordo com Castro e Fernández (2006) realizaram-se diversos estudos transculturais com o objetivo de descrever as concepções implícitas dos líderes e verificaram que há seis características que permitem diferenciar o tipo de liderança que executa: carismático (baseado em valores e orientado em si mesmo), com orientação humana (orientado para o grupo), participativo e liderança autônoma.

Tanto em ambiente laboral, como em ambiente pessoal, há pessoas que se conseguem tornar líderes. Algumas pessoas desenvolvem capacidade de liderar no decorrer das suas experiências; enquanto que outras nascem com a capacidade e habilidade de persuadir e convencer os outros. Assim, o líder, para se destacar, precisa ser inovador, original, deve estar concentrado nas pessoas, inspirar confiança, ter uma perspectiva a médio e longo prazo, ter opinião própria e tem que saber responder, decidir e escolher a melhor decisão (Robbins, 2000).

O comportamento de liderança engloba diversas funções relacionadas com a organização, distribuição de funções, orientação, coordenação, controle, capacidade de motivar, elogiar, punir, reforçar, entre outros.

Um dos aspectos mais importantes para o sucesso é a capacidade de manter a disciplina, sendo a auto-confiança um forte aliado na manutenção da capacidade de manter firmes os objetivos a alcançar (Hopkins, 2011).

Os “persuasores profissionais” interessam-se verdadeiramente pelas outras pessoas e têm vontade de as ajudar a melhorar as suas vidas; além disso, são pessoas confiantes em si mesmas, o que se pode observar na sua postura, na forma como se vestem, como caminha e na sua linguagem corporal positiva. Além disso, o seu interesse pessoal na felicidade dos outros permite a criação de um laço entre eles. Adotar uma atitude positiva evita alguns problemas, além de evitar o desvio do percurso previamente traçado (Op. cit.).

A liderança é essencial em todas as organizações que necessitam de um comando. O líder tem a capacidade de influenciar os outros a alcançar objetivos que sejam importantes para eles e para a organização.

Dessa forma, um bom líder deve conhecer bem a organização onde está inserido, assim como os funcionários, conhecendo também o modo como eles se relacionam entre si. Assim, podemos ainda referir que alguns autores recordam que devemos distinguir os líderes formais, dos líderes informais.

O líder formal é aquele que se designa por uma autoridade, sendo-lhe atribuída a responsabilidade de dirigir e orientar um grupo. Esse líder é reconhecido como um supervisor, chefe de secção ou gerente, tendo o direito de punir ou de recompensar os seus subordinados. O líder informal é aquele que o grupo designa, influencia e consegue persuadir de forma natural, exercendo a liderança não pela autoridade ou hierarquia, mas pela sua capacidade de dirigir o grupo.

Há algumas características importantes de liderança que são enfatizadas por autores como Russell e Stone (2002), como a capacidade de ouvir (respeitando os outros); capacidade de empatia; uma capacidade de superar os obstáculos; consciência; persuasão, sendo capaz de construir o consenso dentro do grupo; pressentimento, sendo assim capaz de prever situações futuras; administração, preocupado com a organização, no seu todo e o compromisso com o crescimento das pessoas.

Eagly e Chin (2010) salientam o facto de a maior parte dos estudos realizados sobre a liderança não incluírem a diversidade dos líderes e seguidores, quer ao nível

cultural, gênero, raça, etnia ou orientação sexual; não nos permitindo assim conhecer estas pessoas de forma mais aprofundada.

Deste modo, Chin (2013) propõe que as investigações futuras tenham em conta estes fatores socio-culturais e que possa assim evoluir a compreensão da Liderança, para além dos paradigmas tradicionais.

Alguns dos fatores mais associados ao líder são atributos como a idade, o gênero e o estado geral da sua saúde. Estes atributos podem influenciar de forma positiva ou negativa a possibilidade de alguém poder ou não ser líder (Vugt, 2006).

O líder tem, pois, que manifestar características de carisma, princípios morais, inspiração e deve ter uma boa capacidade de estabelecer uma boa coesão grupal (Lupano-Perugini, 2007).

Apesar de ser unânime a necessidade da ética na liderança, nem sempre é consensual o tipo de ética que os líderes devem adotar. De acordo com Olivier (2011), há 3 fatores essenciais a ter em conta: 1. justiça, 2. poder e 3. sustentabilidade.

Exigir justiça é a base da sociedade e da sua liderança, como referiu Platão, oferecendo o primeiro e o mais importante retrato clássico da forma como a sociedade se origina a partir de uma consideração apenas de interesse. Quanto maiores os grupos são, maior a necessidade de que um ou mais indivíduos representem o grupo, de forma a gerir a tensão entre o interesse próprio e o bem coletivo. O poder continua a ser um problema vital e subestima qualquer tipo de sociabilidade ou política baseada na liderança representativa pois, como disse Aristóteles, "*o homem é por natureza um animal político*" (p. 70). Um dos principais problemas da nossa atualidade é a sustentabilidade e os líderes são desafiados a lidar com esta questão tendo em conta o impacto das suas ações na sociedade, meio ambiente e economia (Op. cit.).

Segundo Olivier (2011), a liderança em vez de exigir ética, implica o que este autor chamou de "*bearership*" (ética "humanitária"). Assim, a ética implica *bearership* ao invés de liderança. Por outra parte, o conceito de *bearership* está mais associada à interação social e à participação de representação da liderança, pelo que deve ser considerado como uma prioridade da sociedade.

2.5. Liderança Organizacional

Tanto no contexto social, como no contexto organizacional, o tema da liderança demarcou-se em conceitos como poder, autoridade, influência, persuasão, etc. e apesar de não se restringir a nenhum destes conceitos, implica-os a todos simultaneamente.

Para alcançar certos objetivos, as empresas organizam-se, o que significa muitas vezes trabalho conjunto ou em equipe. Desse modo, surge a necessidade de gerar acordos e de gerir expectativas, criar linguagens comuns e encontrar soluções para problemas que enfrentam conjuntamente. A definição de objetivos pode ser considerada como uma atividade estratégica, uma vez que indica escolhas ou preferências, definição de prioridades, formação de alianças e coligações. Deste modo, o processo, o debate ou confronto, o dialogo ou a concertação e o trabalho de persuasão, podem ter um papel nuclear. Assim, é necessário agir e comunicar de forma eficaz, tendo em conta os diferentes interesses em causa (Vugt, 2006).

Relativamente à liderança dentro das organizações, encontramos diferentes teorias e opiniões e muitos investigadores restringem a liderança às tentativas realizadas com o intuito de influenciar os seguidores de modo entusiasta, eliminando os comportamentos que resultam de uma obediência. Deste modo, quando um chefe manipula os seus subordinados, deixa de haver liderança (Avolio, Walumbwa & Weber, 2009).

Podemos dizer que numa organização, o comportamento dos sujeitos implica que o líder adote um estilo de liderança específico e que este se adeque às características e às necessidades desse grupo. Através da influência, o líder pode alterar o comportamento dos sujeitos, de forma intencional, através das estratégias que utiliza para impor o seu domínio e ascendência, sendo importante que o líder se relacione com todos os elementos do grupo que lidera (Op. cit.).

De forma geral, tendemos a considerar a liderança como um processo de gestão (*management*), sendo os líderes conduzidos a gerar mudanças baseadas em valores, ideias e interações emocionais, enquanto que os gerentes se dirigem pelo cumprimento das suas *obrigações laborais* (Lupano-Perugini & Castro-Solano, 2005), num contexto em que

A proporcionalidade garante os direitos dos indivíduos, enquanto que a equidade é a igualdade de relações/retribuições, méritos/compensações ou necessidades/partes em relação a cada indivíduo. Na equidade não existe garantia do respeito pelas avaliações individuais: a equidade é um princípio e não um processo (Alves, 2003, p. 224).

A assistência ao nível da saúde sofreu mudanças significativas no que diz respeito a profissionalização e a procura de metas não desejadas anteriormente, como por exemplo, o aumento do lucro, provocando assim, de forma direta e indireta, danças na estrutura geral de um hospital. De novo exemplificando, as instituições de saúde, ao entrarem num ambiente cada vez mais competitivo, assumem contornos empresariais, pelo que necessitam de uma gestão profissional (Vendemiatti, Siqueira, Filardi, Binotto & Simioni, 2010).

Muitas vezes verifica-se uma dualidade no processo de gestão; por um lado encontram-se os especialistas, envolvidos nas decisões ao nível da dimensão administrativa no uso dos recursos; por outro lado, encontra-se o corpo gerencial, que apesar de estar fora do meio médico, também desempenha funções que envolvem processos de adesão dos colaboradores e ações de controle e de gestão das atividades diárias. Pode-se assim dizer que o processo de administração se desenvolve entre estas duas dimensões, a parte clínica e a parte da gestão hospitalar que tem que lidar com a racionalização característica dos processos de gestão. Desse modo, a liderança ao nível da administração de instituições hospitalares enfrenta desafios adicionais quando comparadas com outras instituições (Op. cit.)

Em todas as organizações há momentos de tensão e de maior preocupação, no entanto, de acordo com Hopkins (2011a, p. 19), “Quando persistimos em falar sobre o lado negativo das coisas, tornamo-nos parte do problema”. Dessa forma, em momentos de crise, o sentimento de medo pode dificultar o pensamento racional, podendo levar-nos a agir de forma incorreta e, por vezes, anti-ética, através da omissão de informações ou de pequenas mentiras. No entanto, a Regra de Ouro a ser seguida deve ser sempre a de tratar os outros como gostamos de ser tratados (Op. cit.).

Para Alves (2014), os líderes de hoje apresentam um comportamento robusto, são fortes nos comportamentos transacionais, de gestão e operacionais, o que permite construir com eficiência; vão à essência do problema e avaliam as informações de modo a identificar a solução, conseguem organizar e mobilizar recursos, adaptando-se bem à mudança e às dificuldades encontradas. Apresentam um comportamento transformacional capaz de mobilizar e influenciar os outros para que as coisas sejam

feitas. Nesse aspecto, fomentam o pensamento lateral e apresentam perspectivas novas; assim, mais do que fazer as coisas, apresentam as condições para que possam ser feitas

Nader & Solano (2007), alertam para a necessidade de se terem em conta os valores do líder, uma vez que estes influenciam a sua forma de agir perante os outros.

2.6. Teoria motivacional

Para Gil (2001, *cit.in* Ramos da Silva, Penão, Pereira & Dellalibera-Joviliano, 2013), num mundo cada vez mais competitivo é exigida a motivação das pessoas, uma vez que realizam melhor o seu trabalho e obtêm melhores resultados. O comprometimento das pessoas é cada vez mais reconhecido nas empresas e a motivação é a força que estimula a pessoa a agir.

A motivação da equipe, e isso inclui o gestor, é fator decisivo para a otimização do relacionamento entre as pessoas e reflexos positivos na execução das atividades e na organização.

Motivation in the work context can be defined as an individual's degree of willingness to exert and maintain an effort towards organizational goals. Health sector performance is critically dependent on worker motivation, with service quality, efficiency, and equity, all directly mediated by workers' willingness to apply themselves to their tasks. Resource availability and worker competence are essential but not sufficient to ensure desired worker performance⁴ (Franco, Bennett e Kanzer, 2002, p.1255).

A motivação humana é uma das principais preocupações e desafios da gestão organizacional moderna e várias teorias tentam explicar esta força que leva as pessoas a agir de forma a alcançar os seus objetivos. Anteriormente era apenas um instrumento da área de Recursos Humanos, agora faz parte da estratégia das empresas, uma vez que através da motivação pessoal, da educação formal e do treino, as pessoas podem utilizar todo o seu potencial de forma mais eficiente, tornando-se profissionais de destaque. Pessoas desmotivadas e sem qualidade de vida no trabalho podem-se tornar um problema para a organização, pelo que as empresas necessitam de líderes capazes de trabalhar e de facilitar a resolução de problemas em equipe, motivando os colaboradores e contribuindo para uma melhor produtividade (Silva, Peixoto & Batista, 2011).

⁴ Motivação no contexto de trabalho pode ser definida como o grau de vontade de um indivíduo de exercer e manter um esforço no sentido das metas organizacionais. O desempenho do setor da saúde é criticamente dependente da motivação dos trabalhadores, com a qualidade de serviço, eficiência e equidade, tudo diretamente mediado pela vontade dos trabalhadores para se dedicarem às suas tarefas. A disponibilidade de recursos e competências dos trabalhadores são essenciais, mas não suficientes para garantir o desempenho desejado do trabalhador.

2.7. Estilos de Liderança

O líder deve utilizar as suas capacidades para interagir em inúmeras situações. Contudo o fundamental baseia-se no direcionar o grupo para metas específicas. Os estilos de liderança devem estar relacionados com qualidades permanentes, inatas ou adquiridas pela pessoa, de modo a que possam intervir de forma adequada nos diferentes momentos (Mejía, 2007).

De acordo com Silva, Peixoto e Batista (2011), há três estilos de liderança:

1. **Liderança autocrática:** na qual o líder se foca apenas nas tarefas. Este tipo de liderança também é denominado de liderança autoritária ou diretiva e o líder toma decisões individuais, desconsiderando a opinião dos liderados.
2. **Liderança democrática:** também é chamada de liderança participativa ou consultiva, este tipo de liderança é voltado para as pessoas e há participação dos liderados no processo de decisão.
3. **Liderança liberal ou laissez-faire:** Laissez-faire é uma expressão em língua francesa laissez faire, laissez aller, laissez passer, que significa literalmente "*deixar fazer*". Neste tipo de liderança as pessoas têm mais liberdade na execução dos seus projetos, indicando possivelmente uma equipe madura, autodirigida e que não necessita de constante supervisão. No entanto a liderança liberal também pode ser indício de uma liderança negligente e fraca, onde o líder deixa passar falhas e erros sem corrigi-los.

Smith e Timby (2005, cit. in Botelho & Krom, 2011) descreveram as vantagens e as desvantagens dos estilos de liderança e em que tipo de organização ou situação é possível obter bons resultados com cada um deles.

Assim, na Liderança Autocrática verifica-se que não há espaço para a iniciativa pessoal, sendo este tipo de liderança gerador de conflitos, atitudes de agressividade, frustração, submissão e desinteresse. Apesar da produtividade ser elevada, a realização das tarefas não é acompanhada de satisfação. Como vantagens podemos destacar que: as decisões são tomadas rapidamente e as tarefas são realizadas sem interrogações. Como desvantagens: os subordinados participam pouco na tomada de decisões e normalmente ficam desmotivados. Este estilo de Liderança seria indicado, por exemplo, para uma

organização que possua uma linha de produção, onde o líder desta linha define as tarefas e toma as decisões de forma isolada (Op. cit.).

Na Liderança Democrática, o líder assume uma atitude de apoio, integrando-se ao grupo, sugerindo alternativas sem, no entanto, as impor. A produtividade é boa e, sobretudo, consta de uma maior satisfação e criatividade no desempenho das tarefas; há uma maior intervenção pessoal e verifica-se o desenvolvimento da solidariedade entre os participantes. As vantagens são: os subordinados contribuem para as tomadas de decisões, envolvem-se com a causa de forma a alcançar as metas e a comunicação é mútua entre os diferentes níveis da organização. As desvantagens são: os membros da equipe podem não reconhecer o papel do líder no processo e a tomada de decisão tende a ser mais demorada. Este estilo pode ser interessante para uma empresa que esteja a desenvolver ou a aperfeiçoar um processo da organização (Op. cit.).

Na Liderança Laissez-Faire, quando o grupo não tem capacidade de auto-organização, podem surgir frequentes discussões, relativamente ao desempenho das tarefas. Encontramos este tipo de líder em empresas em que os subordinados trabalham em projetos individuais, pois normalmente os seus resultados tendem a ser de carácter qualitativo, como por exemplo, empresas de design, desenvolvimento de softwares, moda, entre outros. As vantagens podem ser: o desempenho dos empregados tende a ser de alto nível, devido à sua independência e eles tendem a desenvolver os seus próprios objetivos, agregando assim valor à organização. Como desvantagens: o nível de comunicação é baixo, podendo assim causar um desalinhamento dos objetivos entre as partes (Op. cit.).

Como conclusão, podemos dizer que, apesar de existirem diferentes estilos de liderança, todos têm vantagens e desvantagens e o mais importante é saber utilizar o estilo mais adequado de acordo com a situação. Assim, o líder deve estar predisposto a mudanças e preparado para se adaptar às circunstâncias.

2.8. Liderança no setor de saúde

Liderar é saber conduzir, organizando o trabalho de equipe, visando um atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio da equipe (Gelbckje *et al.*, 2009, p. 137).

O desenvolvimento do sistema de qualidade em saúde é uma ação prioritária. Em contextos de melhoria de qualidade, é geralmente reconhecida a importância do fator liderança, que em modelos de excelência tem um papel de destaque. No setor da saúde, ainda é muito escassa a investigação sobre a influência da liderança na melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Sousa *et al.* (2008, p.58) referem que “melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é, pois, o grande desafio para os profissionais da área da saúde”.

Hoje em dia, os sistemas de saúde enfrentam grandes problemas de desequilíbrio entre receitas/despesas e isso constitui um problema de gestão. De acordo com Frederico e Castilho (2006, cit. in Fradique & Mendes, 2013), a capacidade do gestor influenciar os resultados das organizações depende mais da implementação de estratégias de motivação e de liderança do que do seu peso hierárquico.

A liderança na área da saúde deve ser praticada com máximo equilíbrio, principalmente pelos valores que se encontram envolvidos, nomeadamente e com particular importância, o bem estar dos usuários. Assim, pode-se dizer que não ocorre um perfil de liderança padronizado, estático, mas sim dinâmico, onde existe uma necessidade constante de adaptação às situações, com vista a atingir resultados positivos. Na área da saúde, o foco deve estar centrado no fator humano e na manutenção da integridade absoluta, sendo estes pilares importantes para o sucesso do líder.

Nesta área, é essencial existirem bons líderes e que estes exerçam a liderança de forma impreterivelmente eficiente, ou seja, que tenham a capacidade de fazer com que o grupo renda o melhor para cada situação específica, pois trata-se de uma prestação de serviços à saúde do indivíduo.

Segundo Pereira (2004) o teste de *Mapeamento Cerebral* aponta para a existência de perfis de personalidade que salientam as diferenças individuais, e um deles traz as características inerentes à liderança. No entanto, em termos práticos o que se verifica é a mistura desses perfis, existindo sempre a prevalência de um deles sobre os outros. Esses perfis podem ser assim descritos, de acordo com a região cerebral, como se pode verificar pelo quadro 3.

Quadro 3. Perfis de acordo com a região cerebral

Região do cérebro	Perfis	Descrição
Cérebro anterior	Eu exploro	• Caracteriza o visionário, é inovador, empático, aberto à complexidade.
Cérebro posterior	Eu preservo	• Caracteriza uma pessoa mais afetuosa, que sabe criar atmosfera afetiva, que é espontânea, instintiva, impulsiva, associativa, agregadora e guardiã.
Cérebro direito	Eu persigo	• Caracteriza uma pessoa que faz com que as coisas aconteçam com maior rapidez. É a característica dos líderes. É aquela pessoa metafórica, analógica, orientada para o processamento global, competitiva e realizadora.
Cérebro esquerdo	Eu controlo	• Caracteriza uma pessoa mais analítica, que utiliza uma abordagem lógica, sistemática e sequencial, pois, é organizada e orientada para o processamento de detalhes.

Fonte: Elaboração própria, com base em Pereira (2004)

Cohen (*cit. in* Cripe, 2003) explica liderança na área da saúde de uma forma muito pertinente, observa que nesta área existe bastante competição, sendo o “combate” uma situação de extremo risco, de grande incerteza, terrível provação e que quem for capaz de liderar com sucesso, nestas condições, conseguirá ser um líder bem-sucedido, em qualquer tipo de situação e agregará sempre valor à instituição, assim como ao paciente.

Entre seus princípios de liderança, descritos pelo mesmo autor, podem destacar-se:

- manter integridade absoluta;
- conhecer seu ofício;
- declarar suas expectativas;
- demonstrar dedicação excepcional;
- esperar resultados positivos;
- cuidar de seu pessoal;
- colocar o dever à frente de si mesmo;
- fazer-se presente na frente da batalha.

O exercício da liderança no setor da saúde é, em parte, condicionado pelo processo de trabalho e pela distribuição de poder a ele associado, assim como pelo modelo gerencial, nomeadamente e de forma particular, pelo nível de autonomia dos dirigentes. Por conseguinte, o estilo de liderança será não só, fruto de elementos que têm a ver com os indivíduos, mas também com o contexto particular em que se realiza.

Numa altura em que os usuários estão cada vez mais conscientes dos seus direitos e deveres, e também para poder dar resposta às novas e exigentes estruturas das organizações e, sobretudo, às complexas necessidades das sociedades modernas, o sistema de saúde tem de mudar o enfoque da sua estratégia, concentrando-se numa visão mais sistémica, de forma a promover a interdisciplinaridade e a complementaridade intrínsecas à eficácia nos cuidados de saúde, pois é imprescindível a prestação de cuidados de saúde com qualidade com vista à satisfação do usuário.

O processo de liderança no sistema de saúde deve ser orientado para a consecução de objetivos, que devem ser conhecidos pelos colaboradores para que possam ser motivados no sentido de aumentar a produtividade, atingir metas e obter uma maior satisfação no trabalho. O papel do líder, é desta forma, fundamental na criação de um ambiente de confiança, pois será ele que o impele recorrendo a estímulos e ao desenvolvimento de competências dos seus colaboradores, levando a um melhor desempenho e maior colaboração.

O entendimento das especificidades das organizações de saúde, do contexto do poder compartilhado e de estratégias emergentes, indicam a urgência de um modelo gerencial assente na negociação permanente e valorização dos diversos grupos internos, de forma particular dos profissionais, representando, assim, uma procura por um tipo de grupo de liderança mais distribuída.

Para finalizar, toda a organização que deseja alcançar o sucesso, deve primeiramente observar a forma como vem trabalhando, só depois definir um estilo de liderança que se adapte à organização, de modo a que os objetivos propostos sejam alcançados. Essa liderança deve estabelecer uma perspectiva, não só para a organização, mas também para aqueles que a pretendem liderar.

Conclusão

A conclusão principal que se pode extrair depois desta revisão sobre a liderança é que se trata de um processo complexo no qual se verifica a intervenção de múltiplos intervenientes e, apesar da evolução verificada nos últimos 70 anos, há ainda a necessidade, por parte da comunidade científica, de encontrar uma teoria que seja capaz de descrever, explicar e prever, assim como intervir na liderança e na sua efetividade nos diversos contextos (Sánchez & Rodríguez, 2009).

Ao longo de muito tempo, a liderança foi estudada como um traço de personalidade, ou seja, dependendo exclusivamente de características pessoais e inatas do sujeito. Hoje em dia, consideramos que o tipo de liderança depende da aprendizagem social do indivíduo, podendo ser treinada e melhorada.

Ao nível da Análise Organizacional, no Brasil, é comum a repetição didática do que foi produzido noutros países, fato comum em outros campos do conhecimento. Assim, usam-se conceitos modernos e retomam-se experiências estrangeiras procurando utilizá-los para analisar, explicar e solucionar questões administrativas brasileiras; podendo-se dizer que este tema deve ser mais estudado neste país e que devemos encontrar as soluções adequadas para os problemas aqui vivenciados (Bertero & Keinert, 1994).

Deve-se capacitar os colaboradores com quem se trabalha, de modo a ter-se cada vez mais pessoas preparadas para assumir responsabilidades e enfrentar desafios, o que envolve a importante habilidade de disseminar conhecimento, de dar oportunidades e de saber delegar tarefas. Não é fácil lidar com conflitos no ambiente de trabalho, assim, existe uma necessidade de se tirar melhor proveito da situação (Silva, Peixoto & Batista, 2011).

Um problema pessoal reflete-se na produtividade de um colaborador de maneira diferente. Pode-se observar uma queda no rendimento devido a tal problema ou a um aumento no rendimento em resposta à dificuldade enfrentada. Do mesmo modo, uma grande alegria pode levar a pessoa a produzir mais e melhor, ou, simplesmente, passar o dia todo, ou grande parte dele, a pensar na boa notícia e assim prejudicar o seu desempenho na realização de suas tarefas e no relacionamento com os colegas de trabalho.

CAPITULO III – ENTENDENDO O COOPERATIVISMO

3.1. Introdução

“A função fundamental da gestão permanece a mesma: tornar os colaboradores capazes de um desempenho conjunto através de objetivos comuns, de valores comuns, de estrutura certa e da formação e desenvolvimento de que precisam para agir e para responder à mudança” (Drucker, 2008, p.16). Esta noção aplica-se numa sociedade anónima ou, como veremos, numa cooperativa.

Neste capítulo iremos aprofundar alguns conceitos fundamentais de cooperativismo, assim como alguns conceitos filosóficos, princípios e gênese. Iremos também dar seu percurso histórico a nível mundial.

3.2. Conceitos fundamentais

O conceito de origem, em cooperativismo, decorre da história dos 28 tecelões de Rochdale, em dezembro de 1844, quando um grupo de tecelões ingleses resolveu se unir, ajudando-se, mutuamente, na implantação de medidas que visavam à melhoria de suas condições de vida. Nesse sentido, ainda que alguns autores apontem outras experiências cooperativistas anteriores, tanto na Inglaterra, como na Escócia, em números de vinte e três cooperativas, os tecelões de Rochdale passaram com méritos à história, por disseminar os princípios do cooperativismo e efetivarem a aplicação da experiência, então pioneira. Eis porque Holyoake (2000, p. 15) afirma que “não há livro, não há folheto, não há artigo de fundo, nem conferência sobre o cooperativismo em que os “28 tecelões de Rochdale” deixem de aparecer”. Dias (1987, cit. in Maud, 2001) faz ressaltar, contudo, defende a mesma perspectiva

grande parte dos autores que abordam o estudo sobre as origens do cooperativismo moderno aponta a Cooperativa de Rochdale como a primeira surgida com características e princípios atuais. Na verdade, Rochdale foi a segunda experiência em termos de registro de data (dezembro de 1844). Antes dela, já existiam, na Inglaterra e na Escócia, vinte e três cooperativas. Os “Pioneiros de Rochdale”, como ficaram conhecidos em todo mundo, não inventaram os princípios fundamentais do cooperativismo, mas antes os celebrizaram e os tornaram efetivos pela feliz aplicação que deles fizeram. É isso que explica seu justo renome em âmbito internacional (p. 26).

O que sobressai, nesse contexto histórico, é o fato de que os “28 tecelões de Rochdale”, homens de modesta condição social, puderam, em um momento difícil,

construir um edifício que se mostra perene e consolidado: o cooperativismo. Registre-se que a Cooperativa dos Probos Pioneiros Equitativos de Rochdale criou regras de conduta, princípios e valores que perduram ainda hoje, bem como a sistematização de tais preceitos em estatutos. Os pioneiros desejavam a melhora do seu hoje, mas também anteviam o futuro por meio da educação, participação social, melhoria na condição de vida de todos os membros da cooperativa.

Ayres (2008), conta-nos a história de Rochdale Society of Equitable Pioneers – vinte e oito operários, tecelões, insurgiram-se contra o domínio dos capitalistas – donos de fabricas e das lojas. Estes homens foram os fundadores da Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale Ltda, e fundaram, em 1844, uma cooperativa de consumo, com o objetivo de que todos tivessem acesso à realização de diferentes trabalhos, sem dependerem dos chamados “grandes negociantes” – tratava-se de uma cooperativa de consumo.

A esse respeito, May (1998, cit. in Lumertz, 2011), enfatiza que, ao tempo do início de Rochdale, a jornada de trabalho era de catorze a dezasseis horas, com péssimas condições de saúde e de infraestrutura urbana nos bolsões das vilas operárias, decorrentes das migrações camponesas. Segundo o mesmo autor, os pioneiros de Rochdale inspiraram o cooperativismo moderno - que pode ser resumido da seguinte forma: autoajuda ou solidariedade, democracia, economia, liberdade, equidade, altruísmo e progresso social.

Voltando às condições da sociedade vigente no nascedouro da cooperativa rochdaliana, Vicentino (2001, cit. in Sales, 2010), assinala que um dos grandes dramas do processo de Revolução Industrial foi a alienação do trabalhador em relação à sua atividade, e que ao contrário do artesão da antiguidade ou da Idade Média, tendo passado a ser responsável apenas por uma parte do ciclo reprodutivo de uma mercadoria, ignorando os procedimentos técnicos envolvidos. Por outro lado, ao receber o “salário” em troca da atividade mecânica realizada, o operário alienava o fruto de seu trabalho ao capitalista, transformando-o em mercadoria sujeita ao mercado.

Quanto aos valores dos pioneiros do cooperativismo, permaneceram a tal ponto que, nas sociedades contemporâneas, as concepções que se têm de cooperativismo passam, necessariamente, por categorias como cooperação, colaboração e trabalho voluntário, liberdade, progresso social em função de uma organização: a cooperativa.

Assim é, que o Dicionário Básico do Cooperativismo define cooperativa como “uma associação autônoma de pessoas, unidas voluntariamente, para atender suas necessidades e aspirações econômicas, sociais e culturais comuns por intermédio de uma empresa coletiva e democraticamente controlada” (Tesch, 2000, p. 50).

As ideias e/ou os valores do cooperativismo corporificam-se, portanto, no ente denominado cooperativa, uma organização que se amoldou a diferentes culturas, crenças e regimes políticos. Cabe em qualquer nível de conhecimento dos seus membros, de doutos a indoutos, sem barreiras de etnias ou econômicas. Cooperativa é, assim,

[...] uma associação de, no mínimo, 20 pessoas com interesses comuns, economicamente organizadas de forma democrática, isto é, contando com a participação livre de todos e respeitando direitos e deveres de cada um de seus cooperados, aos quais presta serviços, sem fins lucrativos. (Tesch, 2000. p. 49)

Benato (2000) evidencia, na cooperativa, características especiais como: o caráter social, a igualdade de direitos e deveres, a eliminação de intermediários e a valorização do cooperado/sócio por meio do processo produtivo. Destaca, ainda, que a cooperativa não visa o lucro o que a diferencia das demais empresas.

Em que pese, porém, a possibilidade de que alguns dos valores do cooperativismo possam ser modificados em função mesmo da própria dinâmica das sociedades capitalistas, a verdade é que o cooperativismo tem reconhecimento mundial como atesta a Organização Internacional do Trabalho – OIT – em sua Recomendação 27 que define cooperativa como sendo uma associação de pessoas que se uniram, de forma voluntária, para realizar um objetivo comum, através de uma organização administrada e controlada democraticamente, realizando contribuições equitativas para o capital necessário e aceitando assumir de forma igualitária os riscos e os benefícios do empreendimento com uma participação ativa dos seus sócios.

Nesses termos, Young (2006, p.19) ressalta a dimensão jurídica da cooperativa: “derivado do latim cooperativus, de cooperari, [...] é aplicada na terminologia jurídica para designar a organização ou sociedade, constituída de várias pessoas, visando melhorar as condições econômicas de seus associados”. Importa, ainda, problematizar, com Ricciard e Lemos (2000), a natureza do sistema econômico cooperativista, que consideram:

Cooperativismo utiliza um método de trabalho conjugado, ao mesmo tempo em que pode ser visto como um sistema econômico peculiar, em que o trabalho comanda o capital. É que

as pessoas que se associam cooperativamente são as donas do capital e as proprietárias dos demais meios de produção (terra, máquinas, equipamentos, instalações e outros), além de serem a própria força do trabalho (p. 58).

Como se pode observar, as concepções sobre o fenômeno cooperativismo e, conseqüentemente, sobre a organização econômico-social que se reconhece como cooperativa, são múltiplas, mas, no conjunto, algumas características ressaltam-se: associação de pessoas, relação autônoma e democracia entre elas. Valores que apontam para a finalidade que consta em qualquer compêndio de organizações cooperativistas: formar seres humanos de melhor estirpe, mais responsáveis e solidários, de tal forma que a realização de cada um, de per si, seja a realização de todo conjunto social, objetivos que carregam paradoxos em sua essência, tendo em vista que as cooperativas estão cada vez mais incorporadas à lógica do sistema econômico capitalista.

Hoy el cooperativismo por su amplitud y crecimiento logrado en la esfera internacional puede considerarse uno de los movimientos socioeconómicos más grandes del mundo, pueden encontrarse cooperativas u otras formas asociativas, cuya base es la cooperación en todos los países y en las más diversas culturas y economías⁵ (Consuelo, 2005, p.1)

3.3. Fundamentos filosóficos, princípios e gênese do cooperativismo

A marca filosófica do cooperativismo é o sentimento comum a toda a raça humana: a cooperação. Nesses termos, em toda a história da humanidade, em todos os tempos, a cooperação tem primazia. Ilustra-se que no livro de Gênesis, olvidando-se a religiosidade tão comum, quando se empregam textos bíblicos, e, entendendo o livro também na perspectiva cultural, o verbo da criação é colocado no plural. “Façamos o homem à nossa imagem, conforme a nossa semelhança”. (The Thompson Chain, 1993, p. 13, Genesis 1: 26).

Entendido o homem como semelhança de quem o criou e, se quem o criou não o fez na solidão da criação, mas acompanhado do que, teologicamente, denominou-se “Trindade”, o homem, por definição, não pode e nem deve estar só. Nesses termos, não estar só, não ser só, é premissa para cooperação. Por oportuno, destaca-se que, na natureza, no mundo natural, cooperação é muito mais que estar junto, que trabalhar

⁵ Hoje o cooperativismo pela sua amplitude e crescimento alcançado na esfera internacional pode ser considerado um dos maiores movimentos sócio-econômicas do mundo, podem encontrar-se cooperativas ou outras formas de associação, cuja base é a cooperação em todos os países e em diversas culturas e economias.

junto, que ter objetivos comuns de bem estar e prosperidade. É uma situação inerente ao ser vivo e que garante a sobrevivência das diferentes espécies de vida.

Desse modo, no ponto de vista do ecossistema, as relações entre os seres vivos, mesmo aquelas que resultam na morte de uma das partes, cooperam para a eternidade da vida. A presa, quando morta pelo predador, tem um relevante aspecto de equilíbrio, de tal forma que os dois se dependem mutuamente e ocorrerá, sempre, um desastre ambiental, caso falte a presa ou o predador. Os dois estão obrigados, pela natureza, a cooperar em função dela, eternamente.

No mundo cultural, o homem primitivo, de maneira voluntária ou eventual, já realizava caçada, defendia seu habitat e sua família de maneira coletiva. De acordo com Aquino (2003), os mutirões tanto da antiguidade, como nos dias de hoje, os arrendamentos de terra na antiga Babilônia, os colégios cooperativos romanos, a Igreja Primitiva e a agricultura de incas e astecas são exemplos irretocáveis e marcantes do poder da cooperação.

João Eder Sales (2010) assinala o comentário de Santos (2001) ao dizer que sempre houve pessoas inconformadas com os rumos da sociedade e que aspiravam eliminar as diferenças econômicas, implantando o bem-estar coletivo. Assim, como meio de expressão desse desejo, podem ser citadas as obras de Platão “A república”, a de Tomas Morus (1470-1535) “Utopia”, a Cidade do Sol, de Tomás Campanella (1568-1639) e “A Nova Atlântida” de Francis Bacon (1561-1626). Todos tiveram, com sua ideologia, influência direta ou indireta no surgimento do cooperativismo.

Ressalta-se, porém, que nem tudo foi cooperação, na história da humanidade. As primitivas economias extrativistas, acoçadas pela escassez de alimentos, crescimento populacional e ambiente hostil, não demoraram a entender que, se em determinados núcleos, faltava alguma coisa; em outras, essas mesmas sobravam. Surgiram, assim, as trocas e o escambo. Desse modo, estava posto o caminho também para outras vertentes não tão cooperativas, como a intermediação, o comércio, o lucro, a atividade mercantil e industrial e a exploração. Com o surgimento da moeda, valorando os bens e serviços, estavam, mesmo incipientes, instauradas as condições da atividade mercantil e, depois, o sistema capitalista da produção de bens e serviços.

O que se observou, a partir do surgimento do capitalismo, foi a valorização da propriedade privada, enquanto o socialismo postou-se na direção oposta condenando-a e, portanto, elegendo-a como inimiga número um do desenvolvimento de uma sociedade supostamente igualitária e justa.

Em posição ímpar, o cooperativismo defende a propriedade privada, na contramão do socialismo, mas se contrapõe à ditadura do capital sobre o homem; constitui-se, portanto, numa proposta alternativa ao capitalismo e ao socialismo e poderia se tornar, em dada nação, que assim o quisesse, o sistema predominante. Dessa forma, o risco e a gestão da empresa pertencem ao trabalho e nunca ao capital, tampouco ao estado. Jamais o objetivo estará acima do homem.

Na lógica do cooperativismo, a existência do voto unitário e igualitário é a marca da igualdade. Ninguém é maior, nem menor, ninguém é mais dono ou menos dono. Todos, em uma cooperativa, o são igualmente. Como o trabalho é que assume o risco da gestão, o resultado desse trabalho é que é partilhado a todos os cooperados.

Partindo-se, pois, do pressuposto de que o centro da cooperativa é o cooperado, é mister que se problematizem questões relevantes para compreensão do fenômeno, como, por exemplo: Quem é o cooperado? Quais as condições para ser um cooperado? Quais benefícios podem ser auferidos por ser cooperado? Seus riscos? Ricciard e Lemos (2000, p.67) entendem que “cooperado é – e deve comportar-se como dono e usuário da cooperativa, além de ser a força de trabalho”. Sendo assim, pode-se entender que o cooperado é dono, na verdadeira essência, por ser gestor e responsável pela cooperativa; é usuário, por usufruir de todos os produtos de sua cooperativa e é força de trabalho, já que seu trabalho é o capital humano, sem o qual a cooperativa inexistente.

Os autores, anteriormente referidos, adiantam ainda: “no papel de dono, o cooperado aceita aderir à sociedade cooperativa e confirma sua adesão com um aporte de capital. Ou seja, compromete-se social e economicamente”(p.67). Entende-se, pois, que a chave maior para a condição de ser cooperado está, principalmente, na sua forma de adesão: voluntária. Ninguém pode ser obrigado a cooperar-se e ninguém é obrigado a continuar cooperado. Como se observa, a adesão à cooperativa é decisão democrática na hiperbolização do que se pode imaginar como sendo um processo democrático.

Os cooperados, repita-se, não são maiores e nem menores. Todos são iguais em função de sua contribuição de aporte de capital denominada de quotas-partes⁶. Essas quotas-partes, por exemplo, jamais podem ser adquiridas por estranhos. Somente o cooperado pode decidir nos assuntos da cooperativa e a decisão será sempre pelo voto livre, igualitário e universal. Importa assinalar, entretanto, que há limitações peremptórias dentro do ambiente cooperativo. Os assuntos que, por sua natureza, são comuns em dissensões e atritos, tais como religião, crenças, discussões sobre raças, orientação sexual e política partidária são veementemente expurgadas do convívio das cooperativas. Em conceituação, Felício (2000) afirma:

Porque cooperar é crer no homem que se une aos semelhantes para promoção e o bem-estar conjuntos. A responsabilidade exercida em comum confere ao grupo uma experiência de amadurecimento que permite a cada um identificar-se melhor com a cooperativa (p. 12).

Observa-se que o cooperativismo tem uma vertente própria que não se confunde com os dois pilares filosóficos da economia mundial: o capitalismo e o socialismo. O primeiro, como sistema preponderante, tem méritos, decerto, mas carrega uma lamentável lacuna: não resolveu e, pelo o que se pode prever, não resolverá a questão da desigualdade social, tanto que muitas modificações ocorreram, no decorrer dos séculos, para amenizar essas distorções. O segundo, por sua vez, em busca de planificação, suprimiu as liberdades, quer individuais ou coletivas, surgindo na história econômica e política dos povos que o implementaram, como uma nódoa irremovível.

Entretanto, o capitalismo e o socialismo, ao validarem, no passado e agora, regimes políticos e econômicos, também governos mundo afora, mereceram e merecem a atenção de pesquisadores e doutrinadores, de tal forma que superabundam os compêndios acerca dos fundamentos teóricos dessas doutrinas, contudo o cooperativismo, por não ter reconhecida a sua importância política, econômica e governamental, tal como os dois sistemas citados, é pobre em publicações que versem sobre seus alicerces doutrinários. Alves (2002) a esse respeito diz:

Ao contrário de outros fenômenos, socioeconômicos, o cooperativismo não se caracteriza pela superabundância de produção doutrinária. Por que? A nosso ver, pela simplicidade de seus traços, que ao estudioso pouca margem deixa a equívocos e contradições, provando-se

⁶ As quotas-partes são propriedades individual (privada) de cada cooperado sobre a cooperativa. Apesar “de a cooperativa” não ser propriedade privada, as quotas-partes são.

impermeável, digamos assim, às complexas formulações e debates que recobrem demais temas palpitantes (p. 27).

Importa reconhecer que o entendimento do cooperativismo não remete a complicadas formulações teóricas e filosóficas, é marcado pela simplicidade, de tal forma que Felício (2000, p. 11) traduz essa afirmação de maneira quase simplória, quando diz: “o fundo ético do sistema traduz-se no lema “um por todos e todos por um” que é uma aplicação particular do princípio da solidariedade, cujo império fica submetido à atividade dos cooperados”. Dessa forma, o entendimento do “um por todos e todos por um” afasta-se de um simples slogan e passa à categoria de princípio, demonstrando claramente o perfeito distanciamento do cooperativismo ao individualismo capitalista e à despersonalização socialista.

Como os governos, mundo afora, não se interessam por compartilhar o poder, entende-se por que nenhum governo adotou o cooperativismo como uma possibilidade de gestão. Se assim fizesse, as decisões governamentais seriam, obrigatoriamente, compartilhadas o que mudaria, tanto a lógica do capitalismo, quanto do socialismo, tendo em vista que, em ambos os sistemas, não se vislumbra a democratização em sentido mais amplo. Nesses termos, o cooperativismo pode ser entendido, também, como o movimento precursor da democracia integral, visto que o padrão igualitário entre seus membros, a gestão descentralizada e o mecanismo de distribuição interna de rendas, conforme será visto mais adiante, nesta investigação, mudam completamente as concepções de democracia. Não se pode descurar, ainda, o respeito pela liberdade individual e coletiva que subjaz ao sistema cooperativista.

Cumprido observar que o cooperativismo nasceu em um momento particularmente interessante da história econômica da humanidade: a Revolução Industrial. A esse respeito, Macedo e Ximenes (2001) afirmam:

O advento da era das máquinas modifica profundamente não só o pensamento humano, mas as relações de produção e, conseqüentemente, a divisão do trabalho, divisão essa que norteia o pensamento cartesiano, reducionista, que vai permear todas as atividades humanas da época. A economia, que desde a Idade Média era exercida por corporações profissionais, nas quais o artesão exercia sua atividade em casa, passou por uma mudança radical, perdendo seu lugar, e vendo surgir o sistema capitalista de produção. Nas relações humanas este efeito é devastador. O mundo deixa de ser um grande pensamento e passa a ser uma grande máquina, em que a competição desvairada, a corrida do ouro, deixa suas marcas impiedosas nas relações humanas, nada perdendo (pp. 13, 14).

Concordante, em outra obra que analisa a importância política do capitalismo, Moreira, (2010), no *Conhecendo a UNIMED*, , descreve a citação do historiador francês Fernand Braudel, em *Civilisation Matérielle, Economie et Capitalisme, XV-XVIII Siècle* (Civilização e Capitalismo):

A ascensão do capitalismo como sistema econômico se completaria com o advento da Revolução Industrial. Nesse período, que se estende de meados do século XVIII até o final do século XIX, ocorreu a maior transformação econômica e social da humanidade desde a domesticação de plantas e animais, na pré-história. A Revolução Industrial (...) trouxe milhares de trabalhadores do campo para as cidades, em busca de mais renda e melhores condições de vida. No final do século XIX, a urbanização urbana já ultrapassara a população rural nos países que se industrializaram (pp. 54, 55).

A esse respeito, Misi (2000, p. 30) é contundente e diz: “a máquina que poderia facilitar, oprimia; em vez de estar ao serviço do homem, tornou-o seu escravo, imprimindo o seu ritmo violento e incessante à vida humana”. Cumpre notar, em uma melhor contextualização do momento, que nesse mesmo tempo, o materialismo estava em voga e as ideias de Malthus e Charles Darwin encantavam as muitas correntes da ciência de então. A sobrevivência, a lei do mais forte, a seleção natural, a competição desenfreada contavam com uma explicação científica, coerente e, portanto, aceita. Era um mundo por demais competitivo.

Segundo Macedo e Ximenes (2001), as condições sub-humanas de vida e a exploração do trabalho faziam parte do cenário criado por este mundo-máquina competitivo, onde a mecanização da indústria era comemorada como avanço, mas, por outro lado, promovia o desemprego em massa conduzindo assim à miséria e aos desajustes sociais. Surgiam as primeiras organizações dos trabalhadores: cooperativas de ajuda mútua, associações de operários, sindicatos, levando ao surgimento de movimentos reivindicativos, reclamando mudanças sociais, econômicas e políticas.

Misi (2000, p. 72) argumenta ainda mais: “o surgimento do cooperativismo está estreitamente relacionado com origem do sindicalismo”, acrescentando que, “assim como a ação sindical, o movimento cooperativista foi constituído para combater a exploração do trabalho humano, empreendida pelos capitalistas na busca desmedida por lucro”. Não é sem razão que o cooperativismo abomina a palavra lucro e tudo que ela representa.

Segundo Silva (2008), o cooperativismo é uma consequência das políticas econômicas e sociais decorrentes da Revolução Industrial e que afetaram,

principalmente, as classes dos operários e do campesinato. Em consequência dos inúmeros problemas políticos, sociais e econômicos da Revolução Industrial, em especial nas classes de operários e de campesinatos, surgiu o movimento cooperativista. Para a expansão do movimento, contribuiu a influência dos pensadores das sociedades utópicas, chamadas de “socialistas utópicos”. Segundo o mesmo autor, a partir de 1825, as cooperativas criadas por toda Inglaterra foram de iniciativa de Willian King e Robert Owen, principalmente as cooperativas designadas de consumo. Desses dois líderes sociais, surgiram duas tendências do cooperativismo.

A linha de Willian King diferia de Robert Owen uma vez que aceitava recursos de terceiros e, em especial, doações de pessoas ricas à constituição de cooperativas. O cooperativismo de Robert Owen tinha em vista a constituição de seitas de caráter religioso, preocupava-se somente com a implantação de uma religião racional, baseada na filantropia universal – comunidade para propor a cooperação em geral, mas sem fazer referência às causas do cooperativismo e dos sindicatos. Na altura, tanto os sindicatos quanto as cooperativas tinham como preocupação expandir colônias cooperativistas autônomas, que uma vez multiplicadas poderiam transformar a sociedade capitalista competitiva numa sociedade solidária e fundada no processo da cooperação. Assim, pode dizer-se que os owenistas exerciam significativas influências nas duas linhas do movimento. Na França, idêntico movimento cooperativo ocorreu com os cooperativistas Charles Fourier, Michel Derrion, Philippe Buchez e Louis Blanc, principalmente com as iniciativas das cooperativas para o setor da produção.

Segundo Vieira (2005), Owen decidiu, em vez de explorar plenamente os trabalhadores que empregava, na primeira década do século XIX, limitar a jornada e proibir o emprego de crianças, para as quais criou escolas. O tratamento generoso que Owen dava aos assalariados, apesar de gastar mais com folhas de pagamento, conduziu a uma maior produtividade do trabalho, tornando a sua empresa bastante lucrativa, tornando-se objeto de grande admiração e respeito, adquirindo fama de filantropo.

De acordo com Sales (2010), o pensamento de Owen era de que o homem é resultado de seu meio social; seria necessário modificar o meio social para poder modificá-lo, mas de forma pacífica, gradual e moderada, para que nenhuma parte do corpo político, nem do indivíduo sofresse com a mudança. As suas principais ações tinham como linhas orientadoras, combater o lucro e a concorrência, pois considera-as

como sendo as principais causadoras dos males e injustiças; combater a divisão social entre operários e patrões, por considerar que toda a produção deveria ser dos trabalhadores; criou medidas de assistência social aos funcionários da sua fábrica de fios de algodão em New Lanark na Escócia. Tais pensamentos de ética irretocável, na época geravam admiração de algumas pessoas e o descontentamento de muitos e mostram, de forma evidente, que esse movimento não foi pacífico. Cordeiro (2001, p. 21) destaca a reação capitalista.

Segundo Singer (2000, *cit. in Bertuol, et. al* 2012), nessa época, centenas de cooperativas foram formadas e sindicatos tentaram implementar a estratégia de Owen, o que conduziu ao desencadeamento de uma violenta ofensiva da classe capitalista contra as organizações dos trabalhadores. Face a esta situação, alguns sindicatos tiveram de fechar e outros se tornaram clandestinos, também muitas cooperativas encerraram as suas atividades, face ao enfraquecimento do movimento operário.

Neste contexto de caos e ebulição para os trabalhadores, no bairro de Rochdale, em Manchester (Inglaterra), surgem os 28 tecelões pioneiros de Rochdale (27 homens e uma mulher) dando origem à primeira cooperativa, chamada Sociedade dos Pioneiros Equitativos de Rochdale (Rochdale Equitable Pioneers Society Limited), que ao instituírem os oito princípios, determinaram um marco histórico, que nenhuma deles poderia avaliar.

No dizer de Aquino (2003), as bandeiras que os pioneiros de Rochdale discutiam eram: luta política, emigração, mudanças na legislação e dinheiro, à custa de abstinência alcoólica. Havia o receio da falência e o capital de cada um era simplório.

Em razão desse contexto, foi lançado um manifesto buscando a adesão de todos os operários de Rochdale, para se unirem no desiderato, sendo essa a íntegra do manifesto:

A sociedade propõe-se a obter vantagens pecuniárias e a melhorar a condição econômica de seus membros, por meio da acumulação de capital, dividido em parte iguais de uma libra esterlina cada um, e bastante para realização prática do seguinte plano:

- 1º) Fundar um armazém para venda de provisões alimentares e vestuário;
- 2º) Construir ou comprar casas higiênicas para associados;
- 3º) Fabricar produtos para dar trabalho aos sócios desempregados, ou que venham a sofrer a redução de salários;
- 4º) Comprar e arrendar terrenos que serão, a princípio, cultivados pelos sócios sem trabalho e depois, divididos pelos sócios em propriedades individuais;
- 5º) Destinar uma parte dos lucros futuros à criação de estabelecimentos comuns, para instrução e desenvolvimento moral dos sócios;

6º) Logo que possível, a sociedade ocupar-se-á em organizar a produção, o governo, ou por outras palavras, em fundar uma colônia interior unida por interesses comuns, que a si próprio se baste, e em ajudar outras sociedades a fundar colônias semelhantes. Para a propaganda da temperança, a sociedade organizará uma seção especial, em uma de suas propriedades.

O resultado inicial do esforço dos trabalhadores foram catorze libras que resultaram numa pequena loja cujo estoque compunha-se de farinha, manteiga e açúcar. Estava iniciada a primeira cooperativa.

Acrescenta, ainda, Aquino (2003)

Após um ano de incredulidade geral, já amalhara 74 sócios, o capital chegava a 180 libras esterlinas e cresciam em variedades de produtos e quantidade de vendas. Daí por diante, a iniciativa se propagou e com isso, o número de cooperativas em toda a Inglaterra e depois, em toda Europa, experimentou uma ascensão vertiginosa ao ponto de, em 1881, existirem somente na Inglaterra 1.000 cooperativas e 500.000 cooperados. (p.16)

Cordeiro (2001) descreve os oito primeiros princípios do cooperativismo adotados pelos pioneiros de Rochdale, nos quais a sociedade era governada de forma democrática, cada sócio dispunha de um voto; a sociedade seria aberta a quem dela quisesse participar, desde que contribuisse com uma quota de capital mínima e igual para todos. Qualquer quantia em dinheiro, investido a mais na cooperativa, seria remunerado por uma taxa de juro, no entanto, não daria ao seu possuidor qualquer direito adicional de decisão; tudo o que sobrasse da receita, depois de deduzidas toda as despesas, seria distribuído entre os sócios em proporção às compras que fizessem na cooperativa; todas as vendas seriam à vista; os produtos vendidos seriam puros e de qualidade; a sociedade deveria promover a educação dos sócios nos princípios do cooperativismo e a sociedade seria neutra política e religiosamente.

Sobre esses princípios, alguns doutrinadores divergem desse entendimento. Mauad (2001), por exemplo, simplifica em somente quatro princípios: adesão livre, gestão democrática, juros módicos ao capital e retorno proporcional às operações ou distribuição das sobras líquidas aos associados.

Aquino (2003) discorda, ao identificar os princípios iniciais do cooperativismo como: igualdade, liberdade, fraternidade, honestidade, solidariedade, equanimidade e democracia. Já Tesch (2000) elenca como princípios do cooperativismo: adesão livre e voluntária, controle democrático pelos sócios, participação econômica dos sócios, autonomia e independência, educação, treinamento e informação, cooperação entre cooperativas e preocupação com a comunidade.

Para Silva (2008), são oito os princípios dos pioneiros rochdelianos: controle democrático, adesão aberta a novos sócios, juros limitados ou fixados sobre o capital subscrito, divisão das sobras (excedentes) proporcional à participação, comercialização com pagamento à vista, venda exclusiva de produtos de qualidade, educação dos sócios nos princípios cooperativistas e neutralidade política e religiosa.

As diferenças elencadas não são substanciais, daí destacar-se que, em 1937, em Paris, o congresso da Aliança Cooperativista Mundial⁷, por votação democrática, determinou os seguintes princípios: livre adesão, controle democrático, juros limitados ao capital, retorno “pro rata” das atividades, neutralidade política, vendas à vista e fomento da educação.

Nessa perspectiva, para a Aliança Cooperativista Mundial, os quatro primeiros eram obrigatórios e os três outros somente recomendados e, em que pese seus alcances, foram elaborados com foco nas cooperativas de consumo, sem aplicabilidade absoluta em outros ramos cooperativos. Assim, em 1995, no congresso da Aliança Cooperativa Internacional, em Manchester, organizaram-se os princípios com uma amplitude e abrangência maiores: 1. adesão voluntária livre; 2. gestão democrática pelos cooperados; 3. participação econômica dos cooperados; autonomia e independência das cooperativas; 4. educação, formação e informação; 5. Intercooperação, e 6. interesse pela comunidade.

É importante analisar tais princípios, tendo em vista que estes são a base filosófica em que subjazem as teorias e as práticas do cooperativismo. Assim,

1. Adesão voluntária livre ou princípio da livre adesão.

Esse princípio que não estava no início, entre os pioneiros de Rochdale, talvez pela não homogeneidade dos membros, de acordo com Monteiro (2005, p. 50), diz que “as cooperativas são organizações abertas à participação de todos independentemente de sexo, raça, classe social, opção política e religiosa. Para participar, a pessoa deve conhecer e decidir se tem condições de cumprir os acordos estabelecidos pela maioria”.

⁷ Organização não governamental, atualmente em Genebra, com quatro sedes: América, Europa, Ásia e África que presta apoio às organizações cooperativistas e objetiva a integração, autonomia e desenvolvimento das cooperativas e, acima de tudo, preservar e defender os princípios do cooperativismo.

Na modernidade, a objeção prática a esse princípio é somente a compatibilização entre o número de cooperados e a capacidade absorviva da cooperativa. É a chamada Reserva Técnica ou Capacidade Operacional. Quando o número de cooperados resolve as demandas da cooperativa, é contrassenso a entrada de novos cooperados. Esse princípio, por uma questão de lógica, também determina a impossibilidade de se impedir a saída de um cooperado. Essa tem recepção clara nos diplomas legais. Tome-se, por exemplo, o caso brasileiro. A constituição Federal do Brasil, no artigo 174, parágrafo 2, dita: “ a lei apoiará e estimulará o cooperativismo”.

A lei 5764 de 1971 (Anexo I), por sua vez, nos artigos 4(I) e 29, afirma:

Art. 4(I): Adesão voluntaria, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços.[...].

Art. 29: O ingresso nas cooperativas é livre a todos os que desejarem utilizar seus serviços prestados pela sociedade, desde que adiram aos propósitos sociais e preencham as condições estabelecidas no estatuto. Ressalvado o disposto no artigo 4 desta lei (Brasil, 1971).

2. Gestão democrática pelos cooperados

Também chamado de controle democrático pelos sócios, apesar de não estar incluso, de maneira clara, esse princípio estava, de maneira implícita, nas decisões dos pioneiros de Rochdale. É um dos principais pilares do cooperativismo. A própria Declaração dos Direitos Humanos, ao preconizar o “direito de um voto para cada pessoa” incorporou esse princípio cooperativo.

Veiga e Rech (2001, p. 12) dizem que “as associações são organizações democráticas, controladas por seus sócios, que participam ativamente no estabelecimento de suas políticas e na tomada de decisões. Homens e mulheres, eleitos como representantes, são responsáveis para com os sócios”. De tão precioso, esse princípio já foi conhecido como o princípio “um cooperado - um voto”. Ele declara que o cooperativismo é uma verdadeira associação de pessoas. Obviamente, por obrigatoriedade administrativa, estabeleceram-se esferas ou níveis de decisão que em nada o invalida.

O que nos remete aos níveis decisórios de uma cooperativa que são: Assembleia Geral (órgão decisório máximo de onde emana o estatuto e outras determinações); Conselho de Administração (eleito pela Assembleia Geral, do qual, também por eleição, é escolhida a Diretoria Executiva da cooperativa); e Conselho

Fiscal (órgão corregedor e fiscalizador, que atua em nome de todos os cooperados). Tais níveis, importa esclarecer, são universais.

Convém ressaltar que nada impede (e normalmente ocorre) a criação de outros conselhos, dada a complexidade das relações entre cooperados, pessoas físicas e jurídicas e mesmo as complexidades de relações intra intercooperativas. A regra é que esses conselhos são necessários ao bom desempenho das ações da cooperativa. Nesse sentido, a legislação brasileira, pelo estatuto norteador do cooperativismo, denominado de Estatuto Geral do Cooperativismo, ou lei 5764/71(Anexo I), é clara: “Nas cooperativas singulares, cada associado presente não terá direito a mais de um voto, qualquer que seja o número de suas cotas-partes”.

3. Participação econômica dos cooperados

Registra-se que esse princípio é anterior a Rochdale. Originou-se de uma cooperativa da Escócia, em 1826. A partir desse princípio, o cooperativismo proscreeu a palavra *lucro*, substituindo-a por *sobras*. Evidencia-se que, diferente de uma sociedade mercantil qualquer, o capital da cooperativa não se liga umbilicalmente à produção de dividendos, mas exerce, acima de tudo, papel de garantia da produção e favorecimento da produção de serviços.

No Brasil, o resultado da atividade da cooperativa está explicitado na Lei 5764/71 (Anexo I):

Art. 4º:

VII- Retorno de sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberações em contrário da Assembleia Geral.

[...].

Art. 80:

As despesas da sociedade serão cobertas pelos associados mediante rateio na proporção direta da fruição dos serviços.

[...].

Art. 89:

Os prejuízos verificados no decorrer do exercício serão cobertos com recursos provenientes do Fundo de Reserva e, se insuficiente estes, mediante rateio entre associados, na razão direta dos serviços usufruídos, ressalvada a opção prevista no parágrafo único do artigo 80.

[...].

Art. 80:

Parágrafo único: A cooperativa poderá, para melhor atender à equanimidade de cobertura das despesas da sociedade, estabelecer:

I – rateio, em partes iguais, das despesas gerais da sociedade entre todos os associados, quer tenham ou não usufruído dos serviços por ela prestados, conforme definida no estatuto,

II – rateio, em razão diretamente proporcional, entre os associados que tenham usufruídos dos serviços durante o ano, das sobras líquidas ou dos prejuízos no balanço do exercício, excluídas as despesas gerais já atendidas no item anterior.

Como os princípios se interligam e se reafirmam, subtende-se que a participação econômica dos cooperados reafirma o princípio da gestão democrática.

4. Autonomia e independência das cooperativas

Aquino (2003) ressalva que as cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, geridas por parte dos seus membros. Sempre que firmarem acordos com outras organizações, mesmo sendo instituições públicas, ou recorram a capital externo, devem fazê-lo por forma a assegurarem o controle democrático pelos seus associados, sem que percam a sua autonomia.

Esse princípio é sujeito a variadas controvérsias. Historicamente, as cooperativas sofreram a oposição das sociedades mercantis, pois trilhavam linhas filosóficas diversas, principalmente pela ação do poder público. Por outro lado, seria inconcebível que o sistema cooperativo ficasse à margem de qualquer controle da sociedade: poderíamos estar criando deformações de tal monta, que seriam autofágicas para o sistema. Acrescenta-se, ainda, que a complexidade das relações, em um mundo globalizado, evidentemente torna os fatos e fatores absolutamente interdependentes econômica e juridicamente. Na Lei brasileira 5764/71 (Anexo I), que trata do regime jurídico das sociedades cooperativistas, existem artigos que se relacionam com autorização, fiscalização, intervenção e normatização das sociedades cooperativas.

Dessa maneira, a norma constitucional brasileira, no Artigo 5, XXVIII, diz que é permitida “a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independente de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento”. Estaria, pois, proscrita a interferência do Estado, tanto quando à criação, bem como quanto ao seu funcionamento, entretanto, quando se adentra no ordenamento jurídico brasileiro, há mitigações da ordem constitucional. A Lei 9656/98 (Anexo II), por exemplo, que será objeto de análise, no decorrer dessa tese, dispõe sobre os planos e seguros privados de

assistência à saúde e, ao regulamentar esse importante setor da economia brasileira, transformou, por uma ficção jurídica, as cooperativas médicas em “planos de saúde”.

O mesmo se dá com as cooperativas de crédito. A Constituição Federal do Brasil, em seu artigo 192 (Anexo III), coloca as cooperativas de crédito dentro do Sistema Financeiro Nacional e diz que serão reguladas “por leis complementares que disporão, inclusive, sobre a participação do capital estrangeiro nas instituições que o integram”. Além da norma constitucional, as cooperativas de crédito são regulamentadas pelas seguintes leis: Lei 4.595/64 (Anexo IV) (institui a reforma bancária), Lei 5.764/71 (Anexo I) (lei do cooperativismo brasileiro), Lei complementar 130/2009 (Anexo V) (lei complementar à Lei 5.764/71) e Resolução 3.859/2010 (Anexo VI) (Resolução do Conselho Monetário Nacional).

O entendimento é que o interesse da sociedade é sempre maior que o interesse particular de um grupo. A autonomia e independência de uma cooperativa, ao se colidirem com os interesses da sociedade, serão sempre mitigados em relação a esses interesses. Para o ordenamento legal do Brasil, os interesses da sociedade são sempre mais importantes que os interesses individuais.

5. Educação, formação e informação

Estes são requisitos das sociedades contemporâneas e obrigatórios no ambiente competitivo do mundo em que se vive. Educar, informar e formar deve ser um processo contínuo.

Segundo Mayer (2009) as cooperativas proporcionam educação e treinamento para os sócios, dirigentes eleitos, administradores e funcionários, com intuito de contribuir de forma efetiva para seu desenvolvimento. Eles devem informar o público em geral, em particular jovens e líderes formadores de opinião, sobre a natureza e os benefícios da cooperativa.

Assim, a saúde da cooperativa guarda absoluta relação com a densidade de conhecimento dos cooperados acerca dos seus direitos, deveres e os objetivos da sociedade cooperativa, sendo que esse conhecimento não se exaure dentro da cooperativa, mas deve-se espalhar para a própria comunidade e, de maneira específica, aos formadores de opinião e aos jovens. Aqueles, pela importância que desfrutam no

ambiente social da cooperativa e esses, pela possibilidade de perpetuação, em outras gerações, do conhecimento e fundamentos do cooperativismo.

De outra forma, o desconhecimento teórico e filosófico das bases do cooperativismo é o ambiente propício para vicejar o mau caratismo, a demagogia e o amadorismo. Esses três fatores representam, algumas dificuldades ou desvios que uma sociedade cooperativa pode sofrer, mesmo não sendo essa a regra, mas a possibilidade de desvio está sempre presente em toda atividade humana. Possível, portanto, no cooperativismo. Ademais, caso os cooperados tenham embasamento teórico-filosófico, será muito fácil a implantação das quatro principais macro-tendências do cooperativismo, como visto no seminário Visão Estratégica e Tendências do Cooperativismo Contemporâneo, em Brasília, novembro de 2002, profissionalização da gestão da direção empresarial; formação de redes intercooperativas; desenvolvimento de educação e formação cooperativistas e responsabilidade das organizações cooperativas.

Drumond (2010) apresenta alguns indicadores que mostrariam se, de fato, uma cooperativa está sincrônica com esse princípio. Alguns desses indicadores são: capacitação específica para entrar na cooperativa; as dúvidas, sugestões e reclamações dos cooperados são sempre analisadas e respondidas pela cooperativa; além das assembleias, os cooperados dispõem de outros meios para apresentar suas dúvidas, sugestões e reclamações; a cooperativa investe na profissionalização do seu quadro social; a cooperativa mantém contato frequente com o seu quadro de associados através de jornais, e-mail, boletim informativo, correspondência ou outros meios; os membros do conselho de administração e da diretoria recebem formação em cooperativismo; os membros do conselho de administração e da diretoria passam por curso de capacitação para exercer suas funções.

Outros indicadores ainda apontados por Drumond (2010) são: a cooperativa desenvolve ações de educação e formação cooperativista com públicos jovens e filhos de cooperados visando a preparação de novas lideranças; a cooperativa desenvolve programas educativos com objetivos de fidelização do seu quadro social; a cooperativa promove a capacitação de seus funcionários, que recebem orientações sobre o funcionamento e as particularidades do negócio cooperativo; a cooperativa desenvolve programas de educação cooperativista com o quadro social; o quadro social da cooperativa está organizado em comitês educativos, núcleos e comissões; a cooperativa

desenvolve ações de educação e formação cooperativista com a comunidade na qual está inserida e a cooperativa estabelece parcerias com as escolas e universidades visando à formação profissional cooperativista.

A respeito da inserção de uma cooperativa na educação popular, em sua ambiência, cumpre lembrar a definição de Torres (2008):

un conjunto de prácticas sociales y elaboraciones discursivas en el ámbito de la educación cuya intencionalidad es contribuir a que los diversos segmentos de las clases populares se constituyan en sujetos protagonistas de una transformación de la sociedad en función de sus intereses y utopías (p.22).⁸

Os dirigentes, técnicos e funcionários têm de estar preparados para passar ao quadro social as informações necessárias acerca da atividade e serviços prestados pela cooperativa. Para eles, é certo que ninguém é motivado a participar no que não conhece. Logo, quem é indicado e aceita cargos diretivos necessita incluir entre as suas funções a comunicação. É imprescindível levar aos associados, informações sobre a sociedade, pois uma administração que se isola e pressupõe que tudo o que faz está certo, sem dialogar com os seus cooperados, pode estar a agir na contramão dos objetivos sociais. Por mais certas que possam ser diretrizes e decisões da administração, jamais podem dispensar completamente o retorno (*feed-back*) no quadro social.

6. Intercooperação

É o pressuposto de fortalecimento do sistemacooperativo que, tanto se exprime na construção de sistemas integrados locais, nacionais e internacionais, assim como no intercambio de negócios entre diferentes tipos de cooperativas. Um bom exemplo, no Brasil, é a integração entre o Sistema UNIMED e Sistema UNICRED (Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Médicos). A UNIMED trata de assistência médica e a UNICRED é uma cooperativa de crédito. Ambas formadas em essência por médicos. A UNIMED, obrigatoriamente e a UNICRED não obrigatoriamente, pois congrega todos os profissionais de saúde, de uma determinada região, médicos ou não. A regra tem sido de a UNIMED prover as condições de surgimento das UNICRED e, logo após, a UNICRED transformar-se em parceira preferencial da gestão econômica da UNIMED. É, um exemplo prático, de Intercooperação.

⁸ Um conjunto de práticas sociais e elaborações discursivas no âmbito da educação, cuja intencionalidade é contribuir para que os diversos segmentos das classes populares se constituam em sujeitos protagonistas de uma transformação da sociedade em função dos seus interesses e utopias.

Vieira (2005) assevera que as cooperativas fortalecem o movimento cooperativo, servindo os seus sócios e, trabalhando integradas através de estruturas locais, nacionais e internacionais. Os pioneiros de Rochdale quando propunham a colaboração ente as diversas colônias ou associações cooperativas, já punham em prática esse princípio.

No Brasil, essa prática se dissemina e tende a se tornar mais frequente, Tesch (2000) chama a atenção para as parcerias cooperativas, tais como de consumo com agropecuárias; agropecuárias com trabalho; consumo com artesanato e habitacionais com a construção civil, etc. de acordo com Aquino (2003) há duas formas de intercooperação: horizontal e vertical. A horizontal ocorre entre cooperativas de diferentes objetivos, tais como exemplos citados no parágrafo anterior. A vertical se dá entre cooperativas de mesmo objeto, formando sistemas que vão, desde as cooperativas singulares, às federações regionais e às confederações nacionais, tal como o Sistema UNIMED.

A intercooperação, finalmente, é também uma diminuição de custos. De acordo com Rangel (2006) a interação, colaboração recíproca no sentido de ajuda mútua entre empresas cooperativas, é uma visão de conjunto, pois ao interagirem umas com as outras, integram-se, reduzem custos financeiros, estruturais e operacionais, e por conseguinte, beneficiam de forma direta os sócios fortalecendo o sistema.

7. Interesses pela comunidade

As cooperativas trabalham com vista ao desenvolvimento sustentável das suas comunidades, fazendo uso de políticas aprovadas por seus membros. Apesar de sua importância para a sociedade, este princípio foi pouco vivenciado pelas cooperativas. Este princípio demorou a chegar, como uma prática sociocultural necessária nas sociedades globalizadas. Assim, o fenômeno da globalização demonstrou muito claramente aquilo que o mundo já conhecia e fazia questão de olvidar: a interdependência. Ninguém está só e ninguém deixa de depender. No Brasil, cresce o conceito de “empresa cidadã” que, em definição, seria aquela que não olvida os compromissos com a sociedade. Muito mais que as empresas mercantilistas, as cooperativas, por definição prática e por seus fundamentos filosóficos, possuem esse perfil.

Na lógica, de uma sociedade em que as empresas e instituições se empenham em abrir leques de possibilidades e de competências que lhes garantam competitividade num mercado cada vez mais sem fronteiras, as cooperativas ganham relevância, tendo em vista seus perfis e os princípios que lhes são intrínsecos. Nesse sentido, Aquino (2003) elenca os principais ramos do cooperativismo em: crédito; empresarial; infraestrutura; turismo e lazer; habitacional; saúde; consumo; transporte; mineral; trabalho; educacional; e produção.

Nesse contexto, as cooperativas abarcam todas as atividades principais da vida econômica da nação brasileira, sendo o interesse comunitário uma consequência desse perfil, posto que esse interesse, aqui entendido como sinônimo de transformação social, está ínsito nos primórdios do cooperativismo. Registre-se que o cooperativismo localiza-se, no mundo corporativo, numa via que não se restringe aos princípios do socialismo, tampouco aos do capitalismo. Concebe-se, pois, o cooperativismo como sendo a terceira (e desejável) via. Essa posição, porém, não é unânime. Autores como Moreira (2006, p.63) afirma “... ao contrário desses outros movimentos de origem socialista, as cooperativas não surgiram para mudar radicalmente o sistema econômico vigente e sim, para atuar dentro do regime político liberal e da economia capitalista”.

3.4. A marcha histórica do cooperativismo no mundo

No contexto desta investigação, foi visto que cooperação é um traço do pensamento humano e que o cooperativismo determinou-se como uma consequência lógica, entretanto não há, como já exposto anteriormente, unanimidade quanto ao ponto inicial do cooperativismo, ainda que a marca histórica predominante remeta aos pioneiros de Rochdale. Nesse dissenso, quanto ao marco inicial, existem outras vertentes incluindo-se também o Brasil.

O Portal do Cooperativismo de Crédito do Brasil, em sua página inicial, aventa a hipótese de que as primeiras reduções jesuíticas, em terras brasileiras, em 1610, lançaram as bases integrais de uma economia solidária, fundamentada no trabalho coletivo, onde o bem-estar do indivíduo e da família se sobrepunham ao interesse econômico da produção. Isso se deu por mais de 150 anos.

Veiga (2001, cit. in Vieira, 2005), também divergindo da marca histórica de Rochdale, por sua vez afirma:

A mais antiga cooperativa, com existência documentada, foi iniciada em 1760 por trabalhadores empregados em estaleiros de Woolwich e Chatham, na Inglaterra. Eles fundaram moinhos de cereais em base cooperativa para não terem que pagar os altos preços cobrados pelos moleiros que dispunham de um monopólio local. No mesmo ano o moinho foi incendiado e os padeiros foram acusados pelo sinistro. Essa cooperativa só foi registrada na história devido ao incidente (p.31).

Depois da Inglaterra entrar em guerra com a França (1793), houve um grande aumento do número de padarias e moinhos cooperativos. Segundo documentação sobre o assunto, a cooperativa de consumo mais antiga foi a dos tecelões de Fenwich (1769), na Escócia e a mais antiga cooperativa de consumo inglesa (fundada em 1795), a Oldhan Co-operative Suplly Company. Em Paris, no ano de 1823, havia cento e sessenta associações de ajuda mútua com cerca de doze mil membros.

Desse arrazoado, além da não unanimidade de data inicial do cooperativismo no mundo, se compreendem as duas vertentes, no mundo do cooperativismo, sobre a sua origem geográfica: Inglaterra ou França. A predominante é a origem inglesa, conforme está no corpo da nossa investigação. Uma questão impõe-se: qual o embasamento filosófico da doutrina cooperativista? Inclusive, em parágrafos anteriores, foi focado que a literatura mundial não é rica nesse particular, entretanto é evidente que existiram pensadores que formularam as bases teóricas do cooperativismo. Sem prejuízo de outros, parecem-nos particularmente significativos, os seguintes:

1. Robert Owen (1772-1858) é, sem dúvida uma das figuras de maior relevo na revolução das ideias cooperativistas. Nascido na Inglaterra (País de Gales), filho de artesão, aprendiz, pequeno industrial, tornou-se, antes dos 30 anos, um dos maiores industriais da Europa. Constrangia-o o baixo nível de vida dos trabalhadores ingleses da época. Adotou um sistema de trabalho mais humano, com redução da jornada de trabalho, não contratação de crianças e supressão de multas cobradas aos operários. Obteve resultados, inclusive econômicos, surpreendentes. Frustrado pelo fato de suas ideias não se frutificarem pela Europa, transferiu-se para os Estados Unidos, onde instalou uma comunidade com 2.500 operários, “repúblicas ideais”. Não obteve sucesso. Tais comunidades eram baseadas na ideia de propriedade coletiva. Voltando para Europa, suas ideias principais passaram a alvejar o lucro, como repugnável, e o intermediário no processo de produção, que é o empresário. Contribuiu, juntamente com

seus seguidores para a formação de inúmeras cooperativas e sindicatos (Dias, 1987, cit. in Mauad, 2001).

2. Charles Fourier (1772-1837) francês, contemporâneo de Owen, publicou diversos livros, dos quais se podem destacar em 1829, “Novo Mundo industrial”, um resumo de sua doutrina, através do qual preconizava uma numerosa associação que teria por base a agricultura e que acabaria abarcando nos seus quadros todo gênero humano (falansterios). Os falanstérios seriam empresas autogestionadas, similares aos modernos “Kibutzim” de Israel, que remuneravam os fatores de produção da seguinte forma: 5/12 para o trabalho manual, 3/12 para o talento ou direção da empresa e 4/12 para o capital (Vial, 1984, p. 6) e Pinho (1962, p.135) preconizava para as associações de produção um capital social perpétuo, indivisível, impessoal e inalienável.

3. Saint-Simon (1773-1842), francês, defendia que a ordem social dualista, composta de “exploradores e explorados”, fosse substituída por uma ordem industrial baseada na associação universal dos trabalhadores. Propunha o desenvolvimento do sistema social, de modo que cada trabalhador fosse remunerado de acordo com os méritos de seu trabalho, onde todos usufruiriam de uma igualdade de oportunidade que garantisse o mais completo e livre desenvolvimento de suas faculdades. O sistema social não poderia ser implantado pela violência, mas pela persuasão e pela educação. (Dias, 1987, cit. in Mauad, 2001, p. 312).

4. Phillipe Joseph Benjamin Buchez (1796-1865) discípulo francês de Saint-Simon, mais tarde pôs de parte, as ideias de seu mestre para se tornar membro do movimento católico-democrático. Desde 1832 organizou diversas cooperativas de produção, uma das quais existiu até 1873. Sustentava que a classe operária deveria resolver seus problemas por si mesma, sem interferência do estado ou filantropos. (Pinho, p. 40-41). O “*Journal de Sciences Morales et Politiques*”, em 1831, traz as regras fixadas por Buchez para existência e funcionamento das Cooperativas de Trabalho, fundadas em quatro princípios: democrática (os trabalhadores constituir-se-iam nos próprios empresários e elegeriam seus representantes); distribuição dos excedentes proporcionalmente ao trabalho prestado (cobrança de cada um dos associados de acordo com cada ofício e segundo suas habilidades; criaram fundos para divisão ao fim do ano e para assistência no caso de doença); inalienabilidade do capital social (o capital social que cresce 20% ao ano, pertence à associação e é indissolúvel);

inexistência de trabalhadores assalariados por conta alheia (somente sócios eram admitidos). Buchez era republicano, democrata que defendia a ingerência do Estado no apoio e fomento de novas empresas. Foi considerado por alguns como precursor do cristianismo social. (Vial, 1982, p. 7).

5. Louis Blanc (1812-1882) historiador, jornalista e orador francês, talentosíssimo, político em evidência durante a Revolução Francesa de 1884, é considerado como um dos primeiros idealizadores do cooperativismo. Idealizou a reforma da sociedade, através de “oficinas sociais” (atelier social), espécie de associações profissionais que reuniam trabalhadores do mesmo ramo de produção. (Pinho, 1962, p. 2).

6. Pierre Joseph Proudhon (1809-1865), francês, que tal como Buchez, é considerado um dos percussores do cooperativismo obreiro, assim como um dos seus mais importantes idealizadores históricos. Operário, socialista e filósofo, recusou em bloco toda a doutrina e tradição revolucionária de sua época, sendo por isso tratado por outros pensadores de então (entre eles Marx) como reformista. Com uma grande paixão pela justiça e uma fé inabalável no povo, foi partidário da igualdade absoluta. Segundo ele, a sociedade devia reger-se pela liberdade, pela igualdade e pela fraternidade, e a associação livre era uma das bases para o desenvolvimento em pleno da personalidade. Para Proudhon a educação devia concorrer com a associação para o progresso do povo e assegurar sua “emancipação intelectual” (Kraemer *et al.*, 2012).

Segundo Kraemer (2012) a ideia de Proudhon é simples ele achava que eram grandes os obstáculos para que se pudesse criar, numa instituição de ensino, uma oficina bem equipada e com mestres competentes e com conhecimento suficiente para ser transmitido aos seus alunos. Segundo ele, era mais fácil levar a escola até à fábrica, e como tal foi sua sugestão que cada indústria mantivesse oficinas de aprendizagem, ele defendia que a oficina-escola deveria estar aberta a todos, de forma a proporcionar ao educando o contacto direto com os processos fabris.

7. Charles Gide (1847-1932), francês, a quem primeiro coube sistematizar a doutrina e os princípios cooperativistas, acreditava na possibilidade de cooperativização total da sociedade, com base nas cooperativas de consumo e cooperativas de produção industrial e agrícola. (Lutz, 2008).

8. Beatriz Webb (1858-1943), inglesa, escreve, em 1889, a obra “The Cooperative Movement”, considerada uma precursora da doutrina cooperativista, (Leopoldino, 2008).

9. Plockboy (de origem holandesa, mas radicado na Inglaterra), autor de um Ensaio sobre “um procedimento que torne felizes os pobres dessa nação e outros povos”, publicado em 1659 (com o pseudônimo de Peter Cornelius van Zurickzee) e que teria idealizado uma associação muito semelhante às cooperativas integrais que mais tarde foram criadas. Segundo Rangel (2006, p.29), “sonhava com uma associação econômica que preservasse a propriedade individual, onde a “exploração de uns pelos outros” fosse abolida (Mladenatz, 2003).

10. John Bellers (1645-1725), autor de “Proposições para criação de uma associação de trabalho de todas as indústrias úteis e da agricultura”, onde imagina uma espécie de colônia cooperativa de trabalho, que iria exercer influência em Owen. Propôs as colônias cooperativas de trabalho. Nelas, aos ricos seria atribuído o lucro; aos pobres era proporcionado o bem estar; e aos jovens uma boa educação. Propunha a união da indústria e da agricultura, permitindo uma lavoura mais racional. O excedente da produção seria usado para equipar e aumentar a colônia. Segundo ele, o lucro era calculado ao fim do ano e proporcionalmente repartido ao capital aplicado por cada depositante. Os operários associados não recebiam dinheiro, mas apenas o suficiente para a sua subsistência, demonstrando, assim, a importância que Bellers dava ao trabalho, uma vez que para ele era o trabalho e não o dinheiro que constituía a verdadeira riqueza de uma nação.

11. Willian King (1786-1865), criador da primeira cooperativa de consumo em Brighton, modelo que inspirou cerca de trezentas organizações (todas de efêmera duração) e, mais tarde, os Pioneiros de Rochdale.

Na verdade, tudo se remete ao ambiente histórico de sec. XIX. De acordo com Gomes (2008) a liberdade econômica levou a uma luta se regras:

- entre produtores, eliminando ou absorvendo as empresas marginais originando, de forma progressiva, a constituição de grupos monopolistas ou quase monopolísticos;

- entre trabalhadores, pela concorrência da mão-de-obra feminina e de menores que passaram a disputar o mercado de trabalho, sobretudo com a introdução da máquina no processo produtivo e também as periódicas depressões econômicas que geravam desemprego em massa, obrigando-os a oferecer trabalho a preços vis, apenas suficientes para garantir a sobrevivência entre produtores e assalariados, uma vez que a pretendida liberdade contratual degenerara em imposição de salários muito precários e de longas jornadas de trabalho.

A reação ideológica se deu em duas vertentes: reações socialistas e reação intervencionista. As reações socialistas constituídas pelas doutrinas que opunham especialmente à propriedade privada e as reações intervencionistas, que procuravam evitar os excessos de liberdade econômica, através de sua submissão ao controle de uma determinada entidade (Estado, Família, Igreja, Cooperativa, etc.). É exatamente dentre os ideólogos socialistas que surge o cooperativismo. Havia, então no sec. XIX, duas correntes: socialistas utópicos, voluntaristas ou espiritualistas e os socialistas científicos ou marxistas.

Foi o socialismo dos espiritualistas e voluntaristas, qualificado por Marx e Engels de utopia, que exerceu forte influência sobre as experiências socialistas da primeira metade do século XIX, nomeadamente, impondo um forte ideal de justiça e fraternidade, com vista a criar uma sociedade mais equitativa por meio de associações voluntárias, modificações nas organizações industriais (criando a corrente industrialista, chefiada por Saint-Simon), ou modificações no regime de trocas (corrente socialistas de trocas ou proudhonista, com Proudhon à frente).

O socialismo marxista, também designado de científico, elaborado por volta dos meados do século XIX por Marx e Engels, tendo na filosofia alemã a própria essência de seu pensamento, é composto de duas partes principais: uma filosófico-sociológica, que tem por base a concepção do materialismo histórico à qual se liga a noção de luta de classes; outra econômica, composta por duas teses fundamentais – a da exploração do homem pelo homem (explicada pelas teorias do valor-trabalho e da mais valia) e da evolução da sociedade capitalista em sociedade comunista, evolução fatal face às falhas da organização capitalista.

A etapa, marco histórico de Rochdale, não se deu ao acaso. Foi consequência direta do ideologismo de Robert Owen. As críticas de Owen e suas ações fundaram as bases para que os Probos Pioneiros dessem o gigantesco passo de fundar a primeira cooperativa, tão cantada e decantada na nossa investigação, como em milhares de publicações mundo a fora.

Assim, o cooperativismo adentrou no mundo europeu. Em França desenvolveu-se como uma superação ao capitalismo, aprimorando os ideais de Owen. Avançou no ideal comunitário do industrial inglês, para pensar uma organização livre, formada pelos próprios operários, fundada sobre o trabalho e não sobre o capital; uma organização destinada a permitir que os operários se tornassem seus próprios empregadores, transformando-os em patrão.

Polônio (2004) a respeito do cooperativismo alemão, afirma:

Na Alemanha, ainda no mesmo século, foram constituídas, a partir de 1849, as cooperativas de crédito e de consumo. Herman Schulz (1808-1883) foi o fundador da Associação das Cooperativas Alemãs, em 1859. Vivia na cidade de Delitzsch, na Alemanha, daí o nome de modelo cooperativista “Schulze-Delitzsch”. O sistema voltou-se para os pequenos produtores urbanos e para o artesão. O novo modelo societário contrapunha-se ao capitalismo, sustentando-se em evidência ante os modelos societários capitalistas então existentes (p. 28).

Martins (2006, p. 24) assegura que as cooperativas do modelo Schulze-Delitzsch “não tinham caráter classista, permitindo a participação de todas as categorias e recusavam o auxílio do Estado e de caráter filantrópico. A responsabilidade de seus membros é solidária e ilimitada”. As cooperativas Luzatti, na Itália, depois do ano de 1864, adotaram a experiência das cooperativas Schulze-Delitzsch. Utilizavam o princípio da entreajuda, aceitando, no entanto, a ajuda vinda do Estado. Facultavam empréstimos de acordo com a palavra de honra das pessoas e os seus administradores não eram remunerados. Exigiam completa idoneidade moral das pessoas.

Finalmente, um componente de monta que não pode ser olvidado foi a publicação de dois importantes documentos, em solo europeu: O Manifesto Comunista, de Karl Marx e Friedrich Engels, em 1884 e a Encíclica Rerum Novarum, em 1891, pelo Papa Leão XII.

A esse respeito, Alves (2002) assevera que essas publicações evidenciavam a deplorável situação de penúria a que inumeráveis seres eram expostos, sem distinção entre mulheres, homens e crianças, o trabalho era feito em ambiente de alta

insalubridade e periculosidade, com baixos salários. O Manifesto Comunista lutava pela urgência e radicalismo nas reformas, ao passo que a Encíclica apelava ao bom-senso das partes envolvidas na questão da produção e exploração industrial.

Na Rússia, o Manifesto Comunista gerou conhecidos efeitos totalitaristas fracassados. Por outro lado, o ideário católico nos deixou por herança uma vertente da administração pública, que ficou conhecida como Política Trabalhista, que se insere nos discursos, na doutrina e na “práxis” de dois grandes Partidos Trabalhistas, um brasileiro e outro inglês, sem a nomeação de outros partidos, de denominação diversa, no entanto, com valores análogos ao trabalhismo, designadamente, os partidos social democratas da Europa. Mauad (2001) diz que é importante citar no que concerne ao pensamento cooperativista, o papel desempenhado pela doutrina da Igreja Católica, o chamado Cristianismo Social, sobre o qual os socialistas utópicos tiveram bastante influência. De todas as Encíclicas estudadas, releva-se a “Mater et Magistra” de João XXIII, em 1961, em cujo capítulo à Empresa, se destaca a seguinte passagem:

Formas de empresa:

84. Não é fácil, de fato, definir em uma fórmula as estruturas econômicas que correspondem à melhor dignidade do homem ou que sejam mais aptas a desenvolver nele o senso de responsabilidades. Nosso predecessor Pio XII oferece, entretanto, estas oportunas normas de ação: À pequena e a média propriedade agrícola, artesanal, profissional, comercial ou industrial, devem ser protegidas e fomentadas; unidas em sociedades cooperativas, elas obterão as vantagens próprias dos grandes empreendimentos.
[...].

85. É necessário, pois, proteger e promover, de acordo com as exigências do bem comum, e em conformidade com o progresso técnico, a empresa artesanal e a exploração agrícola de tipo familiar, bem como as cooperativas, cujo objetivo é exatamente o de ajudar e complementar essas empresas.

Empresas artesanal e sociedades cooperativas:

[...].

87. Antes de mais nada, deve ser acentuado que esses tipos de empresas, para serem viáveis e prósperos, devem adaptar constantemente o seu equipamento e os seus métodos de produção às novas condições resultantes, de um lado, do progresso da ciência e da técnica, de outro, das alterações operadas nas necessidades e no gosto dos consumidores. É aos artesãos e aos membros das cooperativas que compete promover essa adaptação.

[...]

89. De resto, as medidas tomadas pelo Estado em favor dos artesãos e dos membros das cooperativas merecem aprovação e devem ser encorajadas pelo fato de essas duas categorias de cidadãos serem portadores de valores autênticos e contribuir ao progresso da civilização.

90. Por essas razões, exortamos, paternalmente, os nossos caros filhos, artesãos e membros de cooperativas, esparsos pelo mundo inteiro, a que tomem consciência do nobilíssimo

papel que desempenham na sociedade, uma vez que contribuem para despertar nos seus concidadãos o senso de responsabilidade e o espírito de colaboração, ao mesmo tempo em que mantêm vivo o gosto do trabalho original e o padrão estético.

Segundo Doustdar (2013), a Doutrina Social da Igreja, fundamentada no direito natural, evidencia a ideia de que o interesse social qualifica os interesses dos indivíduos, impondo as suas regras à autonomia de cada um. Assim, no pensamento social cristão, a inserção do ser humano no seio da sociedade tem como finalidade a plenitude da vida individual.

Realmente, o cooperativismo espalhou-se pelo mundo inteiro. Tanto que, em 1895, em Londres, foi fundada a Aliança Cooperativa Internacional (ACI) que, de acordo com João Elder Sales (2010, p. 29), foi “uma iniciativa de líderes cooperativistas ingleses, franceses e alemães, com o objetivo de criar um órgão representativo mundial, que intensificasse o intercâmbio entre as cooperativas de diversos países, nos campos doutrinários, educativo e técnico”.

Namorado (2007, p.7), acerca da ACI assegura: “De fato, os princípios cooperativos oriundos de Rochdale viriam a ser meio século depois, em 1895, o eixo identificador da cooperatividade, que, na fundação da Aliança Cooperativa Internacional (ACI), permitiu fixar em concreto o âmbito da nova organização”. E seria a ACI que assumiria a tarefa de manter viva a força e a eficácia desses princípios, textualizando-os específica e formalmente, pela primeira vez em 1936, reformulando-os em 1966 e dando-lhes, no quadro de uma identidade cooperativa integralmente explicitada, o perfil atual em 1995, quando celebrou o seu centenário.

3.5. Cooperativismo Brasileiro

La cooperación social y, política que necesitamos para construir una sociedad menos fea y menos agresiva, en la cual podamos ser más nosotros mismos, tiene una práctica de real importancia en la formación democrática.⁹

Paulo Freire

⁹ A cooperação social e política que necesitamos para construir uma sociedade menos feia e menos agressiva, na qual possamos ser mais nós próprios, tem uma prática de grande importância na formação democrática.

3.5.1. O ambiente constitucional e legal para o surgimento do cooperativismo brasileiro

Quando se iniciou o cooperativismo brasileiro? Nos tempos coloniais? Na vinda da Família Real? No Império ou na República? Quais os fatores determinantes para a instalação do cooperativismo brasileiro? Quais as principais contribuições teóricas e filosóficas que ensejaram o seu desenvolvimento?

São muitas indagações e não tão fáceis respostas, conforme se verá ao longo do corpo deste capítulo. Para se ter uma ideia, há uma dúvida sobre a data da constituição da primeira cooperativa do Brasil. Martins (2006) diz que, para alguns, a primeira cooperativa que foi fundada em 1847, quando o médico francês Jean Maurice Faivre criou, no Paraná, em conjunto com um grupo de europeus, a Colônia Tereza Cristina, organizada em forma de cooperativa. Já, Queiroz (1998) entende que a primeira data foi 1887 e Pinho (1993), esclarece que a primeira cooperativa foi a Associação Cooperativa dos Empregados da Cia. Telefônica, em Limeira, fundada em 1891.

Pode-se, entretanto, relatar uma história com cronologia aceitável. No Brasil anterior à independência, decerto não nasceu o cooperativismo. Ainda que se possa entender que as experiências associativas, entre africanos foragidos no “quilombo” ou “confrarias de negros”, pudessem formar colônias economicamente auto-suficientes, com funções semelhantes às confrarias da Idade Média, não é possível dizer que se tratava de um cooperativismo brasileiro. A experiência de cooperação econômica e social desenvolvidas nas reduções jesuítas, dentro de uma área importante do Rio Grande do Sul, ilustra, de igual forma, a riqueza e a variedade de uma experiência associativa, tendo sido bruscamente eliminada através de uma decisão político-militar das Coroas de Espanha e Portugal, coincidente com a expulsão dos jesuítas.

Discordando desse entendimento, Rangel (2006) afirma que as intenções de cooperação brasileiras se iniciam desde o ano de 1530, data do início da colonização portuguesa, asseverando um processo de criação de uma cultura cooperativista que, embora tenha sido quase totalmente interrompida no período da escravatura, aflorou no século XX, expandindo-se nos mais variados segmentos.

Mas a verdade é que no Brasil anterior à independência, seria muito difícil a possibilidade de vicejar o pensamento cooperativo, por se tratar de terra recém-

descoberta, o Brasil não teve uma Idade Média, tampouco uma Revolução Industrial, sem as quais não seria possível o surgimento do cooperativismo europeu, conforme já explicitado nesse trabalho.

Mesmo com a vinda da Família Real, em 1808, fato dos mais relevantes da história brasileira, até a Proclamação da República, as condições para prosperarem as ideias cooperativistas continuaram inexistindo. A classe trabalhadora brasileira era eminentemente escrava e os trabalhadores europeus, em número reduzido, que começavam a se instalar nos principais centros urbanos do país (especialmente Rio de Janeiro e São Paulo), sentiam maior necessidade de organizar associações mutualistas e reivindicativas.

De acordo com Misi (2000 cit. in Vieira 2005, p.26), “o surgimento do cooperativismo no Brasil, ao contrário do que aconteceu na Europa, foi promovido pelas elites agrárias”. Acrescenta, ainda: “o cooperativismo brasileiro copiou o modelo europeu, transformando-o de forma deturpada e se preocupando apenas com seu aspecto superficial e dogmático: a doutrina cooperativista construída a partir da experiência de Rochdale”.

Campelo (2005) afirma que a transposição do modelo europeu, para um contexto diferente daquele, alterou o processo de desenvolvimento do cooperativismo no Brasil. As diferenças culturais e sócio-econômicas dos brasileiros resultaram num capitalismo tardio, diferente do europeu, quer no desenvolvimento industrial, quer na formação e conscientização da classe trabalhadora. A visão política do cooperativismo brasileiro tinha como perspectiva a ascensão social rural e tinha em mente a modernização da agricultura. Assim, o Estado Brasileiro, controlado pela elite agrária, conservou o mesmo poder com a industrialização urbana e mostrou sua marca autoritária e intervencionista na criação das cooperativas e na regulamentação jurídica do Direito do Trabalho.

Entretanto é conveniente notar a colaboração da Constituição Republicana de 1891: ao assegurar a liberdade de associação, amoldava-se aos princípios rochdaleanos, facilitando a implantação da doutrina cooperativista. No que concorda Alves (2003, p.9), ao afirmar que “as sociedades cooperativistas, nos moldes em que hoje a conhecemos, apareceram a partir de 1891, com a primeira Constituição Republicana

(Anexo VII), que assegurava a liberdade de associações (art. 72, §8º) e acrescenta que “foi nos centros urbanos que surgiram as primeiras cooperativas de consumo. Isso se deu, no final do século XIX: em 1891, a Associação Cooperativa dos Empregados da Cia. Telefônica de Limeira; em 1894, a Cooperativa Militar de Consumo, no Rio de Janeiro; em 1895, a Cooperativa de Consumo dos Empregados da Cia. Paulista de Campinas.”.

Em 1836, foi criada a Imperial Sociedade dos Artistas Mecânicos e Liberais de Pernambuco, com o fim de promover a propagação do desenvolvimento e perfeição das artes na província (art. 1º, § 1º) e socorrer os sócios e artistas (§ 2º do mesmo artigo). Mais tarde, em 1853, foi fundada a Imperial Tipografia Fluminense que depois se transferiu para a cidade do Rio de Janeiro, onde comandou, em 1858, uma greve de tipógrafos.

No ano de 1858, no Rio de Janeiro surgiram a Sociedade Beneficente dos Caixeiros; em 1873, a Associação de Auxílio Mútuo dos Empregados da Tipografia Nacional e a Associação dos Socorros Mútuos, que depois passou a ser a Liga Operária; em 1884, a União Beneficente dos Operários da Construção Naval.

Em 1880, foi criado o Corpo Coletivo da União Operária, uma associação ao mesmo tempo mutualista e reivindicativa, entre os operários do Arsenal de Marinha da Corte, cujo objetivo era concretizar o montepio que já existia há quase dez anos. As primeiras sociedades mutuárias no Estado de São Paulo, datam de 1872. Desde essa data até 1900 surgiram dezenove mutualidades na capital paulista; de 1900 a 1917, vinte e cinco e de 1917 a 1929, catorze; no interior do Estado de São Paulo, em todo esse período, os jornais da Capital noticiaram a existência de sete.

Tudo isso, de fato, ainda não era sociedade cooperativa, daí voltar-se para a importância da Constituição Republicana de 1891, que no art. 72, § 8º (Anexo VII), assegurava a liberdade de associação, propiciando o aparecimento do primeiro dispositivo legal sobre atividades cooperativas, que data de 06/01/1903 – o Decreto nº 979, que regulava as atividades dos sindicatos de profissionais da agricultura e das atividades rurais e de cooperativismo de produção e de consumo.

Polonio (2004) menciona um segundo documento importante, o Decreto nº 1.637, de 05/01/1907 (Anexo VIII), que nos seus 26 artigos, 16 eram relacionados com a atividade cooperativa. Por esse decreto, as cooperativas podiam ser constituídas sob forma de sociedades anônimas, em nome coletivo ou em comandita, regidas pelas leis que regulavam cada uma dessas sociedades.

Ainda a esse respeito, Campelo (2005) diz que no ano de 1903 é aprovado o projeto de iniciativa de Joaquim Inácio Tostes, transformado no Decreto Legislativo nº 979, o qual institui a sindicalização rural, sindicatos mistos, de feição corporativa que, apesar de tudo, não tiveram nenhum resultado em termos práticos. O mesmo parlamentar voltou à cena e de outro projeto seu teve origem o Decreto Legislativo nº 1.637, de 1907 (Anexo VIII), admitindo este, a constituição de sindicatos tendo como objetivo o estudo, a defesa e o desenvolvimento dos interesses gerais da profissão e dos interesses profissionais dos membros, constituídos de forma livre, sem depender de autorização governamental, mediante registro.

não se pode olvidar a grande importância que teve a chegada, em nosso país, dos vários imigrantes europeus, com seus ideais comunistas (Revolução Russa – 1917) e anarquistas, que não deixam de ser compatíveis, de certo modo, com a filosofia cooperativista (Op. Cit, p.22).

Esse mesmo autor, sobre as relações do cooperativismo nascente e as atividades sindicais, também embrionárias, no Brasil de então, refere que é verdade que as reações dos dois movimentos iam em direção contrária e que o cooperativismo se armava nas cooperativas de trabalho para libertar-se de empresas, o sindicalismo para conter a empresa, ou seja, um deles direcionando o trabalhador no sentido contrário ao do empregado, o outro tinha como objetivo viabilizar a convivência entre ambos – trabalhador / empregado.

Cronologicamente, a evolução histórica do cooperativismo brasileiro se dá, segundo Bulgarelli (1998), em quatro períodos básicos: 1. de implantação, 2. de consolidação parcial, 3. de centralismo estatal e 4. o de renovação das estruturas.

1. O de implantação: tem como marco inicial o Decreto Legislativo 1.637 (Anexo VIII), que cuidava dos sindicatos rurais e profundamente influenciado pela lei Francesa de 1867, não atribuía forma própria às cooperativas, devendo estas se constituir sob forma de sociedades comerciais, em nome coletivo, em comandita e anônima, conforme já afirmado anteriormente. A liberdade de funcionamento era ampla

e não se subordinava ao estado, bastando somente que fosse devidamente registrada na Junta Comercial. Assim, com tamanha liberdade operacional, de acordo com art. 25, podiam: a) emprestar sob hipoteca de imóveis, penhor agrícola ou “warrants” estabelecendo para esse fim armazéns gerais na forma da lei em vigor; b) emitir bilhetes de mercadorias, nos termos da legislação em vigor; c) receber em depósito dinheiro a juros, não só dos sócios como de pessoas estranhas a “sociedade”. Ainda nesse período foram promulgadas a Lei 4.948, de 21/12/1925 e o Decreto 17.339, de 02/06/1926, (Anexo IX) sobre as Caixas Rurais Raiffeisen e Bancos Luzzati.

2. O de consolidação parcial: compreende o período de Decreto 22.239, de 19/12/1932 (Anexo X) , até a promulgação do Decreto-Lei 59, de 21/11/1966 (Anexo XI). Foi período de liberdade e crescimento das cooperativas, incluindo a liberação de incentivos fiscais, sobretudo nos estados sulistas; a inspiração rochdaliana é marcante no Decreto 22.239 (Anexo X), que embora na conceituação não fosse precisa, definindo as sociedades cooperativas como “*suigeneris*”, dava às cooperativas razoável liberdade de constituição e funcionamento, e foi graças a ele que as cooperativas puderam se desenvolver amplamente. Esse decreto foi elaborado por uma comissão constituída por Adolfo Credilha, Saturnino de Brito e Luciana Pereira, foi a primeira lei “rochdaleana” que, ao consagrar vários princípios, deu a natureza doutrinária das cooperativas.

Em março de 1933, o Decreto 22.239 (Anexo X) ficou sem aplicação, com a criação da Diretoria do Sindicalismo Cooperativista, até ser revogado, de maneira específica, pelo Decreto-Lei 24.627, de 10/07/1934, complementando o Decreto 23.611 (Anexo XII), de dezembro de 1933. Esse decreto criara os “consórcios”, revogando o Decreto 979/1903 (Anexo XIII), sobre sindicatos agrícolas. Assim, os decretos 23.611 (Anexo XII) e 24.627 enquadravam o cooperativismo no sindicalismo, pois não se poderia fundar qualquer tipo de cooperativa, sem que se fundasse antes um consórcio, que por todas as dificuldades inerentes, transformou-se em uma ficção legal. Ainda relacionado com essa turbulência legislativa, vale lembrar, de acordo com Campelo (2005, p 25), o Decreto-lei nº 581/1938 (Anexo XIV), que marca uma extrema interferência do Estado no cooperativismo, impondo a fiscalização das cooperativas por quatro ministérios: Agricultura, Fazenda, Trabalho e Comércio. Posteriormente, em 1942, pelo Decreto 6.980 (Anexo XV) e a Lei 5.144 (Anexo XVI), essa fiscalização

ficou restrita ao Ministério da Agricultura, fato mantido, na Lei das Cooperativas, Lei 5.764, de 1971 (Anexo I).

Cabe, assim, mostrar comparativamente, as diferenças e similaridades, de acordo com Pinho (1982, p. 122) das seguintes leis: Decreto 22.239/32 (Anexo X), art. 2º, Lei 59/66 (Anexo XI), art. 3º e a Lei 5.764/71 (Anexo I), art. 4º.

Decreto 22.239/32, art. 2º:

I – Definição de cooperativa:

- Sociedade de pessoas, de natureza civil ou mercantil;
- Forma jurídica “sui generis”;
- Sem finalidade lucrativa.

II – Características:

- Variabilidade do capital social para aquelas que se constituem com capital social declarado;
- Limitação do valor da soma de quotas-partes do capital social que cada associado poderá possuir;
- Inacessibilidade das quotas-parte do capital social a terceiros estranhos à sociedade, ainda mesmo em “causa mortis”;
- Singularidade do voto nas deliberações (cada associado um voto);
- “quórum” para funcionar e deliberar a assembleia geral, fundado no número de associados presentes à reunião e não no capital-social representado;
- Distribuição de lucros ou sobra proporcional ao valor das operações efetuadas pelo associado com a sociedade;
- Indivisibilidade no fundo de reserva entre os associados, mesmo em caso de dissolução da sociedade;
- Área de ação circunscrita às possibilidades de reunião, controle e operações.

Decreto-lei 59/66, art. 3º

I – Definições de cooperativas:

- Sociedade de pessoas de natureza civil;
- Forma jurídica própria;
- Sem finalidade lucrativa.

II – Características:

- Adesão voluntária com número ilimitado de associados, salvo havendo impossibilidade técnica de prestação de serviços;
- Variabilidade de capital ou inexistência dele;
- Limitação do número de quotas-parte do capital para cada associado, observando o critério da proporcionalidade;
- Inacessibilidade as quotas-parte de capital a terceiros estranhos à sociedade;
- Singularidade de voto;
- “quórum” para funcionar e deliberar em assembleia baseado no número de associados e não no capital;
- Retorno das sobras líquidas do exercício quando autorizado pela assembleia, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado com a sociedade;
- Indivisibilidade do fundo de reserva;
- Indiscriminação política, religiosa e social;
- Área de ação limitada à sede e municípios circunvizinhos extensível ao município imediatamente seguinte se ai não se apresentarem condições técnicas para instalação de outra cooperativa.

Lei 5.764/71, art. 4º:

I – Definições de cooperativa:

- Sociedade de pessoas de natureza civil;
- Forma e natureza jurídica próprias;
- Sem finalidade lucrativa.

II – Características:

- Adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços;
- Variabilidade de capital, representado por quotas-parte;
- Limitação do número de quotas-parte do capital de cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de critério de proporcionalidade...;
- Inacessibilidade das quotas-parte do capital de terceiros estranhos à sociedade;
- Singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade;
- “Quórum” para funcionamento e deliberação da Assembleia Geral baseada no número de associados e não no capital;

- Retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembleia Geral;
- Indivisibilidade dos fundos de Reservas e Assistência Técnica, Educacional e Social;
- Neutralidade política e indiscriminação religiosa, racial e social;
- Prestação de assistência aos associados, e, quando prevista nos estatutos aos empregados da cooperativa;
- Área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, controle, operação e prestação de serviços.

3. O centralismo estatal: segundo Pinho (1982, p. 16) “presente o Decreto-lei 59/66 (Anexo XI), regulamentado pelo Decreto 60.597, de 19 de abril de 1967 (Anexo XVII) , o cooperativismo sofreu o maior controle estatal e perda de maior parte dos estímulos fiscais. Essa a razão porque a essa fase, que se estendeu até 1971 (quando foi revogado o Decreto 59/66, pode-se atribuir a denominação de *período de centralismo estatal*. Mas é um centralismo considerado em termos amplos e genéricos, já que no período anterior, os Decretos-leis 50.030, 50.031 e 50.032, todos de dezembro de 1942 (Anexo XVIII), fixavam interferência muito profunda em alguns tipos de cooperativas: pesca e produção, comércio e exportação de produtos de mandioca e de frutos. Em 1966, porém, as restrições passaram a outras categorias de cooperativas, especialmente as cooperativas de seguro, de crédito e as seções de crédito das cooperativas mistas.”.

4. Renovação de estrutura: de acordo com Bugarelli (2000), a renovação de estruturas tem marco com a promulgação da Lei 5.764/71 (Anexo I), oriunda de projeto da então existente Organização das Cooperativas Brasileiras, que postulava os seguintes pontos:

- a) Possibilidade das cooperativas operarem com terceiros, com limitação percentual a ser estabelecida, creditando os resultados positivos a fundos impartilháveis destinados a serviços assistenciais aos associados.
- b) Conceituação exata do processo e cobertura das despesas operacionais das cooperativas, de forma a constar que tais sociedades não reproduzem renda e, conseqüentemente, não são sujeitas ao Imposto de Renda;

- c) Liberdade de constituição e funcionamento imediato das sociedades cooperativas, eliminando-se a exigência de autorização prévia para seu funcionamento;
- d) Fixação da área de admissão de associados e de operações, a inteiro critério do estatuto da cooperativa;
- e) Participação das cooperativas em empresas não cooperativas;
- F) Restabelecimento das atividades creditórias nas cooperativas mistas;
- g) Permissão às cooperativas centrais para manterem associados individuais

Desses pontos só não foi atendido o referente à eliminação da autorização prévia para funcionar.

Pinho (1982) assim declina que a Lei 5.764 (Anexo I), promulgada em 16 de dezembro de 1971, declara a política nacional do cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providencias. As suas disposições foram distribuídas por dezoito capítulos, com os títulos que se seguem:

1. Da política Nacional de Cooperativismo
2. Das Sociedades Cooperativas
3. Do Objeto e Classificação das Sociedades Cooperativas
4. Da Constituição das Sociedades Cooperativas
5. Dos Livros
6. Do Capital Social
7. Dos Fundos
8. Dos Associados
9. Dos Órgãos Sociais
10. Fusão, Incorporação e Desmembramento
11. Da Dissolução e Liquidação
12. Do Sistema Operacional
13. Da Fiscalização e Controle
14. Do Conselho Nacional Cooperativismo
15. Dos Órgãos Governamentais
16. Da Representação do Sistema Cooperativista
17. Dos Estímulos Creditícios
18. Das Disposições Gerais e Transitórias

Além da Lei 5.764 (Anexo I), é primordial registrar que, no uso de suas atribuições, conferidas exatamente por aquele diploma legal, o Conselho Nacional do Cooperativismo tem baixado Resoluções, que regulamentam ou complementam dispositivos legais.

O de libertação: tem início com a Constituição Federal de 1988 e determina que o estado deve apoiar o cooperativismo, incluindo um adequado tratamento tributário ao ato cooperativo, às cooperativas de garimpeiros e às cooperativas de crédito.

Martins (2006) mostra a evolução legislativa das cooperativas do Brasil de uma forma cronológica, sem os períodos descritos anteriormente, mas com a marcha temporal dos principais diplomas legais, assim dispostos:

- **Decreto nº 979/1903, de 06 de janeiro de 1903**, (Anexo XIII) facultava aos profissionais da agricultura e indústrias rurais a organização de sindicatos para a defesa de seus integrantes. Determinava o artigo 10 que a “função dos sindicatos, nos casos de organização de caixas rurais de crédito agrícola e de cooperativas de produção ou de consumo (de sociedades de seguros, assistências etc.), não implica responsabilidade direta dos mesmos nas transações, nem os bens nela empregados ficam sujeitos à liquidação judicial, sendo a liquidação de tais organizações regida pela lei comum das sociedades civis”.

- **Decreto nº 1.637/1907, de 05 de janeiro de 1907**, (Anexo VIII) tratava da criação de sindicatos profissionais e sociedades cooperativas. Teve por base a lei belga de 1873 e a lei francesa de 1867. A referida norma não estabelecia o tratamento jurídico da cooperativa. Permitia o item c, do artigo 3º, aos sindicatos organizar, em seu seio e para seus membros, a instituição de mutualidade, previdência e cooperação, de toda a sorte, constituindo essas, porém, associações distintas e autônomas, com inteira separação de caixas e responsabilidades. Estabelecia o artigo 10 que “as sociedades cooperativas poderão ser anônimas, em nome coletivo ou em comandita, são regidas pelas leis que regulam cada uma destas formas de sociedades, com as modificações estatuídas na presente lei”. Eram, portanto, consideradas sociedades comerciais. Possuíam fins lucrativos.

- **Decreto nº 19.770/31, de 19 de março de 1931**, (Anexo XIX) permitia aos sindicatos o direito de organizar e administrar cooperativas. Era inspirado nos princípios dos Pioneiros de Rochdale.

- **Decreto nº 22.239/32** (Anexo X). O Decreto nº 1.637 foi regulamentado pelo Decreto nº 22.239, de 19 de dezembro de 1932. Poder-se-ia dizer que, a partir desse momento, as cooperativas são consideradas como instituto autônomo em relação aos sindicatos. O cooperativismo é desenvolvido, agora, nas áreas de consumo e rural. O artigo 1º dispunha que “dá-se o contrato de sociedade cooperativa quando sete ou mais pessoas naturais, mutuamente se obrigam a combinar seus esforços, sem capital fixo determinado, para lograr fins comuns de ordem econômica, desde que se observem, em sua formação, as prescrições do presente decreto”.

O artigo 2º disciplinava que “as sociedades cooperativas, qualquer que seja a sua natureza, civil ou mercantil, são sociedades de pessoas e não de capitais, de forma jurídica *sui generis*, que se distinguem das demais sociedades pelos pontos característicos que seguem, não podendo os estatutos consignar disposições que os infrinjam”.

Permitia, o § 2º artigo 16, “às cooperativas por objeto qualquer gênero de operações ou de atividades na lavoura, na indústria, no comércio, no exercício de profissões e todos e quaisquer serviços de natureza civil ou mercantil, podendo ser, ou não, lucrativo, contanto que não fira a lei, a moral e os bons costumes”.

Fazia o artigo 21 a classificação das cooperativas: “as sociedades cooperativas podem se classificar nas seguintes categorias principais: cooperativas de produção agrícola, de produção industrial, de trabalho (profissional ou de classe), de beneficiamento de produtos, de compras em comum, de consumo, de abastecimento de crédito, de seguros, de construção de casas populares, cooperativas editoras e de cultura intelectual, cooperativas escolares, cooperativas mistas, cooperativas centrais, cooperativas (federações)”.

A norma legal não foi clara em definir a cooperativa como sociedade civil ou industrial, daí porque se entendia que a sua natureza era *sui generis*.

- o **decreto n° 23.611/33, de 20 de dezembro de 1933**, (Anexo XII) revoga o Decreto legislativo n° 979, de 06 de janeiro de 1903, facultando a instituição de consórcios profissionais-cooperativos. Tinha por objetivos “a defesa, o desenvolvimento dos interesses gerais da profissão, dos interesses econômico-profissionais de seus membros e a realização de suas modalidades derivadas” (art. 1°).

Prescrevia o § 2° artigo 14 ser “atribuição privativa dos consórcios profissionais cooperativos a organização de cooperativas de qualquer espécie”. O objetivo do decreto foi enquadrar o cooperativismo no sindicalismo.

- **Decreto n° 24.647/34, de 10 de julho de 1934**, (Anexo XX) revogou o Decreto n° 22.239/32 estabelecendo bases e princípios para a cooperação profissional e para a cooperação social; faculta auxílios diretos e indiretos às sociedades cooperativas e institui o Patrimônio dos Consórcios Profissionais Cooperativos. Abandona o cooperativismo conforme os princípios de Rochdale para adotar o cooperativismo do Estado Novo. Não era possível fundar qualquer tipo de cooperativa, com exceções das cooperativas sociais, sem que se fundasse antes um consórcio. Na prática, era impossível “pelas nossas condições de meio fundar com pessoas distintas o consórcio e, em seguida, a cooperativa”. Formava-se o consórcio apenas para cumprir a lei e às vezes no mesmo dia, a cooperativa, “com a mesma gente e não raro com os mesmos dirigentes”. O consórcio passava a existir por uma ficção legal.

- **Decreto n° 581/38, de 1° de agosto de 1938**, (Anexo XIV) dispunha sobre o registro, fiscalização e assistência de sociedades cooperativas. Revogou os Decretos n° 23.611/33 e 24.647/34. Revigorou o Decreto n° 22.239, de 19 de dezembro de 1932. Proibia a distribuição de dividendos sobre o capital. Voltou a adotar o cooperativismo rochdaleano.

- **Decreto 926/38. De 5 de dezembro de 1938**, (Anexo XXI) tratava da constituição, funcionamento e fiscalização das sociedades cooperativas de seguros.

- **Decreto-lei n° 1.386/39, de 5 de dezembro de 1939**, permitia a admissão de pessoas jurídicas nas cooperativas de indústrias extrativas.

- **Decreto-lei n° 6.980/41, de 19 de março de 1941**, (Anexo XXII) aprova o regulamento para a fiscalização das sociedades cooperativas, estabelecido pelo Decreto

nº 581, de 1º de agosto de 1938. O § 6º, do artigo 4º, prevê a intervenção nas sociedades cooperativas nos casos comprovados de violação da lei e das disposições regulamentares, podendo até ocorrer dissolução.

- **Decreto nº 5.154/42, de 31 de dezembro de 1942**, (Anexo XXIII) dispôs sobre intervenção nas sociedades cooperativas.

- **Decreto-lei 5.452/43 (CLT)** (Anexo XXIV) determinou que os sindicatos de empregados terão o dever de promover a fundação de cooperativas de consumo e de crédito (alínea a, do parágrafo único do art. 514).

- **Decreto-lei nº 5.893/43, de 10 outubro de 1943**, (Anexo XXV) determina sobre a organização, funcionamento e fiscalização das cooperativas e criou a Caixa de Crédito Cooperativo, que mais tarde foi transformada no Banco Nacional de Crédito Cooperativo.

- **Decreto-lei nº 8.401/45, de 19 de dezembro de 1945**, (Anexo XXVI) revoga o Decreto-lei nº 5.893, exceto os artigos 104 e 108, revigorando o Decreto-lei nº 581/38 e o Decreto-lei nº 22.239/32.

- **A Lei nº 3.189/57, de 2 de julho de 1957**, (Anexo XXVII) tratou de cooperativas de transportes e cargas. Permitiu a admissão de pessoas jurídicas nas cooperativas de transportes de passageiros de cargas.

- **Decreto nº 46.438/59, de 16 de julho de 1959**, (Anexo XXVIII) cria o Conselho Nacional do Cooperativismo (CNC). O Conselho era o “órgão de estudo, recurso, consulta, articulação, interpretação, definição de princípios econômicos-sociais e diretrizes técnico-doutrinárias e educativas, planejamento, difusão cultural, investigação sócio-econômica e legal do cooperativismo brasileiro” (art. 2º). O órgão era subordinado ao Ministério da Agricultura.

- **A Lei nº 4504/64, de 30 de Novembro de 1964 (Estatuto da Terra)**, (Anexo XXIX) o inciso VIII do artigo 4º, define Cooperativa Integral de Reforma Agrária (CIRA) como toda sociedade cooperativa mista, de natureza civil, criada nas áreas prioritárias de Reforma Agrária, contando temporariamente com a contribuição financeira e técnica do Poder Público, por meio do Instituto Brasileiro de Reforma

Agrária, com a finalidade de industrializar, beneficiar, preparar e padronizar a produção agropecuária, bem como realizar os demais objetivos previstos na legislação vigente.

- **A Lei nº 4595, de 31 de dezembro de 1964**, (Anexo IV) trata da política das instituições monetárias, bancárias e creditícias, no §1º do artigo 18 afirma que as cooperativas de crédito ou a seção de crédito das cooperativas se subordinam a citada lei. São, portanto, instituições financeiras.

- **Decreto-lei nº 59/66, de 21 de novembro de 1966**, (Anexo XI) define a política nacional do cooperativismo, criando o Conselho Nacional do Cooperativismo e revoga normas anteriores, incluindo, de forma definitiva, o Decreto nº 22.239/32 (Anexo X). O artigo 4º mencionava que as cooperativas, qualquer que fosse sua categoria ou espécie, são entidades de pessoas com forma jurídica própria, de natureza civil, para prestação de serviços ou execução de atividades sem finalidades lucrativas, não sujeitas a falência, distinguindo-se das demais sociedades pelas normas e princípios estabelecidos nessa lei.

As cooperativas poderão adotar por objeto qualquer gênero de serviços, operações ou atividades, respeitada a legislação em vigor, assegurando-lhes o direito exclusivo e a obrigação do uso da expressão. *Cooperativa* (art. 5º). O cooperativismo passa a sofrer controle excessivo do Estado.

- **Decreto nº 60.597, de 19 de abril de 1967**, (Anexo XVII) regulamenta o Decreto-lei nº 59/66 e timidamente começa a esboçar um conceito para o ato cooperativo, quando menciona as instalações da cooperativa como extensão do estabelecimento cooperado. À época entendia-se que a expressão extensão do estabelecimento cooperado somente dizia respeito às cooperativas de produtores.

- **A Lei nº 5.764/71, de 16 de dezembro de 1971**, (Anexo I) foi um projeto elaborado pela Organização das Cooperativas Brasileiras e bastante modificado pelos técnicos governamentais, atualmente está em vigor e define a Política Nacional do Cooperativismo e dá outras providências. Revoga o Decreto-lei nº 59/66 e o Decreto nº 60.597/67.

- **Constituição federal de 1988** (Anexo III) introduz profundas alterações em todos os níveis da vida brasileira e prevê que o cooperativismo é regido pela lei vigente no momento de sua promulgação, que é lei nº 5.764/71 ou a que vier a alterá-la.

3.5.2. O cooperativismo brasileiro e a Constituição de 1988

Ortiz e Henrique (2011) e Canotilho (2008) afirmam que, por natureza, a Constituição é a primeira lei positiva, dizendo que não é lícito a qualquer poder por ela constituída exigir alguma coisa que não se coadune com o Direito fixado na Constituição. No entanto, quer seja uma lei estabelecida pelo Poder Legislativo, ou um ato qualquer dos outros poderes, não pode contrariar as normas constitucionais. Em termos formais ela fixa a organização, ou seja, a estrutura, a composição, as atribuições, o procedimento dos Poderes e os órgãos superiores do Poder.

Lenza (2009), citando o professor José Afonso da Silva, trata do instituto do “princípio da compatibilidade vertical das normas da ordenação jurídica de um país”, no sentido de que as normas de grau inferior somente valerão se forem compatíveis com as normas de grau superior, que é a Constituição. As que não forem compatíveis com ela são inválidas, pois a incompatibilidade vertical resolve-se em favor das normas de grau mais elevado, que funcionam como fundamento de validade das inferiores. Trata-se da chamada condição de constitucionalidade a que estão sujeitos todos os atos estatais. Nenhum destes vale se não estiver, formal e materialmente, de conformidade com a Constituição.

A Constituição brasileira de 1988 foi a primeira a tratar do tema cooperativa. De sua análise pode-se extrair informações que determinam ao segmento cooperativista ter sido devidamente recepcionado pela norma constitucional. A esse respeito, Alves (2003) afirma que a cooperativa era totalmente tutelada pelo Estado, mas hoje em dia isso não acontece. O primeiro texto constitucional a tratar desse tema, a Constituição Federal de 1988, pregou a política que estimulava o desenvolvimento do cooperativismo, com a inexigibilidade de autorização para a criação das sociedades cooperativas, e a proibição de qualquer interferência estatal em seu funcionamento (inciso XVIII, art. 5º).

Salienta Pereira (2002) que a exceção são as cooperativas de crédito e as seções de créditos de cooperativas, ainda sujeitas à fiscalização dos órgãos

governamentais. O texto constitucional ainda apresenta outros comandos que importam, relacionados ao cooperativismo:

- Artigo 5º, inciso XVII: É plena a liberdade de associação para fins lícitos, vedada a de caráter militar;

- Artigo 146 – Cabe à lei complementar:

[...]

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

[...]

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

- Artigo 170, § único: é assegurado a todos o livre exercício de qualquer atividade econômica, independente de autorização de órgãos públicos, salvo nos casos previstos em lei.

- Artigo 173 – [...]

Parágrafo 1º - A empresa pública, a sociedade de economia mista e outras entidades que explorem atividade econômica sujeitam-se ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quando às obrigações trabalhistas e tributárias.

- Artigo 174 – [...]

[...]

Parágrafo 2º - A lei estimulará o cooperativismo e outras formas de associativismo.

Parágrafo 3º - O Estado favorecerá a organização da atividade garimpeira em cooperativas, levando em conta a proteção do meio ambiente e a proteção econômica e social dos garimpeiros.

Parágrafo 4º - As cooperativas a que se refere o parágrafo anterior terão prioridade na autorização ou concessão para pesquisa e lavra dos recursos e jazidas minerais garimpáveis, nas áreas onde estejam atuando, e naquelas fixadas de acordo com o artigo 21, XXV, na forma da lei.

- Artigo 187 – A política agrícola será planejada e executada na forma da lei, com a participação efetiva do setor de produção, envolvendo produtores e trabalhadores rurais, bem como os setores de comercialização, de armazenamento e de transportes, levando em conta, especialmente:

[...]

VI – o cooperativismo

- Artigo 192 – O sistema financeiro nacional, estruturado de forma a promover o desenvolvimento equilibrado do País e a servir aos interesses da coletividade, será regulado em lei complementar, que disporá inclusive, sobre:

[...]

VIII-O funcionamento das cooperativas de crédito e os requisitos para que possam ter condições de operacionalidade e estruturação próprias de instituições financeiras.

Finalmente, cumpre fazer considerações sobre o cooperativismo e as constituições estaduais. Não há vedação para que os parlamentos estaduais brasileiros legislem sobre a atividades cooperativas.

Martins (2006) refere-se a somente dois estados brasileiros que inseriram o assunto cooperativismo em suas cartas constitucionais: Rio Grande do Sul e São Paulo. O primeiro, no § 1º do artigo 163, menciona que, “na hipótese de privatização das empresas públicas e sociedades de economia mista, os empregados terão preferência em assumi-las sob a forma de cooperativa”. São Paulo, por sua vez, dispõe do artigo 188 “que o estado apoiará e estimulará o cooperativismo e o associativismo como instrumento de desenvolvimento socioeconômico, bem como estimulará formas de produção, consumo, serviços, créditos e educação co-associados, em especial nos assentamentos para fins de reforma agrária”.

Acrescente-se que a atividade cooperativa, além da recepção constitucional, também está consonante com o Código Civil Brasileiro, no dizer de Lemos Magalhães Filho (2012) para quem as cooperativas gozam de ampla liberdade, respaldadas pelos mandamentos constitucionais e pela Lei nº 5.764/67 (Anexo I), independente de seu objeto, as sociedades cooperativas são consideradas sociedades simples pelo Código Civil.

A esse respeito, observando-se o Código Civil Brasileiro, o mesmo mostra que as associações são reguladas pelos artigos 53 a 61 e, em caráter geral, pelos artigos 44 a 52 da mesma lei, que tratam das pessoas jurídicas de direito privado. As sociedades cooperativas estão reguladas pelos artigos 1.093 a 1.096. Caso haja alguma omissão, às Sociedades Cooperativas serão aplicadas as disposições relativas às Sociedades

Simples, nos artigos 997 a 1.038, resguardadas as características peculiares da cooperativa estabelecidas no artigo 1.094 do citado código.

Finalmente, dois pontos a elencar, dentro da mutabilidade do arcabouço jurídico brasileiro. Primeiro, tramita no Congresso Brasileiro um substitutivo ao PLS nº 3, de 2007, que apresenta avanços em relação à Lei nº 5.764/71 (Anexo I), em vigência, tais como:

- Valorização da Política Nacional de Cooperativismo;
- Simplificação do registro das cooperativas, realizando-se exclusivamente no Registro Público de Empresas no local de sua sede;
- Diminuição do número mínimo de cooperados para início de uma cooperativa singular;

Segundo, observar a análise do Deputado Reinaldo Betão, relator do Projeto de Lei nº 3.767/2004: Há controvérsias sobre a vigência de alguns artigos da Lei nº 5.764, de 1971, que instituiu o regime jurídico das cooperativas. Alguns doutrinadores entendem que o Código Civil de 2002, ao tratar das cooperativas nos arts. 1.093 a 1096, teria revogado parcialmente a Lei nº 5.764/1971 (Fiúza, 2002). Isso porque a Lei de Introdução ao Código Civil (Decreto-Lei nº 4.657, de 1942) estabelece que, quando uma lei nova dispõe sobre matéria incompatível com lei anterior, esta é revogada (total ou parcialmente) por aquela. Por outro lado, a LICC determina que lei geral mais nova que disponha sobre aspectos gerais ou especiais, além dos já existentes, não revoga nem modifica lei anterior.

O desafio é investigar se, de fato, o art. 1094, inciso II, do novo Código Civil, que trata do concurso do número mínimo de sócios, teria revogado o art. 6º da Lei das Cooperativas, que exige o mínimo de 20 sócios para constituição de cooperativas. Prevalendo este entendimento, a exigência que vige hoje é menos restritiva, pois o texto do Código Civil estabelece a regra de que é necessário apenas o número mínimo de sócios necessário para compor a administração. Por seu texto, portanto, e contrariamente à lei de 1971, é permissível que o número de sócios seja menos de 20.

A interpretação de que a Lei das Cooperativas foi derogada nesta exigência é compartilhada por Fiúza (2004, p. 1011), que comenta o referido artigo do novo Código Civil:

"O art. 6º da Lei nº 5.764/71 exigia, para a constituição das cooperativas singulares, o mínimo de 20 sócios. O inciso II deste art. 1.094 flexibilizou tal exigência, podendo a

sociedade cooperativa ser constituída com o número de sócios necessário, apenas, para compor a administração da sociedade".

Portanto, a justificativa do projeto de lei em análise, de que não se faz necessária a palavra “mínimo”, porque a Lei nº 5.764/71 (Anexo I) já trataria do assunto, é questionável. Não tem, entretanto, a Organização das Cooperativas Brasileiras entendido que o art. 6º da Lei nº 5.764/71 teria sido derogado pelo novo Código Civil. É o que se conclui pelas instruções que ela fornece aos que desejam constituir uma cooperativa (disponível em seu sítio na Internet)¹⁰: “No Brasil, para se constituir uma cooperativa são necessárias, no mínimo, vinte pessoas físicas, conforme a Lei 5.764, de 16.12.1971”. Como o texto do Código Civil de 2002 é menos restritivo que o da Lei das Cooperativas, achamos por bem dirimir quaisquer dúvidas de que este foi revogado por aquele. Assim, oferecemos um substitutivo que procura clarear o assunto. Nesse sentido, propomos a revogação expressa da exigência de número mínimo de 20 pessoas físicas para se constituir uma cooperativa, mantendo no texto apenas a exigência de número mínimo necessário para compor a administração da cooperativa.

3.5.3. Os ramos do cooperativismo brasileiros

Não é simples a classificação do cooperativismo brasileiro e não há consenso doutrinário. A base da classificação está na Lei 5764/71 (Anexo I), no art. 6º, I, II, III e art. 10, assim transcritos:

Art. 6º - As sociedades cooperativas são consideradas:

I – singulares, as constituídas pelo número mínimo de 20 (vinte) pessoas físicas, sendo excepcionalmente permitida a admissão de pessoas jurídicas que tenham por objeto as mesmas ou correlatas atividades econômicas das pessoas físicas ou, ainda, aquelas sem fins lucrativos;

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

¹⁰

www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5764.htm

III – confederações de cooperativas, as constituídas pelo menos de 3 (três) federações de cooperativas ou cooperativas centrais, da mesma ou de diferente modalidade.

Art. 10 – As cooperativas se classificam também de acordo com objeto ou pela natureza das atividades desenvolvidas por elas ou por seus associados.

§ 1º Além das modalidades de cooperativas já consagradas, caberá ao respectivo órgão controlador apreciar e caracterizar outras que se apresentem.

§ 2º Serão consideradas mistas as cooperativas que apresentem mais de um objeto de atividades.

§ 3º Somente as cooperativas agrícolas mistas poderão criar e manter seção de crédito.

A esse respeito, Tesch (2000) assim reporta que o XI Congresso Brasileiro de Cooperativismo, realizado em novembro de 1997, tratou este tema no item Revisão da governança, representação do cooperativismo brasileiro e legislação cooperativista. O documento síntese registra que o tema é muito debatido e diagnostica que o país é muito heterogêneo e o cooperativismo organiza-se de forma distinta em cada estado da federação... alguns ramos com vida própria e com estrutura bem organizada no âmbito nacional; outros são ainda desorganizados e precários, mas procuram estruturar-se e ocupar espaço.

Polonio (2004) tem uma maneira bem didática de classificar as cooperativas: quanto à forma legal de constituição e quanto ao objeto social. Quanto à forma legal são as singulares, centrais ou federações de cooperativas e confederações. Quanto ao objeto social são de produtores, de consumo, mista e de crédito. Uma observação cabe, pela importância, na afirmação de Almeida (2006), referindo-se à lei 5.764/71 (Anexo I), segundo se pode ler nos seus artigos de 6º a 10, as cooperativas podem assumir a forma de singulares, centrais ou federações, as confederações, e as cooperativas mistas. A seguir a lei classifica as cooperativas segundo o seu objeto ou natureza de suas atividades, permitindo que outras modalidades de cooperativas, além das consagradas, sejam criadas.

Alves (2003) adenda à classificação, o tipo quanto à responsabilidade do associado, em dois tipos: cooperativa de responsabilidade limitada e cooperativa de responsabilidade ilimitada. Nas primeiras, a responsabilidade do associado, pelos compromissos da sociedade limita-se ao valor do capital por ele subscrito (art. 11) e nas

segundas, o associado responde pessoal, solidaria e ilimitadamente pelas obrigações assumidas pela sociedade cooperativa (art. 12).

Clareando o disposto na lei 5764/71 (Anexo I), Young (2006) afirma e dá uma abrangente classificação das cooperativas: As cooperativas centrais e federações de cooperativas objetivam organizar, em comum e em maior escala, os serviços econômicos e assistenciais de interesse das filiadas, integrando e orientando suas atividades, bem como facilitando a utilização recíproca dos serviços. Para a apresentação de serviços de interesse comum, é permitida a constituição de cooperativas centrais, às quais se associem outras cooperativas de objeto e finalidade diversas. As confederações de cooperativas têm por objetivo orientar e coordenar as atividades da filiadas, no caso em que o vulto dos empreendimentos transcender o âmbito de capacidade ou conveniência de atuação das centrais e federações. Cabe ressaltar que cooperativas não possuem filiais.

As cooperativas segundo Young (2006) se classificam em:

- Cooperativas de consumo;
- Cooperativas de produção;
- Cooperativas de crédito;
- Cooperativas mistas;
- Cooperativas de trabalho;
- Cooperativas habitacionais;
- Cooperativas agropecuárias;
- Cooperativas educacionais;
- Cooperativas médicas / de saúde;
- Cooperativas especiais;
- Cooperativas minerais;
- Cooperativas de turismo e lazer;
- Outras.

Assim, pode ser descrito, de maneira sucinta, cada um dos tipos de cooperativas mais comuns no espectro do cooperativismo brasileiro:

1. Cooperativas de consumo: De acordo com Polonio (2004), são as mais numerosas, tem por atividade principal as operações de compra de produtos de primeira necessidade para vendê-los aos cooperados, no atacado ou no varejo. Objetivam, como as demais, eliminar o intermediário e os especuladores, sempre visando vantagens econômicas aos cooperados. Rangel (2006), referindo-se a Benato (2004, p.74), classifica as cooperativas de consumo em fechadas e abertas. Fechadas seriam as que admitem como cooperados somente as pessoas ligadas a uma mesma empresa, sindicato ou profissão, enquanto as abertas ou populares admitem qualquer pessoa que queira a elas se associar.

2. Cooperativa de produção: na definição de Alves (2003) é aquela que faz a intermediação entre a fonte produtora da qual fazem parte os cooperados produtores e o mercado consumidor, eliminando assim o patrão. Os pequenos produtores se organizam em cooperativas a fim de melhor atuarem no mercado. Uma das facetas importantes da cooperativa de produção é que ela substituiu a figura do intermediário, como o atacadista, o banqueiro, o patrão, o empregador de mão de obra. Sem a cooperativa de produção, o produtor teria que, forçosamente valer-se desses, intermediários.

A Organização das Cooperativas Brasileiras tem uma visão distinta de Alves (2003) ao referir-se às cooperativas de produção como as “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”.

3. Cooperativa de crédito: Segundo Young (2006) a organização compreende um fundo, formado pelo capital dos sócios, destinado a facultar empréstimos pecuniários aos associados ou a outras cooperativas. É formado por cooperativas que têm como fim prover a poupança e financiar necessidades ou empreendimentos dos seus cooperados. Para Fuhrer, M.(2003) as cooperativas de créditos são sociedades civis, que estão organizadas para conceder empréstimos aos associados, a juros módicos e sujeitam-se ao controle do Conselho Nacional do Cooperativismo e ao Conselho Monetário Nacional e ao Banco Central do Brasil.

Bulgarelli (1998) em parecer relativo à Resolução 1.914/92, do Conselho Monetário Nacional, deita luz ao entendimento do que seja cooperativa de crédito, assim, a configuração das cooperativas de crédito e a forma como funcionam têm

características próprias que devem ser ressaltadas. Pela Lei 5.764/71, são consideradas como sociedades civis sem fins lucrativos; constituídas de maneira peculiar com forma própria de acordo com o estipulado pela Lei 4.595, que ressalvou essa característica, dispensando-as em forma de sociedades anônimas obrigatórias para as demais; que operam de forma ativa, no amplo círculo da mutualidade e numa visão geral do mercado, sendo verdadeiras auxiliares do sistema bancário, depositando e aplicando nos bancos privados os recursos que movimentam. O mesmo autorreafirma que sem dúvida é assim que as cooperativas de crédito operam no mercado financeiro, mantendo as suas características associativas próprias, similares às instituições financeiras bancárias.

4. Cooperativas mistas: para Tesch (2000), cooperativas mistas são aquelas que representam mais de um objeto de atividade. Como exemplo, as cooperativas laborais, podem atuar de forma mista, nada as impede; ou seja numa cooperativa de produção de bens pode também fazer prestação de serviços; ou, ainda, uma cooperativa de prestação de serviços, pode ao mesmo tempo, disponibilizar a mão de obra para empresas; ou, mesmo, que organizações comunitárias de produção possuam unidades para industrialização de produtos agrícolas, e ao mesmo tempo prestem serviços.

5. Cooperativas de trabalho: em síntese, têm como finalidade primordial a de melhorar os salários de seus associados e as condições de trabalho pessoal. Serão detalhadas no item 1.4.4.

6. Cooperativas habitacionais: Alves (2003) assegura que as cooperativas habitacionais buscam a solução para os problemas de moradia, criando condições para que seus associados possam adquirir ou construir seu imóvel. Segundo a OCESP – Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo – com a conquista do objetivo que é o projeto habitacional, a cooperativa caminha para sua liquidação, o que a faz semelhante a um simples consórcio. Convém lembrar, de acordo com Rangel (2006), que as cooperativas habitacionais surgiram com a extinção do Banco Nacional de Habitação (BNH), órgão responsável pela política habitacional, com verbas advindas do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e concorda com Alves, quando entende que em realidade são “consórcios para construção de casas e não cooperativas.

7. Cooperativas agropecuárias: de acordo com Young (2006) são formadas por cooperativas de produtores rurais ou agropastoris e de pesca, nas quais os meios de

produção pertençam ao cooperado. As cooperativas de produtores têm como objetivo a compra em comum de insumos, venda em comum de produção dos cooperados, prestação de assistência técnica, armazenagem, industrialização etc. Gonçalves (2005) enfatiza que esses tipos de cooperativas surgiram a partir de 1907, em Minas Gerais, por inspiração do governador João Pinheiro, espalhando-se pelo sul do Brasil sendo que nos dias de hoje já se encontram espalhadas por todo território nacional, sendo o tipo de cooperativismo mais conhecido da sociedade brasileira, facilitando a importação e a exportação, constituindo-se como o segmento mais conhecido e mais forte do cooperativismo do Brasil.

8. Cooperativas educacionais: são formados por pais de alunos, sendo mantenedoras de uma escola, cujos alunos são filhos dos cooperados. Alves (2003) se reporta à Constituição Federal Brasileira que consagrou dois tipos básicos de ensino: o público e o privado. O primeiro, prestado pelo estado de forma gratuita (CF, art. 206 IV) e o outro, prestado pela iniciativa privado, submetido às regras federais, sujeito à autorização e fiscalização, mas visando lucro (CF, art. 209). Como a rede pública sofre, em regra, de falta de vagas, instalações precárias e baixa remuneração dos docentes, a qualidade do ensino é baixa. Do outro lado, o ensino privado cobra preços proibitivos para grande parcela da população. Daí surge um vácuo para prosperarem as cooperativas educacionais ou escolares.

Conforme informação obtida do SEBRAE / MG (Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas de Minas Gerais), as cooperativas educacionais surgiram como sendo uma solução para a crise das escolas brasileiras, onde pais e alunos se uniram para enfrentar a falta de estrutura do ensino público e o alto custo das escolas particulares. Essas cooperativas podem, por exemplo, oferecer todos os níveis de ensino ou concentrar o serviço em apenas um tipo de atendimento como educação infantil, cursos profissionalizantes, existindo também as escolas agrícolas. A escolha do nível de ensino é a de que os pais dos alunos participem da definição da proposta pedagógica e dos custos necessários para viabilizá-la.

9. Cooperativas médicas / de saúde: reúnem profissionais da saúde para a prestação de uma tência médica de qualidade a um custo inferior ao do atendimento particular, cujo exemplo mais preponderante é o Sistema UNIMED, objetivo maior

dessa tese e cujo detalhamento se encontra em capítulos posteriores: Capítulo II, item 2,2 e, de maneira mais aprofundada, no Capítulo V.

10. Cooperativas especiais: ditas na lei n° 9.867/99 (Anexo XXX), como cooperativas sociais, são assim definidas:

Art. 1° - As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos, e incluem entre suas atividades:

- I. a organização e gestão de serviços sociais, sanitários e educativos;
- II. o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços.

Art. 2° - Na denominação e razão social das entidades a que se refere o artigo anterior, é obrigatório o uso da expressão “Cooperativa Social”, aplicando-se lhes todas as normas relativas ao setor em que operarem, desde que compatíveis com os objetos desta Lei.

Art. 3° - Consideram-se pessoas em desvantagem, para os efeitos desta Lei:

- I. os deficientes físicos e sensoriais;
- II. os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos;
- III. os dependentes químicos;
- IV. os egressos de prisões;
- V. (vetado)
- VI. os condenados a penas alternativas à detenção;
- VII. os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.

§ 1° - (vetado)

§ 2° - As Cooperativas Sociais organizarão seu trabalho, especialmente no que diz respeito a instalações, horários e jornadas, de maneira a levar em conta e minimizar

as dificuldades gerais e individuais das pessoas em desvantagem que nelas trabalharem, e desenvolverão e executarão programas especiais de treinamento com o objetivo de aumentar-lhes a produtividade e a independência econômica e social.

§ 3º - A condição de pessoa em desvantagem deve ser atestada por documentação proveniente de órgãos da administração pública, ressalvando-se o direito à privacidade.

Art. 4º - O estatuto da cooperativa social poderá prever uma ou mais categorias de sócios voluntários, que lhes prestem serviços gratuitamente, e não estejam incluídos na definição de pessoas em desvantagem.

11. Cooperativas minerais: este tipo de Cooperativa conta com especial atenção por parte da Constituição de 1988, que prevê incentivos para as áreas pesquisa, lavra, extração, exportação, industrialização e comercialização de minérios. Assim, as cooperativas de mineração adquirem grande importância pelo grande estoque mineralógico nacional, em que pese as dificuldades de organização dos garimpeiros, geralmente pessoas simples, com pouca formação educacional, que andam por diversas regiões, atraídos pela riqueza mineral da zona, aglomerando-se sem nenhuma noção de cooperativismo.

12. Cooperativas de turismo e lazer: segundo a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB, 2012) são cooperativas que prestam ou atendem de forma direta e prioritária, com serviços turísticos, lazer, entretenimento, esportes, artísticos, eventos e de hotelaria.

13. Outras: como foi dito no início de capítulo, o § 1º, art. 10, da Lei 5764/71 (Anexo I) amplia de maneira indeterminada o surgimento de novos tipos de cooperativas ao dispor que além das modalidades de cooperativas já consagradas, caberá ao respectivo órgão controlar apreciar e caracterizar outras que se apresentem. Neste grupo podem ser inseridas as cooperativas de usuários, ecológicas, etc.

3.5.4. As cooperativas de trabalho

Dentre as modalidades de cooperativas admitidas pelo sistema pátrio, encontram-se as **Cooperativas de Trabalho**, estruturadas num “sistema de trabalho

cooperado”, independente e autônomo, diferente do “sistema de trabalho assalariado”, no qual existe subordinação jurídica entre empregador e empregado.

Todas as cooperativas que produzem bens e serviços, por intermédio dos próprios cooperados, são designadas de Cooperativas de Trabalho. São trabalhadores cooperados todos os associados da cooperativa, tanto especialistas, como os os que executam os trabalhos mais simples e braçais, ou mesmo os que exercem atividade intelectual.

Saad (2012) assim as conceitua:

São cooperativas de trabalho aquelas que constituídas entre operários de uma determinada profissão ou ofício, ou de ofícios vários de uma mesma classe, têm como finalidade primordial melhorar os salários e as condições de trabalho pessoal de seus associados e, dispensando a intervenção de um patrão ou empresário, se propõe a contratar e executar obras, tarefas, trabalhos ou serviços públicos ou particulares, coletivamente por todos (os cooperados) ou por grupos de alguns (Suplemento Trabalhista da LTr – 93/96 – p. 552).

Martins (2006), afirma que na França, as cooperativas de trabalho têm a designação de sociedades cooperativas operárias de produção ou cooperativas operárias de produção. Já na América, são usadas expressões como cooperativas de produção, cooperativas de trabalho e produção ou cooperativa de trabalho, sendo que desta última fazem parte as cooperativas de produção e as de mão-de-obra.

De acordo com Mauad (2001) as cooperativas não são obra do capitalismo, pois tais organizações foram formadas no sentido de permitir que os trabalhadores se defendessem contra os abusos que eram praticados neste sistema, à mercê da brutal acumulação de capital, nos primórdios da Revolução Industrial. A afirmação é de Antoine Antoni, um dos maiores pensadores do cooperativismo moderno que, durante anos, esteve à frente da poderosa *Confédération Générale des Coopératives de Production en France*. Para Antoni, o cooperativismo de trabalho, era como que uma resposta popular às consequências das concentrações de homens ao redor da máquina e da concentração de capitais nas sociedades anônimas. O autor explica que entre 1815 e 1848, o proletariado francês passara, por um grau de miséria extremo, mesmo assim, não se deixou levar pelo desespero, tendo a inteligência e a audácia necessárias para forjar os instrumentos sociais que caracterizam o mundo moderno, tais como o sindicalismo, o mutualismo e o cooperativismo. Não foi por acaso, que a primeira cooperativa de trabalho da qual se tem conhecimento tivesse surgido precisamente em

França, ao final da primeira metade do século XIX, como forma de resistência dos trabalhadores aos excessos da Revolução Industrial.

Ferrari (2002) informa que, no Brasil, o marco inicial deste tipo de cooperativismo é o Decreto Federal, nº 22.239, de 14/12/1932, e que vigorou até 1966, com o advento do Decreto – Lei nº 59/66, que conceituava as cooperativas de trabalho como as constituídas por operários de uma determinada profissão ou ofício, com a finalidade de melhorar os salários e as condições pessoais de trabalho dos associados, sem que houvesse a intervenção de patrão, na contratação de obras, tarefas ou serviços públicos e particulares, por todos ou por alguns.

Uma das questões mais pertinentes em relação com o direito do trabalho seria a diferenciação plena do trabalho cooperativo em uma cooperativa de trabalho, com o trabalho assalariado emprego e empregador, ou seja, contrato de trabalho. Sousa Filho (2001) assim descreve, de forma resumida, que o o contrato de trabalho é o acordo tácito ou expresso, oral ou escrito, no qual alguém se compromete a prestar ao outro, de forma pessoal, labor, sobre o risco e dependência desta, mediante o pagamento de uma remuneração, e, desta forma, alcançamos as características tipificadoras do contrato de emprego quais sejam a prestação pessoal do trabalho por conta alheia, pagamento de salário e subordinação. Entretanto a própria Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), principal norma trabalhista do Brasil, dirime essa questão no artigo 442: Contrato individual de trabalho é o acordo tácito ou expresso, correspondente à relação de emprego.

Qualquer que seja o ramo de atividade da sociedade cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados, nem entre estes e os tomadores de serviços daquela (CLT, 2012).O artigo citado, da CLT, é redundante, visto que na lei das cooperativas, lei 5764/71 (Anexo I), os seus artigos 90 e 91 assim se expressam:

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

Art. 91. As cooperativas igualam-se às demais empresas em relação aos seus empregados para os fins da legislação trabalhista e previdenciária.

Em geral, a função de uma cooperativa de trabalho é a de realizar a prestação de serviços em melhores condições de atuação no mercado pondo de parte a figura do intermediário, uma vez que os prestadores de trabalho numa cooperativa de trabalho

são, ao mesmo tempo usuários (utilizam-se da cooperativa para, através dela, buscar e/ou manter postos de trabalho) e donos do próprio negócio (ingressam com capital para constituir a empresa cooperativa), de acordo com o já exposto, princípio da dupla qualidade.

As cooperativas de trabalho organizam-se do seguinte modo:

1. Cooperativas que produzem serviços:

1.1. setor saúde: reúnem profissionais de medicina, odontologia, psicologia, paramédicos, enfermagem, etc.;

1.2. setor transportes: reúne motorista de taxis, caminhões, peruas, ônibus, motocicletas, micro-ônibus, etc.;

1.3. diversas: carregadores, práticos, professores, vigilantes, trabalhadores na construção civil, garçons, garis, cabeleireiros, artistas de teatro, auditores, administradores, economistas, prestadores de serviços gerais, ascensoristas, consultores, etc.;

2. Cooperativas que produzem bens:

2.1. Industriais: mais conhecidas como fábricas cooperativas. Os cooperados são gestores e donos, aportando capital para constituir a fábrica cooperativa ou recuperar empresas em estado de falência ou pré-falimentar. Já existem cooperativas de produção nos setores metalúrgicos, têxtil, gráfico, de alimentação, cultivo de flores, calçados, etc.;

2.2. Dos assentados: são cooperativas formadas por trabalhadores que em geral exploram a área agrícola comunitariamente.

3. Cooperativas artesanais:

São formadas por artesãos que produzem os mais variados tipos de produtos, coletiva ou individualmente. Algumas cooperativas apenas adquirem a matéria prima e/ou comercializam os produtos dos seus cooperados e outras realizam o ciclo completo. Nem tudo, porém, nesse campo transita nos limites da lei e, pelos deslindes da mente humana, podem tomar descaminhos. Martins (2006) refere que são usadas as denominações de *gatocooperativa* para as cooperativas fraudulentas que têm o mesmo intermediário de antes, que era o gato e passa a ser cooperativa, sendo, por isso, usada a denominação *coopergato*. Os trabalhadores são transportados para o local de trabalho,

sendo alojados em locais com poucas condições de higiene e de saúde. Localizam-se, sobretudo, na área rural. São, ainda, utilizadas outras designações, tais como: *Fraudecooperativa* – que é a cooperativa fraudulenta que não observa as determinações legais relativas à matéria e, *Pseudocooperativa*- que é cooperativa que parece, mas que não é uma sociedade cooperativa, uma vez que não reúne condições para o ser.

Daí a necessidade de se identificar se a entidade é lícita ou não. Para tal existem vários métodos de investigação e abordagem.

3.5.5. Como identificar uma cooperativa de trabalho e evitar desvios

Para identificar este tipo de cooperativa, é necessário considerar os seguintes aspetos: 1. Legais; 2. Associativos; 3. Das relações com o mercado e 4. Os sócio-económicos. Assim.

1. Ao nível dos ASPECTOS LEGAIS, deve:

- 1.1. Ser registrada na junta comercial;
- 1.2. Ser registrada no Ministério da Fazenda e obter CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica);
- 1.3. Estar constituída segundo a lei cooperativista nº 5.764/71 (Anexo I) e praticar os sete princípios cooperativistas;
- 1.4. Ter a documentação completa de todos os associados cooperados como sócios;
- 1.5. Ter Livros das Atas de Reunião do Conselho Fiscal, da Diretoria ou Conselho de Administração;
- 1.6. Contar com a participação democrática dos cooperados nas Assembleias Gerais;
- 1.7. Possuir cadastro dos cooperados como contribuintes do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) e ISS (Imposto Sobre Serviços).

2. Ao nível dos ASPECTOS ASSOCIATIVOS deve:

- 2.1. Ter inscrição no órgão cooperativista de seu estado de origem, por exemplo, em São Paulo na OCESP – Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo; também, inscrição na respectiva federação.
- 2.2. Ter gestão participativa;
- 2.3. Ter um responsável pela prática da educação cooperativista;

2.4. Todos os associados devem conhecer e ter a cópia do Estatuto Social e Regimento Interno da cooperativa.

3. Ao nível dos ASPECTOS DAS RELAÇÕES COM O MERCADO deve:

3.1. O Cooperado tem que participar nas discussões dos contratos da cooperativa com o mercado;

3.2. A Cooperativa não pode ser controlada por uma EMPRESA, podendo e devendo ter diversos clientes no mercado;

3.3. Os Cooperados não trabalham em regime de subordinação ao cliente da cooperativa;

3.4. Verificar o material de “marketing” e outros informativos para conferir a conformidade a que se propõe a Cooperativa.

4. Ao nível dos ASPECTOS SOCÍO-ECONÓMICOS deve:

4.1. Verificar se existem seguros de saúde, de vida, e acidentes e outros tipos para os associados;

4.2. Verificar se existem fundos para assegurar nível mínimo de direitos sociais ao cooperado;

4.3. Verificar se a cooperativa estimula o relacionamento entre o cooperado e sua família.

Finalmente, uma reflexão sobre a última legislação relativa ao cooperativismo de trabalho. Trata-se da lei n. 12.690/12 (Anexo XXXI). Antes, entretanto, lembrar que nessa tese foi focado algumas formas de desvio da atividade cooperativa. Concordando também com Assis, (2012) ao afirmar que a prática de substituir mão-de-obra assalariada pela contratação de serviços de sociedades cooperativas se acentuou a partir de 1994, com a promulgação da Lei n. 8.949/94 (Anexo XXXII), que acrescentou no art. 442 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) um parágrafo único nos seguintes termos: “qualquer que seja o ramo de atividade da sociedade cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados, nem entre estes e os tomadores de serviço daquela”. Essa norma foi reforçada pelo Regulamento de Benefício da Previdência Social, aprovada à cooperativa que, nessa qualidade, presta serviços a terceiros (art9.o,§ 15, IV).

Desde então o dispositivo da CLT (Consolidação das Leis de Trabalho) tem sido fundamento legal protetor daqueles que usam as cooperativas como instrumento de fraude à aplicação das leis trabalhistas. Vale dizer, as cooperativas de trabalho – mesmo quando contratadas para executar atividade-meio da sociedade empresária contratante – constituem, na maioria das vezes, meros instrumentos para afastar direitos trabalhistas que demandaram décadas para serem conquistados. Vale dizer, ainda, a cooperativa é um meio utilizado pelo empregador com o deliberado propósito de desfigurar a relação de emprego e, desse modo, furtar-se do cumprimento da legislação trabalhista.

Essa lei, inclusive, no seu art. 3º, acrescenta mais quatro princípios no ideário cooperativista: preservação dos direitos sociais, do valor social do trabalho e da livre iniciativa; não precarização do trabalho; respeito às decisões de assembleia, observado o disposto nessa lei e participação na gestão em todos os níveis de decisão de acordo com o previsto em lei e Estatuto Social. Contudo para o cooperativismo médico e para o Sistema UNIMED, em particular, não traz nenhuma alteração, visto que o seu art 1º assim determina: A Cooperativa de Trabalho é regulada por esta lei e, no que com ela não colidir, pelas Leis nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971 (Anexo I) e nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Anexo XXXIII) - Código Civil.

Estão excluídas do âmbito dessa Lei as cooperativas de assistência à saúde na forma da legislação de saúde suplementar.

Conclusão

Esse capítulo representa o marco teórico do cooperativismo, desde Rochdale até nossos dias, em que se ressalta a singularidade do movimento cooperativista como alternativa diferente e mais inteligente à planificação socialista e a ditadura do capital do capitalismo, sendo o voto igualitário, da doutrina cooperativista, a maior prova do que seja uma decisão democrática.

Mostrou, também, a relação entre cooperativismo e sindicalismo. O segundo, no seu aspecto de contenção da ganância e descaminhos da empresa e o primeiro, o cooperativismo, de uma forma inteligente de livrar-se da empresa, constituindo-se como tal, em bases democráticas.

Conclui-se, assim, que apesar do Brasil não ter tido uma Revolução Industrial, como a Inglaterra, fator preponderante para o nascimento do cooperativismo no mundo,

conforme visto nessa tese e o nosso cooperativismo, ao contrário do cooperativismo europeu, ter nascido através das elites agrárias brasileiras, o cooperativismo brasileiro é uma realidade não mais apagável em qualquer circunstância. Finalmente, a atividade cooperativa está inserida na vida social, econômica e política da sociedade brasileira de maneira tão marcante, que não se pode mais pensar nessa sociedade, sem nela estar inserido o movimento cooperativo, principalmente pelo volume de recursos gerenciados, pela quantidade de empregos proporcionado, pelos serviços prestados em todas as áreas de atividade humana que se pode pensar e pelo tratamento dado ao mesmo pela texto constitucional vigente.

CAPÍTULO IV -O AMBIENTE INSTITUCIONAL DA SAÚDE NO BRASIL

*“Trabalhar com nobreza, esperar com sinceridade,
enternecer-se com o homem – esta é a verdadeira filosofia”.*

Fernando Pessoa

4.1. Introdução

Com o fim da Guerra Fria assistimos à vitória inquestionável da economia de mercado e, naturalmente

É bom que o mercado funcione e que os vários *Stakolders* possam interagir o mais livremente possível, não obstante, em nome da cidadania compete ao Estado atuar num quadro de Estado de Direito Democrático, através de organismos apropriados, em nome dos mais fracos, enquanto indivíduos, bem como dos superiores interesses da comunidade no seu todo (Alves, C. 2006, p. 45).

Neste capítulo irão ser abordados o direito à saúde no Brasil, nos diversos períodos históricos, seguindo-se uma abordagem sobre a Saúde Privada, a Assistência Suplementar e a UNIMED como Operadora de Planos de Saúde e, por fim, será feito um breve relato sobre o Sistema de Saúde Público (SUS) no Brasil.

4.2. O direito a saúde no Brasil

4.2.1. Antes da independência

Não é possível entender o Sistema UNIMED sem se debruçar nas peculiaridades das políticas de saúde existentes e que existiram no Brasil. A existência do Sistema UNIMED é, portanto, como se verá nessa tese, uma consequência de acertos e desacertos das políticas de saúde e, talvez, da falta delas.

Polignano (2008) aponta algumas premissas para se entender a história das políticas de saúde no Brasil:

- A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los;

- A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu a ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional;
- A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixado na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que atingem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.

Indriunas (s.d.) salienta a pouca importância que a saúde teve no Brasil antes da independência. O pajé com ervas e cantos e os boticários, que viajavam pelo Brasil, eram as únicas formas de assistência à saúde. Em 1789, havia no Rio de Janeiro apenas quatro médicos, na verdade a realidade da América Latina, deste tempo, não era diferente.

Dentro da necessidade de atendimento às pessoas, no início da colonização do Brasil, Gomes e Picanço (1951) fazem uma descrição interessante no cenário da medicina anterior à independência, houve indivíduos que, apesar de não serem médicos, dadas as circunstâncias, tiveram que praticar a arte de curar e o fizeram com nobreza, elevação e consciência, às vezes superior aos doutores diplomados. Referindo-se aos beneméritos padres e freiras das diversas ordens religiosas que, no litoral e pelos vastos sertões da pátria foram os médicos do corpo e do espírito, prestando assistência aos primeiros colonos e aos indígenas, cuja medicina genialmente assimilaram, aproveitando-a no que tinha de racional e de útil.

No mesmo texto encontra-se um detalhe histórico, que merece citação. A armada de Tomé de Souza, primeiro governador, trouxe o primeiro boticário estipendiado pela metrópole, Diogo de Castro e recebia, de acordo com o alvará de 15 de janeiro de 1549, que o nomeara, a quantia de quinze mil réis de ordenado, “pago pela tesouraria de rendas do Brasil”.

Mas não se pode culpar a metrópole pela quase não assistência à saúde no Brasil. Carvalho (2008) fala do sonho e decepção da sociedade portuguesa de então: a ideia de “paraíso” que perdurou durante as primeiras décadas do Brasil não durou muito tempo, na realidade, a ideia de “paraíso” foi substituída pela ideia de “inferno” ainda no século XVII, devido ao baixo índice de sobrevivência, seja dos colonizadores brancos, seja dos escravos trazidos da África.

O mesmo texto inclui a afirmação de Bertolli Filho (2011) que refere que a guerra, o isolamento e a doença colocavam em perigo o projeto de colonização e exploração econômica das terras brasileiras. Na verdade, este problema sanitário preocupou o Conselho Ultramarino Português – órgão responsável pela administração ultramarina – que criou, durante o século XVI, os cargos de físico-mor e cirurgião-mor. Tendo sido os seus titulares incumbidos de zelar pela saúde da população sob domínio lusitano. Funções que, no entanto, permaneceram por longos períodos sem ocupantes no Brasil, pois eram raros os médicos que aceitavam transferir-se para cá, devido aos baixos salários e com os perigos que havia.

Interessante é reafirmar a verdadeira exceção representada pelos padres e freiras. Lopes (2011) informa que as enfermarias dos jesuítas chamavam-se de Casas de Cuidados e nesse mesmo tempo fundaram-se as Santas Casas de Misericórdia, dirigidas por freiras, tendo sido a primeira fundada em 1543, na cidade de Santos.

Coincidência ou não, nessa mesma cidade, berço das Santas Casas, nasceu a primeira cooperativa UNIMED, motivo central dessa tese.

Chega-se, então, na vinda apressada da família real para o Brasil que criou, entre tantas necessidades, a obrigação de se constituir uma estrutura sanitária mínima, para dar suporte a chegada de moradores tão ilustres e não havia nenhum aprendizado acadêmico.

Polignano (2008), a respeito da formação de um profissional da saúde, então, assim se reporta: não dispondo de um aprendizado acadêmico, o processo de habilitação na função consistia tão somente em acompanhar um serviço de botica já estabelecido, durante um certo período de tempo, ao fim do qual prestavam exame perante a fisicatura e se aprovado, o candidato recebia a “carta de habilitação” e estava apto a instalar a sua própria botica.

Chega a família real e ainda em 1808, Dom João VI fundou na Bahia o Colégio Médico-Cirúrgico, no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador. No mês de novembro, do mesmo ano, foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao Real Hospital Militar. Esses dois acontecimentos, segundo Gomes e Picanço (1951), contou com a participação do médico pernambucano, com formação científica na metrópole, nomeado Cirurgião Mor do Reino e Estados do Brasil, José Correia Picanço que antes fora professor de medicina em Coimbra.

Gomes e Picanço (1951) transcrevem a Carta Régia, de 16 de fevereiro de 1808, dirigida ao Governador da Bahia, 6º Conde da Ponte, assinada por D. Fernando José de Portugal:

“III^{mo}. Ex^{mo}. Sr. – O Príncipe Regente Nosso Senhor, anuindo à proposta que lhe fez o Dr. José Correia Picanço, Cirurgião-mor do Reino, do seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia, no Hospital Militar desta Cidade, para instrução desta arte, tem cometido ao sobredito Senhor a escolha dos professores que não só lecionem a cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como bem e essencial a Arte Obstétrica, tão útil como necessária.

O que participo a V. Excia. Por ordem do nosso Senhor, para que assim o tenham entendido e contribua por tudo que for promovido este importante estabelecimento.” (Ass.) “D. Fernando José de Portugal.

Estava, assim, consolidado o primeiro grande acontecimento na saúde em terras brasileiras.

4.2.2. No Brasil Imperial:

As duas escolas de medicina criadas em 1808 se transformaram em faculdades de medicina em 1832 e, assim, continuaram como únicas, até o século XX.

Enquanto, no Brasil anterior à independência, o maior problema de saúde era a varíola, no Brasil Império era a febre amarela, conforme relata Rego (1873, cit in. Carvalho & Pinto, 2010).

A febre amarela tem se tornado endêmica no Rio, reaparece em quase todas as invernações e desse foco principal irradia-se mais ou menos longe; é assim que a cidade de Montevideu foi atacada em 1856 (...)

Desde 1849, (...) época da primeira grande epidemia nesta cidade, sua duração não se limitou nunca a um ano: assim durou de 1859 a 1863; tudo leva a crer que depois de ter experimentado um decréscimo notável durante o inverno de 1870, vá reaparecer com a invernação de 1870 a 1871. As tripulações estão, pois, frequentemente na presença deste flagelo; e é raro que qualquer navio estacionado na enseada do Rio não lhe pague sempre seu tributo mais ou menos pesado.(p.4)

José Rômulo Machado Diogo (2012) sintetiza o problema referindo que o Rio de Janeiro exportava febre amarela e a população fragilizada lutava contra a morte, e os doentes que eram ricos procuravam tratamento na Europa, enquanto os doentes mais pobres eram cuidados por negros e curandeiros. Não existia, ainda, saúde pública.

Polignano (2008) afirma que “até 1850 as atividades de saúde pública estavam limitadas a delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e o controle de navios e saúde dos portos, tendência que se alongou por quase um século”(p.3).

Do ponto de vista institucional, observe-se que a primeira Constituição, outorgada pelo Imperador, Dom Pedro I, que vigorou por 67 anos, até a constituição da República, instituiu a monarquia constitucional, estado unitário, sem autonomia para as províncias e as menções à saúde estão unicamente em dois incisos, no artigo 179:

Inciso XXI: Nenhum gênero de trabalho, de cultura, indústria, ou comércio pôde ser proibido, uma vez que não se oponha aos costumes públicos, à segurança, e saúde dos Cidadãos;

Inciso XXXI: A Constituição também garante os socorros públicos.

Em resumo, as políticas de saúde no Brasil Império transitaram em um contexto econômico marcado pela abertura dos portos, surgimento do capitalismo e início de uma industrialização; no campo político um centralismo administrativo, baseado em coronéis que davam a esses o controle político das províncias; na saúde, a centralização jogada para os municípios e criadas as primeiras instituições de controle sanitário de portos e epidemias.

4.2.3. Na República Velha:

Carvalho e Pinto (2008) apresentam um ponto de vista esclarecedor e constata que, em 1889, com o novo regime de governo, ganhou força uma ideia de modernização do Brasil com base no sistema filosófico de Augusto Comte: “ordem e progresso”. O positivismo propõe valores humanos, não é pois de estranhar a emergência de preocupações sanitárias conducentes a uma melhoria da saúde individual e coletiva e, por consequência, uma modernização do País.

Não era uma posição casual. O mundo, no final daquele século, tinha protagonistas da medicina como Louis Pasteur e Robert Koch que estabeleciam uma revolução da medicina com o conhecimento dos micróbios e cuidados com a saúde pública, envolvendo diagnósticos como o cólera, a tuberculose, a malária, a febre tifoide e outras doenças causadas por microrganismos.

Nesse mesmo trabalho, Benchimol (2010) afirma que discussão sobre a nova teoria das doenças veio a se consolidar na última década do século XIX e a primeira do período republicano. Segundo o mesmo autor, foi marcada por diversos conflitos que envolveram o diagnóstico, a profilaxia e o tratamento de doenças que se propagavam nos centros urbanos do Sudeste. Estes eram também convulsionados pelo colapso da escravidão, a enxurrada imigratória, as turbulências políticas que decorreram da proclamação da República e as turbulências que ocorreram a nível econômico associadas à crise do café e à nossa revolução industrial ‘retardatária’. Naqueles anos, despontou uma nova geração de médicos com conhecimento mais seguro das teorias e técnicas microbiológicas. No estado de São Paulo, foi criado o Instituto Bacteriológico (1892), sendo a sua direção entregue a Adolpho Lutz, que tinha grande experiência nas disciplinas da nova era da medicina e da saúde pública: bacteriologia, imunologia, helmintologia (vermes), entomologia (insetos transmissores de doenças) e outros ramos da zoologia médica.

Diogo (2012) clareia o entendimento, quando diz que no início do Brasil República, o Brasil foi comandado pelas oligarquias. As oligarquias eram ricas à custa da produção de café, sendo parte dos lucros obtidos aplicado nas cidades, o que conduziu ao crescimento urbano. Apesar disso, as oligarquias da República Velha procuraram o apoio da ciência para examinar os ambientes em termos físicos e sociais das populações urbanas. Assim, começam as fortes intervenções higienista, em especial em São Paulo, uma das mais ricas oligarquias, que decidiu destinar grandes verbas para a área da saúde pública; até hoje, foram as maiores quantias investidas na saúde, em relação ao total de recursos anuais aplicados por um estado brasileiro. Seguindo-se a todo esse investimento, as fiscalizações tornaram-se muito mais rígidas e tornou-se obrigatório a notificação oficial de todos os casos de doenças infecto-contagiosas. Ademais, as autoridades determinaram que somente médico com diploma podia cuidar dos enfermos.

Galvão (cit. in Costa, 2014) confirma que essa mobilização de recursos, contra a epidemia da peste no Rio de Janeiro, fez impulsionar mudanças nas iniciativas do poder central em relação à Saúde Pública. Ficou clara a necessidade de uma organização sanitária que fosse além das práticas esboçadas no plano municipal e estadual, e que tivesse a competência de intervir a nível nacional. Nas primeiras discussões do Governo Provisório Republicano transpareciam os primeiros debates sobre a necessidade de

estabelecer planos de saneamento para a cidade. No ano de 1889, um mês depois dos republicanos assumirem o poder, tomaram-se providências em relação ao Serviço da Polícia Sanitária e foram adotadas medidas com vista a impedir ou atenuar o desenvolvimento das epidemias em todo o território nacional. Determinadas doenças foram classificadas de notificação compulsória, e a vacinação obrigatória contra a varíola instituída para crianças até 6 meses de idade. A legislação de 1889, além de procurar apresentar uma abrangência, refletiu ainda a extrema dificuldade de operacionalizar práticas de Saúde Pública, em termos nacionais.

Logo no início do século XX, governo de Rodrigues Alves (1902-1906), um fato de extrema importância aconteceu para a história da saúde no Brasil: a nomeação do médico Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública. O Rio de Janeiro não tinha nenhum saneamento básico e, assim, várias doenças graves como a varíola, malária, febre amarela e peste espalhavam-se facilmente.

Indriunas (s.d.) descreve com perfeição o problema que culminou com um levante popular denominado de Revolta da Vacina - a obrigatoriedade de vacinação anti-varíola num ambiente maculado com a invasão de casas e queima de roupas e colchões e que indignou a população, dos mais simples aos mais cultos, ficando conhecida, repita-se, como a Revolta da Vacina, cuja violência, falta de habilidade política e inexistência de comunicação foi ilustrada na novela “Lado a Lado”, escrita por Cláudia Lage e João Ximenes Braga, produzida pela Globo e, parcialmente rodada no Centro Histórico de São Luís do Maranhão, em 2013.

A ação de Oswaldo Cruz, apesar das arbitrariedades e da revolta popular, teve êxito e conseguiu erradicar, também, a febre amarela do Rio de Janeiro. Algumas ações foram incorporadas como pró-ativas para a política de saúde: o registro demográfico, possibilitando conhecer a composição e os fatos vitais de importância da população; a introdução de laboratórios como auxiliar do diagnóstico etiológico e a fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa.

Nessa mesma obra, Polignano (2008) resume a continuação da política iniciada por Oswaldo Cruz, na pessoa do seu sucessor, Carlos Chagas. Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era

puramente fiscal e policial. Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro e criou-se a Escola de Enfermagem Anna Nery.

É necessário não esquecer que, na segunda década do sec. XX, ocorreu a Primeira Grande Guerra e o mundo todo sofreu as consequências econômicas do conflito, incluindo o Brasil. Como está no parágrafo anterior, as coisas mais importantes aconteceram a partir do ano 20 daquele século.

Merhy e Queiroz (1993) afirmam que no decorrer da década de 20, a corrente, médico-sanitária tornou-se predominante, organizando-se principalmente nos grandes centros urbanos, como Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte, Recife, entre outros. Dois núcleos foram especialmente ativos: o paulista, influenciado por Paula Souza e Borges Vieira (médicos sanitaristas), e o dos “jovens turcos”, sanitaristas com vínculo ao Departamento Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, que defendiam a especialidade na carreira médica, na área de saúde pública, e o trabalho integral nas instituições estatais. Durante a década de 20, esses núcleos chegaram a organizar cinco congressos (os Congressos Brasileiros de Higiene), que foram de tal forma importantes no desenvolvimento da política de saúde no Brasil, que a sua presença foi marcante até para a reforma administrativa da década de 60/70, no interior da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Um fato interessante ocorreu em 1923: o marco inicial do Sistema Previdenciário do Brasil, com a Lei Elói Chaves que criava as CAPS (Caixas de aposentadorias e Pensões). As caixas, financiadas pelo poder público, empregados e empregadores, ofereciam medicina curativa, medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, invalidez e pensão para os dependentes. Esse modelo foi aproveitado na Era Vargas, conforme será visto adiante.

Chega-se a 1930 e, no último ano do governo Washington Luís, foi criado, em 14/11, o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública.

4.2.4. Na Era Vargas:

O governo Vargas, iniciado com a Revolução de 1930, tem início no cerne de uma crise mundial, cuja face mais evidente é a quebra da bolsa de Nova Iorque, em 1929, portanto uma era de incertezas econômicas, o que levou o Estado Brasileiro a assumir ativamente o papel de regulador da economia.

Matta (2007) afirma que o Estado assume ativamente, a partir de 30, o papel regulador da economia e define um projeto econômico baseado na industrialização sendo que duas mudanças institucionais marcaram a trajetória da política de saúde e merecem ser aprofundadas: a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC).

Assiste-se, na criação do MESP a uma incoerência ao se misturar, em mesmo ministério, áreas tão distintas e díspares como saúde pública e os negócios em educação. Como se verá, nessa trabalho, correção desse fato se fará após os anos 50.

A Constituição de 1934, em pleno Estado Novo, estabelecia cuidados com a saúde, no seu artigo décimo, conforme descrição abaixo:

Art. 10 – Compete à União e aos Estados:

- I. (...)
- II. cuidar da saúde e assistência públicas;

Art 140 - A União organizará o serviço nacional de combate às grandes epidemias do País, cabendo-lhe o custeio, a direção técnica e administrativa nas zonas onde a execução do mesmo exceder as possibilidades dos governos locais.

Art 141 - É obrigatório, em todo o território nacional, o amparo à maternidade e à infância, para o que a União, os Estados e os Municípios destinarão um por cento das respectivas rendas tributárias.

Matta (2007) mostra que enquanto o MESP tem uma ação titubeante, o MTIC tinha uma política efetiva em relação ao trabalhador, garantindo-lhe uma assistência médica individual de qualidade, tanto que, nessa fase, ampliando o papel das CAPs, são

criados os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que ao lado de tantas vantagens para o trabalhador, incluía o direito à assistência a saúde de maneira individual.

Escorel e Teixeira (2008) mostram que, após o MESP, foram criadas oito delegacias federais de saúde e as Conferências Nacionais de Saúde e só houve uma relativa mudança em 1953, com a criação do Ministério da Saúde.

Um resumo do que significou a Era Vargas para a saúde foi feito por Carvalho e Pinto (2010) segundo o qual o País era uma sociedade doente, mesmo apesar da significativa diminuição das mortes por enfermidades epidêmicas durante a Era de Vargas e tendo em conta a expansão médico- hospitalar e as novas técnicas de controle das endemias rurais, com o apoio da Fundação Rockefeller, as doenças de massa continuavam a proliferar, como era o caso da esquistossomose, tuberculose, doença de Chagas, hanseníase, doenças gastrointestinais e sexualmente transmissíveis. Para muitos brasileiros restava uma morte antecipada por falta de ajuda médica necessária.

4.2.5. No Período da Redemocratização:

O Período da Redemocratização, após o fim da Era Vargas, se estende de 1945 a 1964. Inicia-se com uma nova ordem mundial pós-Segunda Grande Guerra. Assume, como primeiro presidente da redemocratização, o General Eurico Gaspar Dutra e uma de suas prioridades foi a organização dos serviços públicos nacionais. Em 1948 é elaborado o plano Salte (Saúde , Alimentação, Transporte e Energia) e em 1953, com a Lei 1920, foi criado o Ministério da Saúde (MS), que tinha por objetivo as atividades de saúde no plano coletivo.

O problema base da saúde pública de então, ainda que criado o MS, a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do governo, essa função continuava, ainda, dispersa por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros, às autarquias e fundações.

Mas o Brasil dos anos cinquenta tinha algumas mudanças na saúde. Deixou de ser um país somente agrícola e adentra célere na industrialização e os centros urbanos passaram a ser o polo principal da economia, gerando uma classe operária que exigia o

atendimento em saúde. Apareceram, assim, os grandes hospitais com tecnologia e especializações, os convênios hospital-empresa e o encarecimento das ações em saúde. O hospital torna-se o principal ponto de referência. (Matta, 2007)

Essa modernização e aprimoramento da medicina não era fato isolado no solo brasileiro, porém seguia o desenvolvimento científico mundial acelerado do pós-guerra. Mas nem tudo era necessariamente modernização, tanto que, em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária e peste. Não obstante, os problemas brasileiros de saúde tinham um viés nada científico.

Para além dos problemas financeiros e estruturais, o clientelismo era outro problema enfrentado pelo Ministério da Saúde em seus primeiros anos. Os partidos e os líderes de políticos trocavam votos e apoios dos eleitores por ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais de saúde e vacinas (Bertolli Filho, 2011).

Indriunas (s.d.) abre mais uma luz no período da redemocratização. Assim relata que, nos anos 40 a 1964, , uma das discussões sobre a saúde pública brasileira se baseou na unificação dos IAPs, como forma de tornar o sistema mais amplo. A Lei Orgânica da Previdência Social de 1960, unificou os IAPs em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), pondo de parte os trabalhadores rurais, empregados domésticos e também os funcionários públicos. É a primeira vez que, além da contribuição dos trabalhadores e das empresas, se definia de forma efetiva uma contribuição do Erário Público. No entanto tais medidas ficaram no papel. A efetivação dessas propostas só ocorreu em 1967 pelas mãos dos militares com a unificação de IAPs e a conseqüente criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

O Golpe Militar, em 31.03.64, pôs fim ao Governo Jânio Quadros e inicia um novo e marcante período na vida da sociedade brasileira.

4.2.6. No Período da Ditadura Militar:

Durante o período da Ditadura Militar, assistiu-se a uma redução das verbas destinadas ao Ministério da Saúde. As prioridades do governo assentavam na segurança

e desenvolvimento econômico, o que se traduziu em aumento de dotações orçamentais para as áreas militares, transportes, indústria e comércio

O Ministério da Saúde privilegiava a saúde individual levando a que a prestação de serviços não fosse abrangente, como deveria ser.

Em 1964, ganhou forma a estruturação de um modelo centrado na assistência médica comercializada. De fato, promoveu-se uma separação entre o campo da assistência médica e o da saúde pública, privilegiando-se a primeira em detrimento da segunda. Assim, foi-se implementando um projeto privatizante e medicalizante.

Indriunas (s.d.) resume com propriedade esse novo contexto: “Esta política pública, juntamente com o financiamento a juros subsidiados pelo governo a rede médica privada, fizeram com que, entre 1969 a 1984, a quantidade de leitos privados crescesse em cerca de 500%.

Como previdência e saúde se interligavam, evidencia-se uma grande mudança no sistema previdenciário brasileiro, com reflexos na saúde, em 1966: a unificação dos IAPs e constituição do INPS – Instituto Nacional da Previdência Social. A unificação do atendimento para os oriundos dos institutos mais ricos e institutos mais pobres levou a superlotação de muitos hospitais e filas enormes, com demora no atendimento e insatisfação geral, ao mesmo tempo a centralização do poder levou o afastamento dos trabalhadores nas decisões que lhes diziam respeito (Matta, 2007, p. 41).

De fato, a unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, ficou a dever-se, por um lado, ao crescente papel interventivo do Estado na sociedade e, por outro, ao afastamento dos trabalhadores da atividade política, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservada a função de financiadores.

Segundo Oliveira e Teixeira (1986), algumas características continha o modelo implantado pela Ditadura Militar.

- Aumento da cobertura previdenciária atingindo a quase totalidade da população urbana, trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;

- Ênfase para a medicina individual e curativa e especializada em articulação com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalares;

- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas internacionais de medicamentos e equipamentos hospitalares.

Um momento importante, semelhante a criação do INPS, foi em 1978, a criação INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), para melhor administrar os repasses de verba entre o poder público e as empresas particulares, embora mantendo a política da medicina curativa e das campanhas de vacinação e pouco fazendo em medicina preventiva ou em atuações sanitaristas.

Carvalho (2013) chama a atenção para um complicador dentro do modelo de saúde implantado pela Ditadura Militar, afirmando que a contratação de hospitais e laboratórios privados era paga por Unidades de Serviços (US), constituindo uma “fonte incontrolável de corrupção”, com recurso à invenção de pacientes e atos médicos não praticados e, noutros casos, escolhendo as opções mais lucrativas. Por outro lado, as Medicinas de Grupo, outra forma de saúde suportada pela previdência, efetuava convênios com empresas que passavam a responsabilizar-se pela assistência médica de seus empregados e, dessa forma, deixava de contribuir com o INPS. O objetivo era diminuir a quantidade de serviços prestados e baratear os custos desses serviços.

Estava criado, assim, o embrião para o que se denomina Saúde Suplementar, ramo em que se encontra o Sistema UNIMED, como se verá mais adiante nesse trabalho.

Mas, voltando ao tempo da Ditadura Militar, observou-se, nos anos oitenta, uma interessante movimentação social. Duas posições político-ideológicas por um novo modelo de política social de saúde: a conservadora e a reformadora.

A posição conservadora funcionava na manutenção do que estava estabelecido, ou seja, sistema assistencialista, baseado na rede privada e o Estado atuando de modo “caritativo” para os mais necessitados e/ou excluídos, ou interviria em questões

coletivas com os tradicionais instrumentos da saúde pública, como a campanha e a educação sanitária de massa.

A posição reformadora preconizava a constituição de uma rede básica de serviços públicos de saúde descentralizada e universalizada, ou seja, que atendesse à população coberta ou não pela previdência social, internacionalmente legitimada pela Conferência de Alma-Ata, onde postulava-se o combate à dicotomia das ações de saúde, técnica e institucionalmente, através da formação de serviços de saúde regionalizados e hierarquizados de acordo com sua complexidade tecnológica e da unificação das ações a nível ministerial.

Estava lançada a semente para a criação do maior avanço nas políticas de saúde, denominado (SUS), Sistema Único de Saúde.

4.2.7. No Regime Liberal Democrático:

Trata-se de um período que significa uma verdadeira ebulição na política de saúde do estado brasileiro, cujos pontos mais marcantes são a promulgação da Carta Constitucional de 1988 e a consolidação do SUS. Não há ainda uma nomenclatura consolidada para esse período, talvez por ser contemporâneo, mas ele se estende desde o governo Sarney - 1985, até nossos dias.

Para a efetivação das mudanças ansiadas pela sociedade, foi importante a formação do que se chamou de “Movimento Sanitário”, que se estabeleceu com o apoio de instituições acadêmicas com forte respaldo teórico e científico – Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), dentre outras, que apresentavam algumas propostas, tais como:

- A saúde é um direito do cidadão, independente de contribuição ou de qualquer outro critério de discriminação;

- As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo;

- A gestão administrativa e financeira das ações de saúde devem ser descentralizadas para estados e municípios;

- O Estado deve promover a participação e o controle social das ações de saúde.

Entrementes, o momento brasileiro era grave do ponto de vista político (eleição direta de governadores, com maioria esmagadora da oposição), econômico e social, com escassez de recursos e descrédito com a sociedade. Então o governo estabeleceu uma tentativa de conter custos, combater fraudes e aumentar a eficiência: criou o CONASP (Conselho Consultivo de Administração Previdenciária), ligado ao INAMPS.

O CONASP absorve os técnicos do Movimento Sanitário o que dá início a ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos conservadores, estabelecendo algumas políticas, então inovadoras:

- Reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento de produtividade do sistema;

- Melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais;

- Eliminação da ociosidade do setor público;

- Hierarquização de ações e criação do domicílio sanitário e montagem de um competente sistema de auditoria médico-assistencial.

Assim, em 1983 foi criado a AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. Com a certeza de que em 1986 seria instalada a Assembleia Nacional Constituinte para votar a Nova Constituição, em 17.03.86, instalou-se um dos acontecimentos mais marcantes na história da saúde pública desse país: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, composta por sindicatos, centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares e similares.

A síntese do relatório é o conceito ampliado de saúde que, em resumo, é assim descrito: “o direito à saúde determina a garantia, pelo Estado, de condições dignas de

vida, possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade”.
(Brasil, 1986)

Assim, chega-se à Assembleia Nacional Constituinte e, conforme dito anteriormente, essa levou em conta as lutas do Movimento Sanitário, definições do CONASP e o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Os principais aspectos aprovados na Nova Constituição, foram:

- O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano;
- As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;
- Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com a participação da comunidade;
- A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
- Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Estavam assim criadas os parâmetros constitucionais para a construção desse sistema exclusivamente brasileiro, chamado de SUS (Sistema Único de Saúde), que a Constituição Federal define, no seu artigo 198, como um conjunto de ações e serviços de saúde pública que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. Participação da comunidade.

O financiamento está baseado em recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

Apesar de instituído constitucionalmente em 1988, o SUS foi, de fato, regulamentado em 19.09.90, pela Lei 8.080 (Anexo XXXIV). Essa sofreu muitos vetos presidenciais e, posteriormente, foi aprovada uma nova lei, a Lei 8.114 (Anexo XXXV). Hoje, essas duas leis constituem a LOS – Lei Orgânica da Saúde.

O resumo desse capítulo é que a construção do SUS é o ponto culminante do “direito à saúde no Brasil”, mas ainda representa um leque em aberto e em discussão na sociedade brasileira e essa análise não faz parte das motivações e finalidades desse trabalho. Em poucas palavras, o SUS é irreversível, sujeito a críticas políticas, operacionais e ideológicas, um sistema em construção, mas com notáveis avanços, tanto que está sendo avaliado em outros países.

4.3. A Saúde Privada, a Assistência Suplementar e a UNIMED como Operadora de Planos de Saúde

A mesma norma constitucional que determina a criação do SUS, no seu artigo 199, § 1º, também determina: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, seguindo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fim lucrativo.”

Estava, portanto, criado constitucionalmente o sistema privado de saúde no Brasil.

A Lei n. 8080/90 (Anexo XXXIV) veio regular as normas constitucionais relativas à saúde, das quais serão ressaltados, entre outras, dois artigos relacionados com a atividade privada.

Art. 20 – Os serviços de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Evidente que a saúde brasileira está baseada no SUS, conforme visto anteriormente, mas chama atenção que a Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou que, em 2011, as despesas públicas e privadas de saúde, no Brasil, corresponderam a quase 9% do Produto Interno Bruto nacional, equivalendo a R\$ 284,34 bilhões, destacando-se uma particularidade do modelo brasileiro: o país oferece um sistema universal e gratuito, mas as despesas do segmento privado são maiores que as governamentais, na proporção de 54,3% e 45,7% (Carrera, 2014, p.30).

Com a importância do setor, o governo brasileiro promulgou a Lei 9.961/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde que, em seu artigo primeiro, diz: “É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”.

Apesar da abrangência, a ANS tem se voltado quase exclusivamente para os planos de saúde, conforme reconhece Zanata (2013); no setor de saúde suplementar no Brasil existem vários players, como as empresas que operam planos de saúde e os usuários dos serviços e que, apesar da diversidade de segmentos envolvidos no setor, o escopo regulatório legal da ANS está apenas vocacionado para as empresas que operam planos de saúde no país.

A RDC nº 39/2000 (Anexo XXXVI) (ANS, 2000) trata da classificação do setor da Saúde Suplementar e Baldassare (2014) faz um resumo assim descrito:

- Autogestões

São empresas, que atuam em quaisquer setores, que oferecem planos de saúde como benefício a seus funcionários ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, e a seus respectivos grupos familiares. Apesar de serem consideradas como modalidades não comerciais, as autogestões não patrocinadas, ou seja, em que o benefício não é integralmente coberto pelo empregador, são obrigadas a cumprir as exigências de constituição de garantias financeiras.

- Cooperativas Médicas

Classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971 (Anexo I), que operam Planos Privados de Assistência à Saúde. Na cooperativa médica, os médicos são sócios e prestadores de serviços; a remuneração é feita segundo a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). Há, ainda, a divisão de sobras e perdas entre os cooperados, ao final do exercício.

- Medicinas de Grupo

Classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam Planos de Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas demais modalidades. As medicinas de grupo administram planos de saúde para empresas contratantes, famílias e indivíduos. Constituíram-se inicialmente como grupos médicos aliados ao empresariado paulista, no final da década de cinquenta, originando-se a partir dos departamentos médicos das fábricas, quando estas optaram pela compra de serviços médicos para seus trabalhadores. Na década de oitenta, estes arranjos assistenciais incluíram na sua área de atuação a classe média, mediante a oferta de planos individuais com uma intensa competição por preços entre estes grupos empresariais (Nitão, 2004). A Portaria Nº 3.232, de 27 de junho de 1986, do Ministério do Trabalho, define as empresas médicas ou medicinas de grupo como pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins lucrativos, que prestam assistência médico-hospitalar com recursos próprios ou de rede credenciada mediante pagamento de contraprestação pecuniária. Nos últimos anos, este segmento apresentou forte tendência à verticalização dos serviços, com objetivo de melhor controlar a utilização de serviços e os custos assistenciais (Escrivão Junior e Kishima, 2011).

- Seguradoras

Seguradoras são empresas com fins lucrativos que fazem intermediação financeira reembolsando os gastos com assistência médica diretamente ao segurado, dentro de limites estipulados contratualmente nas apólices. Além das condições e limites financeiros para reembolso, o contrato com a seguradora define a cobertura e a

abrangência geográfica. Os seguros de saúde dão ao beneficiário a possibilidade de livre escolha de serviços, dentro de uma rede referenciada, já que não possuem rede própria de atendimento. A partir de 2001, as seguradoras tiveram que criar empresas específicas para a venda de seguro saúde, pois a Lei Nº 10.185 (Anexo XXXVII) determinou que elas não poderiam mais atuar em quaisquer outras modalidades de seguro. Por já serem reguladas no âmbito do sistema financeiro, desde a década de 1960, as seguradoras já constituíam reservas técnicas a fim de dar suporte financeiro de longo-prazo para suas operações (Alves, 2009). Após a regulamentação do setor suplementar, a atividade de comercialização de seguros de saúde passou a ficar sob a jurisdição da ANS.

Entretanto há outras modalidades em operação no mercado, a saber: empresas denominadas Administradoras, que prestam serviços para outras operadoras, administrando planos e, dessa forma, não assumem os riscos da operação dos planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada; Cooperativas Odontológicas, que são sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme a política nacional de cooperativismo, da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente planos odontológicos; Odontologias de Grupo, que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas como Cooperativa Odontológica; Filantropias, que são entidades sem fins lucrativos que operam planos de saúde e obtiveram certificado de entidade beneficente de assistência social, emitido pelo Ministério da Saúde, bem como a declaração de utilidade pública federal, junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal, junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

A complementaridade vista anteriormente, entretanto, não está imune às críticas. Sestelo, Souza e Bahia (2013) assim se posicionam:

Embora oficialmente denominada de "suplementar" ao sistema público, o modelo de articulação entre as empresas de planos e seguros e a rede de serviços de saúde do SUS baseia-se, em grande parte, na duplicidade e superposição da oferta de serviços pelos prestadores públicos e privados. Caracteriza-se, desse modo, uma relação de complementaridade invertida, em que o sistema público funciona como um suporte assemelhado a um resseguro para as lacunas na assistência oferecida pelos planos de saúde, subvertendo o sentido original do termo "complementar" utilizado pelo texto constitucional. Dois fenômenos são a expressão mais concreta dessa situação: a dupla

porta de entrada em hospitais financiados com recursos públicos, com a correspondente segregação da clientela que não detém a posse de planos de saúde, e a figura do ressarcimento das despesas realizadas por clientes de planos em hospitais públicos. Essa última, vale reafirmar, além de não promover resultados pecuniários efetivos é, na verdade, um potente indicador da precariedade da regulação assistencial praticada.

Qual seria o retrato mais atual da Saúde Suplementar no Brasil? Zanatta (2013), mostra esse perfil: 25% da população brasileira adquiriu planos de saúde; aumento do número de beneficiários em 24%, no período de 2007 a 2012; as Medicinas de Grupo e as cooperativas médicas apresentam o maior número de beneficiários, respectivamente 38% e 36%, seguidas das seguradoras e autogestões, respectivamente 13% e 11%; o ritmo de crescimento do setor continua em ascendência, com a incorporação de mais de um milhão de novos beneficiários, entre março de 2011 e março de 2012.

Em paralelo e em contrário ao crescimento do número de beneficiários, nota-se um caminho no sentido da concentração do mercado da Saúde Suplementar. Baldassare (2014) refere que a redução do número das operadoras manifesta a maior concentração do mercado suplementar. Em dezembro de 2012, oito operadoras (sete delas com mais de um milhão de vidas) detinham 30% dos beneficiários dos planos de saúde. Além disso, havia cerca de seiscentas empresas de pequeno porte que detinham 10% do mercado. A tendência de concentração do setor em poucas operadoras traz riscos ao equilíbrio do mercado, por comprometer a competição e favorecer condições de oligopólio. Como consequência, existe risco de queda de qualidade dos serviços prestados, práticas de ajuste de risco, aumento do poder de barganha das operadoras sobre os prestadores e aumento nas barreiras de entrada no mercado.

A Saúde suplementar está consolidada? Tem problemas? Perspectivas? Tema controverso, mas pode merecer algumas considerações.

Esse mercado, pela evolução natural do mundo, tem sempre um cenário de crise a sua frente. Cechin (2008) sintetiza esse cenário, com o aumento da esperança de vida, a melhoria do padrão de vida e a introdução de novas técnicas médicas. Verifica-se um aumento da frequência de utilização de serviços médicos com crescente complexidade. Os progressos da medicina geram demanda por serviços que não

existiam no passado e a cura de doenças intratáveis. Estes fatores geram um aumento das despesas médico-hospitalares.

Vilarinho (2004) estima que em 2020 existirão cerca de 28 milhões de idosos, com idade acima de 60 anos; uma massa de aposentados fora do mercado e dos planos de saúde coletivos, e, muito provavelmente, sem condições econômicas para sustentar os preços dos futuros planos de saúde individuais. Ou seja, um contingente equivalente, nos dias de hoje, à atual população economicamente ativa, que ficará à margem da assistência médico-hospitalar privada, procurando refúgio no SUS e configurando um novo formato de excluídos dos serviços de saúde. Por consequência, a “Administração Pública” debate-se com a necessidade de acompanhar a sociedade, também ela marcada pela mudança em termos econômicos, sociais, culturais, demográficos e políticos, que numa simbiose nos conduzem a um novo paradigma” (Alves, 2007, p. 16).

Concluindo, em o CNJ (Conselho Nacional de Justiça) e os Desafios da Efetivação do Direito à Saúde encontram-se esclarecimentos concordantes com o já disposto, relacionando o papel da ANS. Em resumo:

- Necessário diálogo da ANS com todos os setores envolvidos e, possivelmente, fixar uma agenda comum de discussão dos grandes temas da Saúde Suplementar;
- A ANS precisa trabalhar com pessoal qualificado jurídico e administrativo, para efetivas e rápidas respostas aos problemas;
- A ANS deve promover ações estratégicas de esclarecimentos entre os atores envolvidos, de modo a dirimir ou diminuir os conflitos.

A saúde brasileira, nos dias atuais, é resultado de uma grande história. Antes do século XIX seria impensável falar em saúde pública, sem demérito para o colonizador, apesar de na armada de Cabral existir um boticário estipendiado pela metrópole, as condições reinantes, então, jamais permitiriam a ousadia, sequer leve, de se pensar em saúde pública. Assim, a história da saúde pública no Brasil se inicia, de fato, com a chegada da Família Real, em 1808, com destaque para acriação das duas primeiras Escolas de Medicina.

Na República Velha os avanços não foram muitos, mas se destaca a importância do início da medicina preventiva, na figura do médico Oswaldo Cruz e o acontecimento ícone, então, que foi a Revolta Da Vacina.

A Era Vargas foi praticamente desprovida de avanços e no Período da Redemocratização o perfil da saúde brasileira apresenta algumas mudanças, sendo destaque o aparecimento dos grandes hospitais, avanço tecnológico da medicina e o aparecimento dos convênios médicos para o atendimento da população, em uma alternativa às carências da saúde pública. Não se pode olvidar que, nesse período, pela primeira vez, na história do Brasil, foi criado o ente público denominado Ministério da Saúde.

A Ditadura Militar não tinha a saúde como prioridade, mas se destacam a criação do INPS e do INAMPS, intermediário entre o poder público e as empresas de medicina curativa, as quais prestavam/vendiam assistência médica a uma parte da população brasileira.

Assim, constata-se que *“La suprématie des lois constitutionnelles serait un vain mot si elles pouvaient être impunément violées par les organes de l'état”*¹¹ (Bourdeau, Hamon & Troper, 1997, p.72).

Passada a Ditadura Militar, os ventos libelarizantes chegaram a saúde, principalmente através da mobilização dos institutos acadêmicos mais respeitados do Brasil. As ideias geridas, então, adentraram na Assembleia Nacional Constituinte e terminaram por compor o texto constitucional, cujo maior destaque foi a possibilidade de implantação do SUS, de fato implantado, constituindo-se como o maior avanço, em todos os tempos, da atenção à saúde em terras brasileiras.

Finalmente, esse capítulo desenha o caminho social e legal pelo qual uma cooperativa de trabalho, composta por médicos, nascida no interior de São Paulo, invade toda essa nação continental e foi guindada, pela lei brasileira, a condição de operadora de planos de saúde.

¹¹ A supremacia das leis constitucionais seria uma palavra ociosa se elas pudessem ser impunemente violadas pelos órgãos do Estado.

4.4.O Sistema de Saúde Pública (SUS) no Brasil

Segundo Carvalho (2013), a história dos cuidados com a saúde no Brasil passa, necessariamente, pela filantropia de cunho filantrópico religioso - a caridade.

As pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos. Paralelamente a isso, o Estado fazia algumas ações de saúde em casos de epidemias, como por exemplo, ações de vacinação e/ou de saneamento básico, assim como intervenção em algumas doenças negligenciadas, tais como a doença mental, a hanseníase, a tuberculose, entre outras. Só mais tarde, é que começou o atendimento às emergências e às internações gerais.

Until the 1970s, Brazilians used to joke that they had to die before the authorities paid any attention to them. Dr Hugo Coelho Barbosa Tomassini recalls how they used to have a full-time “death secretary” to administer funerals in the city of Niterói, where he was once the municipal health secretary, but only one health unit to care for the living¹²([Bulletin of the World Health Organization](#), 2008, p.248).

Um marco importante no Sistema de Saúde no Brasil, foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde no final do ano 1963, que coroava vários estudos para a criação de um sistema de saúde, de entre os quais: um sistema de saúde para todos (saúde direito de todos os cidadãos) e organizado descentralizadamente (protagonismo do município).

Nos porões da ditadura, num estado em pleno regime autoritário, o principal objetivo de um sistema de saúde era colocar a saúde como direito de todos os cidadãos e um dever consequente do Estado. Foi uma luta difícil com vários protagonistas, entre eles, partidos políticos progressistas, Prefeituras com bandeiras progressistas, movimentos populares, Universidades etc.

No Brasil, o debate continuava e as experiências e os modelos práticos iam acontecendo, até que foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal (CF).

O processo de democratização da sociedade brasileira culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que trouxe profundas mudanças na organização estatal, como a descentralização de recursos (...) esta transformação gerou o Sistema Único de

¹² Até à década de 1970, os brasileiros diziam ironicamente que tinham de morrer antes que as autoridades lhes prestassem atenção. O Dr Hugo Coelho Barbosa Tomassini lembra como eles costumavam ter um "secretário da morte" a tempo integral para administrar os funerais na cidade de Niterói, onde ele tinha sido secretário municipal de saúde, tendo apenas uma unidade de saúde para cuidar dos que ainda estavam vivos.

Saúde (SUS), que orientou sua construção pelo princípio do direito universal à saúde dos cidadãos e o dever do Estado de provê-los e com uma nova organização dos serviços, sob um comando único em cada esfera administrativa (Fleury & Ouverney, 2012, p.74).

O SUS é um Sistema formado por várias instituições (união, estados, municípios) e pelo setor privado credenciado e conveniado. Dessa forma, o serviço privado, quando contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público.

Este sistema veio permitir o acesso gratuito à saúde de todo cidadão. Até essa data, as políticas de saúde no Brasil não abrangiam toda a população e estavam vinculadas ao sistema previdenciário. O modelo de atendimento estava dividido em três categorias:

1. Os que tinham possibilidades de pagar por serviços de saúde privados;
2. Os que tinham direito à saúde pública, por serem segurados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) - trabalhadores com carteira assinada; e,
3. Os que não desfrutavam de direito algum e dependiam da caridade (Pratginestos, 2009).

Segundo o mesmo autor, a implantação do SUS unificou o sistema, já que antes de 1988 a saúde era responsabilidade de vários ministérios e descentralizou sua gestão, deixando de ser exclusiva do Poder Executivo Federal, passando a ser administrada por Estados e Municípios.

Nos dias de hoje, o SUS é responsável pela a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pelas Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, pela Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador, e pela realização de transplantes pela rede pública, além de também participar em programas de vacinação de crianças e idosos por todo o País.

Os princípios do SUS, estabelecidos pela Lei Orgânica de Saúde, em 1990 e com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, estão divididos em Princípios Organizacionais e em Princípios Ideológicos ou Doutrinários, sendo que esses últimos são: os princípios da universalidade, integralidade e da equidade.

A Lei Orgânica da Saúde estabelece, ainda, outros princípios, que se encontram descritos no quadro 4.

Quadro 4. Princípios da Lei orgânica da Saúde

Princípios da Lei orgânica da Saúde	Descrição
Preservação da autonomia das pessoas	na defesa da integridade física e moral
Direito à informação	às pessoas assistidas, sobre sua saúde
Divulgação de informações	quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário
Utilização da epidemiologia	para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
Integração	ao nível executivo, das ações de saúde, meio-ambiente e saneamento básico;
Conjugação dos recursos	sejam eles, financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
Capacidade de resolução dos serviços	em todos os níveis de assistência
Organização dos serviços públicos	de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Fonte: Elaboração própria com base em Fraga (s.d.)

4.4.1. Funções e objetivos do SUS

4.4.1.1. Funções

O SUS tem como principais funções: regular, fiscalizar e executar.

1. Função de regulação

Regular algo significa estabelecer regras para que exista, funcione de forma correta e se consigam resultados. A função de **regulação** foi estabelecida pela lei 8.666/93 que é também chamado de Estatuto das Licitações. Esta função significa, no fundo, estabelecer como devem funcionar os hospitais, quer sejam públicos ou privados, as unidades de saúde, os consultórios privados. Tem também como função legislar sobre quem pode exercer a função de médico, dentista etc.; quais são os dados essenciais que devem ser gerados pelos serviços; como serão tratadas determinadas doenças de interesse público, estabelecendo quais os medicamentos, quais as dosagens, como será feita a vacinação de adultos, crianças etc., e como as pessoas devem entrar no sistema de saúde público para serem atendidas corretamente.

2. Função de Fiscalização e controle

Segundo a CF e a Lei 8080 de 1990 (Anexo XXXIV), esses dois termos complementam-se, completando-se com um outro que é a auditoria. Os termos: fiscalizar, controlar e auditar têm em sua gênese a mesma ferramenta e processo, que é Avaliar, ou seja, usam da avaliação que é consumada, do comparar de duas coisas ou duas realidades e emitir um juízo de valor, verificando se, de fato, que as coisas estão do jeito que deveriam estar.

3. Função de Execução

É função do SUS executar, fazer as ações de saúde e isso encontra-se explícito na CF e na Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 (Anexo XXXIV). Essa função de execução das ações deve ser feita diretamente ou com recurso a terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado. Como Sistema Público de Saúde, deve, exercer ações públicas, tais como ações coletivas de promoção e proteção à saúde, para as doenças de maior interesse coletivo; ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os campos; também fazendo todos os campos como vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição, saúde da pessoa portadora de deficiência e todos os procedimentos: consultas, exames, urgências, internações, cirurgias, transplantes, etc. (Carvalho, 2013).

4.4.1.2. Objetivos principais do SUS

Sempre que falamos dos objetivos da saúde, pensamos em tratar das pessoas doentes e, muitas vezes, nos esquecemos que o maior objetivo da saúde é impedir que as pessoas adoçam.

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, “saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante o acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Também e de acordo com o mesmo documento, artigo 198, o “atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

A lei que definiu, de forma bem clara, os objetivos do SUS foi a 8080. No seu artigo 5º consta:

- Identificar condicionantes e determinantes, que passam pela garantia de alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e a serviços essenciais;
- Formular a política econômica e social com vista a diminuir o risco de doenças e outros agravos;
- Proporcionar assistência através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

(...)o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Lei 8080 de 1990, art. 2º, §1).

De acordo com Carvalho (2013), esta lei identifica o poder dos dirigentes do SUS de atuar na política de saúde, interferindo no campo econômico e social.

4.4.2. Princípios fundamentais e diretrizes do SUS

Fleury e Ouverney (2012) afirmam,

Ainda que o SUS tenha construído diversas instâncias de construção de regras coletivas, os desafios apontam cada vez mais para a necessidade de fortalecimento dos atores e a horizontalização das relações de poder. Isso demonstra que, para além dos aspectos estruturais, não se pode negligenciar a dinâmica do exercício do poder (p.83).

Como já anteriormente referido, o SUS tem o seu fundamento na CF e na Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que são a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil, hoje em dia explicado no artigo 196 da Constituição Federal (1988) que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

As diretrizes e princípios fundamentais do SUS dividem-se em: diretrizes e princípios tecnoassistenciais e diretrizes e princípios tecnogerenciais.

Os primeiros são a Universalidade, a Igualdade, a Equidade, a Integridade, a Intersetorialidade, o Direito à informação, a Autonomia das pessoas, a Resolutividade, a Epidemiologia como base. Dos segundos fazem parte a Descentralização, a Direção Única, a Regionalização, a Hierarquização, a Complementaridade do Privado e a Suplementariedade do Privado, descritas no quadro 5.

Quadro 5. Diretrizes e princípios fundamentais do SUS

Diretrizes e princípios técnicoassistenciais	Universalidade	O Direito à saúde, bem-estar, felicidade é de todos. O SUS não pode discriminar quem tem direito, nem pela positiva, nem pela negativa.
	Igualdade	Todos os cidadãos têm igualdade de acesso às ações e serviços de saúde, não devendo haver discriminação “tratar igualmente os desiguais”.
	Equidade	Pela equidade busca-se tratar diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal). No SUS, só se pode fazer equidade e tratar diferentemente a partir das necessidades de saúde.
	Integridade	A integralidade também pode ser vista sob dois prismas: o vertical que lembra a necessidade de se ver o ser humano como um todo e o da integralidade horizontal onde se entende que a ação deva abranger seus três enfoques: promoção, proteção e recuperação da saúde. Ver como um todo e agir nesse todo, de forma integral.
	Intersetorialidade	Os fatores determinantes e condicionantes da saúde devem sempre ser levados em consideração: “alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais; saúde expressando a organização social e econômica do Brasil” (Lei 8.080, art.º 3).
	Direito à informação	Todas as pessoas assistidas têm direito a todas as informações à cerca de seu estado de saúde-doença.
	Autonomia das pessoas	Aos utentes deve ser preservada sua autonomia na defesa de sua integralidade física e mental. Trata-se da liberdade de decisão dos pacientes. O cidadão só poderá usufruir da verdadeira autonomia se estiver bem informado.
	Resolutividade	As ações e serviços de saúde devem atender ao princípio de ter capacidade de resolução em todos os níveis de assistência. Devem procurar resolver os problemas das pessoas da melhor maneira possível e ao menor custo.
	Epidemiologia como base	O objetivo mais importante da epidemiologia é o estudo da morte e de doenças que sucedem em determinada população, em determinado local. Define o perfil demográfico e o perfil de morbimortalidade em relação às doenças agudas e crônicas degenerativas (hipertensão, diabetes, câncer etc.); os agravos dos acidentes de trabalho, de trânsito, de tóxicos, dos homicídios; as doenças evitáveis; as doenças tratáveis precocemente.
	Descentralização	É redistribuir de recursos e também responsabilidades, com base no entendimento de que o nível central, a união, só deve executar aquilo que o nível local, municípios e estados, não podem ou não conseguem.
	Direção única	O SUS é de responsabilidade constitucional das três esferas de governo, não podendo nenhuma delas se dispensar dessa obrigação. No município comanda o Prefeito e o Secretário Municipal de Saúde, no Estado, o Governador e seu Secretário de Saúde; e na União, o Presidente e o Ministro da Saúde. A direção única em cada esfera de governo é um complemento da descentralização.

Diretrizes e princípios técnico gerenciais.	Regionalização	As ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada, pois é fundamental à organização do SUS, mas só pode dar certo quando for uma regionalização funcional, de sentido ascendente, e nunca uma regionalização burocrático-administrativa e descendente.
	Hierarquização	A Hierarquização começa da atenção primária seguindo-se para a secundária (especialistas, internações em clínicas básicas, como pediatria, clínica e cirurgia gerais, etc.). Da secundária à terciária com profissionais e hospitais em áreas mais especializadas. Na quaternária se encontram os profissionais e hospitais superespecializados em uma determinada área, como por exemplo: cardiologia, neurologia, cirurgia plástica, etc.
	Complementaridade do privado	No art.199 da CF fica claro que a saúde está livre à iniciativa privada. Sempre que os serviços do estado não forem suficientes para atender a demanda é constitucional recorrer-se complementarmente ao privado.
	Suplementariedade do privado	No Brasil, na área de saúde, é livre a iniciativa privada e pode ser exercida e utilizada de maneira totalmente liberal. Pode, de igual forma ser organizada em forma de operadoras de planos e seguros de saúde, individuais, familiares ou coletivos, conforme faculta a legislação. Entre as operadoras de saúde existem, os seguros de saúde, que são seguradoras e não podem possuir serviços de saúde; e as empresas de Medicina de Grupo, o Sistema de Autogestão, patrocinado por empresas ou trabalhadores e as Cooperativas Médicas e Odontológicas.

Fonte: Elaboração própria com base em Carvalho (2013)

Over the past 20 years, there have been other advances, including investments in human resources, science and technology, and primary care, and a substantial decentralisation process, widespread social participation, and growing public awareness of a right to health care. If the Brazilian health system is to overcome the challenges with which it is presently faced, strengthened political support is needed so that financing can be restructured and the roles of both the public and private sector can be redefined (Paim *et al.*, 2011)¹³

Conclusão

Apesar de todas as mudanças ocorridas nas últimas décadas, com a implementação dos SUS, a saúde pública em nosso país continua, mesmo assim, a viver uma situação complicada.

Apesar do país gastar, por ano, cerca de 280 dólares por pessoa, em saúde, ultrapassando esse valor a média registrada na América Latina, a grande maioria desse dinheiro, fica no caminho, perdido nos sucessivos escândalos de corrupção, na falta de

¹³ Ao longo dos últimos 20 anos, houve outros avanços, incluindo os investimentos em recursos humanos, ciência e tecnologia, e cuidados primários, e um processo substancial de descentralização, a participação social generalizada e crescente conscientização do público do direito a cuidados de saúde. Para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios com os quais se enfrenta atualmente, é necessário apoio político reforçado para que o financiamento possa ser reestruturado e os papéis de ambos os setores público e privado, possam ser redefinidos.

mão-de-obra qualificada e na ausência de fiscalização. Assim, a população brasileira sofre com a falta de atendimento médico adequado, sendo baixíssima a qualidade de serviços de saúde pública oferecidos.

Longas filas de atendimento ambulatorio e hospitalar, unidades de assistência médica superlotadas, desvio de materiais médicos e hospitalares, administradores negligentes, em parceria com governantes corruptos. Esse é, em resumo, um dos retratos da saúde proporcionada pelo Estado Brasileiro: crianças e idosos morrendo em corredores de hospitais públicos, por falta de atendimento e medicamentos, o que é motivo de vergonha nacional.

A eficiência dos serviços de saúde é um dever da gestão pública, a quem deve ser imputada a responsabilidade de proteger e prevenir os problemas que possam atingir a coletividade (Leitão, 2015).

CAPÍTULO V – A ORGANIZAÇÃO UNIMED

“A UNIMED cumpre papel fundamental na estrutura suplementar da saúde – papel esse claro e reconhecido com a liderança nacional do setor”.

Presidente da UNIMED - Celso Barros (2008)

5.1. Introdução

A cooperação, enquanto elemento de relacionamento e de inter ajuda entre os povos data de tempos imemoriais – como por exemplo, o trabalho conjunto das caçadas – então talvez se possa dizer que a origem da cooperação surgiu com a própria humanidade, sem prejuízo da necessária competição que sempre esteve e sempre estará presente entre os homens e as organizações.

As cooperativas são uma forma de organização que tem como principal objetivo promover o desenvolvimento econômico e o bem estar social, ao mesmo tempo. Podemos, então, dizer que esta forma de organização alia o economicamente viável ao socialmente justo.

Nesse capítulo serão enfocados os seguintes aspectos: origens, estrutura organizacional, sistema cooperativo da UNIMED , UNIMED do BrASIL para o mundo, assim como a UNIMED hoje, em números.

5.2. As origens da UNIMED

Segundo Lumertz , J. (2011), a primeira cooperativa UNIMED foi fundada em 1967, por um grupo de médicos, liderados pelo Dr. Edmundo Castilho, na cidade de Santos (São Paulo). Em 1971, surgiu a UNIMED no Rio Grande do Sul e esse movimento cresceu por todo o Brasil, em pouco tempo. É esse, em resumo, a história do nascimento da UNIMED.

A primeira cooperativa UNIMED foi fundada a partir da mobilização de dirigentes do sindicato da classe, como sendo uma reação ao surgimento das primeiras empresas de Medicina de Grupo, criadas por advogados, empresários ou grupos de médicos que não se encontravam vinculados ao movimento da categoria. Segundo Akamine (1997), os médicos associados, sendo os proprietários, recebiam uma justa remuneração pelo seu trabalho, em troca de um alto padrão de atendimento aos usuários.

Segundo Fonseca (2008), o rápido sucesso da UNIMED de Santos estimulou o surgimento de diversas cooperativas médicas, inicialmente no interior de São Paulo e, depois por todo país. No início da década de setenta, apareceram as primeiras federações: São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Em 1972, foi fundada a confederação e, ao longo do tempo, foram construídas outras estruturas, com a função de prestar os serviços complementares à atividade-fim da cooperativa médica. No ano de 1977, já eram ao todo sessenta em todo Brasil.

A expansão do cooperativismo médico foi rápida em Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro; Pernambuco, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraíba (Op.cit).

(...) frente às dificuldades de assistência à saúde e, por decorrência a realização do trabalho médico e o risco da mercantilização da Medicina, levou um grupo de médicos, liderados pelo Dr. Edmundo Castilho, em 1967, na cidade de Santos (SP), a oferecer a melhor assistência à Saúde, gerar recursos necessários para qualificar o trabalho profissional e promover o crescimento contínuo (p.58).

Após a criação da ANS (Agência Nacional de Saúde) em 1999, a intervenção do poder público sobre o particular passou a ser mais regulada, normalizada e restritiva, mas apesar disso a UNIMED continua a ter um poder incontestável. É certo que ao longo da sua existência, as cooperativas de saúde foram sofrendo significativamente o impacto da regulação e dentre todas as normas a cumprir, uma, em especial, veio alterar a lógica de resultados de negócio. As operadoras no início tinham liberdade para reajustar livremente as mensalidades dos planos de saúde, hoje o índice passou a ser determinado pela ANS, limitando o reajuste mesmo em ocasiões em que as despesas superam as receitas. E esse aspecto implica impactos diretos nos resultados financeiros, tornando necessárias severas mudanças na forma de se realizar a planificação para a atuação das operadoras de saúde privadas.

5.3. UNIMED- Algumas considerações

A página inicial da UNIMED do Brasil traz uma descrição sucinta sobre o que significa o Sistema UNIMED:

A UNIMED é a maior realidade cooperativista na área da saúde em todo o mundo e também a maior rede de assistência médica do Brasil, presente em 83% do território nacional. O Sistema nasceu com a fundação da UNIMED Santos (SP) pelo Dr. Edmundo Castilho, em 1967, e hoje é composto por 368 cooperativas médicas, que prestam assistência para mais de 19 milhões de clientes e 73 mil empresas em todo País.

A UNIMED é o maior sistema cooperativista do mundo e a maior rede de assistência do Brasil (UNIMED, 2010, *cit.in* Toledo *et al.* 2011), estando presente em 83 % do território nacional, através de 375 cooperativas médicas, 109 mil médicos e uma extensa rede de clínicas e hospitais, prestando assistência a mais de 16 milhões de pessoas e 73 mil empresas em todo o Brasil.

Clientes UNIMED contam com mais de 110 mil médicos, 3.244 hospitais credenciados, além de pronto-atendimentos, laboratórios, ambulâncias e hospitais próprios e credenciados para garantir qualidade na assistência médica, hospitalar e de diagnóstico complementar oferecidos.

Além de deter 34% do mercado nacional de planos de saúde, a UNIMED possui lembrança cativa na mente dos brasileiros. De acordo com pesquisa nacional do Instituto Datafolha, a UNIMED é pelo 21º 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 11ª vez consecutiva, na pesquisa Marcas de Confiança.

Moreira (2012), de maneira jocosa, afirma sobre alguns elementos somente existentes no Brasil: jabuticaba, samba-enredo, ponto facultativo e a UNIMED e, em seguida, assim se reporta: “Cooperativas de saúde existem em todo mundo, porém não há nada comparável ao modelo de cooperativa de trabalho médico, que só existe em grande escala no Brasil (...) é simplesmente o maior sistema de assistência à saúde controlada por médicos em todo mundo.

No capítulo II desse trabalho, relembre-se, foi analisado à exaustão o cenário da saúde no Brasil, desde o descobrimento, até os dias atuais e, de maneira especial, a ebulição dos anos 60, que propiciou o nascimento da UNIMED, o que não invalida algumas incursões, ainda, sobre o tema.

Possamai (2009) afirma que a medicina assistencial no Brasil atravessava um período de grande efervescência. A criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo decreto-lei nº 72, proporcionou que todos os trabalhadores previdenciários passassem a ter acesso à assistência médica gratuita. Paralelamente a essa nova forma de assistência médica realizada pelo Sistema Público de Saúde aos trabalhadores, começaram a aparecer empresas de Medicina de Grupo,

oferecendo à camada social com melhores condições financeiras, assistência à saúde, por meio de médicos contratados.

Um fato, entretanto, se destaca como óbice à criação da UNIMED: a inexperiência tanto dos médicos, como gestores, bem como do cooperativismo em si, para se aventurarem na gestão de algo tão complexo, como dirigir a assistência à saúde de uma parte, mesmo mínima, da população.

A UNIMED foi pioneira, enfrentando assim a falta de uma experiência que lhe permitisse replicá-la nessa fileira de atividade. O exemplo disponível se restringia às cooperativas agrárias e de consumo o que comporta significativas diferenças com a complexidade e especialização que a prestação de serviços de saúde envolve.

Até o ano de 1965, as cooperativas que reuniam trabalhadores (ditas cooperativas de trabalho) eram constituídas por mão-de-obra semiqualficada ou trabalhadores braçais. Elas seguem aumentando seu número, mas a partir desse mesmo ano que começaram a surgir cooperativas reunindo profissionais e técnicos especializados. Estas cooperativas são integradas por profissionais qualificados, enfrentando problemas no mercado de trabalho (desemprego ou dificuldade de manter-se como profissional autônomo). Eles buscam, na cooperativa, um meio de manter-se no exercício de sua profissão.

Dentre todas, o tipo que maior expansão apresentou, foram as cooperativas que reúnem médicos que, na sua condição de profissional liberal, estavam estabelecidos como profissionais autônomos. E entre essas, a absoluta maioria integrou-se sob a sigla UNIMED. Nessas, o médico buscava o incremento de sua renda por meio de um maior afluxo de clientes em seu consultório.

Para melhor compreensão desta problemática impõe-se, alguns fatos de relevância para o surgimento da UNIMED:

- Expansão das Escolas de Medicina e conseqüente aumento do número de médicos;
- Aumento do número de especialidades médicas e uma crescente dependência dos médicos a serviços auxiliares de exames e terapias;
- o encarecimento dos serviços de assistência determinando um decréscimo da clientela dita particular;

- Com a proletarização da atividade médica, os médicos estavam sendo empurrados para “múltiplos credenciamentos, quanto possíveis, com reflexos na qualidade dos serviços prestados (despersonalização do trabalho médico);

- A busca do lucro pelos empresários determinava queda de qualidade da atividade médica.

Lumertz (2011) faz um resumo daquele momento histórico do nascimento da UNIMED.

(...) frente às dificuldades de assistência à saúde e, por decorrência a realização do trabalho médico e o risco da mercantilização da Medicina, levou um grupo de médicos, liderados pelo Dr. Edmundo Castilho, em 1967, na cidade de Santos (SP), a oferecer a melhor assistência à Saúde, gerar recursos necessários para qualificar o trabalho profissional e promover o crescimento contínuo (p.58).

Essa data histórica de fundação da UNIMED de Santos foi 18 de dezembro de 1967.É de bom alvitre recordar as palavras do próprio Dr. Edmundo Castilho, quando diz que

a primeira vez que eu ouvi falar em Cooperativismo Médico foi mais ou menos nos anos de 1965/1966. Nessa época, o professor Alipio Correia Neto procurou-o, pedindo-lhe que marcasse uma reunião na Associação dos Médicos de Santos, sob o patrocínio do Sindicato dos Médicos – o qual era presidido por Castilho, a fim de falarem sobre uma proposta cooperativista de assistência médica. Naquela altura, o Dr. Alipio destacou que o ponto forte do Cooperativismo era a luta contra a intermediação. Aquilo bateu e ficou.

De acordo com Schmidt (1992), Castilho, nas comemorações dos 25 anos de fundação da UNIMED, disse:

Como presidente do Sindicato, (...) propus a união da comunidade santista para criar o que eu chamava de Seguro Comunitário (...)Eu me senti literalmente sozinho, mas pensei: não vou parar, não! Então, defini o seguinte: o sindicato vai patrocinar, sensibilizar e unir a classe médica, através de uma sociedade civil aberta. Essa sociedade não terá fins lucrativos, contará com uma estrutura empresarial e terá por objetivo combater, no campo prático, a medicina de grupo e o mercantilismo. Com isso, eu uniria hospitais e médicos, impedindo que os hospitais se fechassem e se transformassem em medicina de grupo. Estaria combatendo não só o mercantilismo, como também o estatismo da assistência médica. (...) Então, contratei a Sociplan, uma empresa de planejamento e consegui arregimentar alguns médicos. Foi quando chegamos à conclusão de que a sociedade civil que eu havia concebido era uma cooperativa. Fomos aos órgãos do Cooperativismo de São Paulo e até convencê-los da viabilidade da Cooperativa de Trabalho Médico foi muito difícil (pp.50,53).

Irion (1997) reafirma o Dr. Edmundo Castilho, ao dizer que a iniciativa foi ousada, porque se tratava da criação de uma forma peculiar e inédita de cooperativa de trabalho, destinada a enfrentar e vencer obstáculos doutrinários, legais, tributários e operacionais, e que na época, o cooperativismo brasileiro passava pela fase de tutela governamental. A UNIMED, enquanto pioneira, teve que superar a resistência oficial para a sua implantação uma vez que os órgãos de controle consideravam o

cooperativismo restrito à produção e ao consumo, voltado para as classes culturalmente menos favorecidas e não para o trabalho de profissionais de nível universitário. Entendiam, alguns burocratas, que a cooperativa era, apenas, um meio dos médicos se esquivarem de tributação.

Finalmente, uma observação importante de natureza doutrinária: a fundação da UNIMED não se deveu apenas a interesses econômicos e profissionais. Havia, também, interesses de natureza ética, a que todos os médicos estão submetidos. A criação da UNIMED teve uma motivação basilar: “a defesa do artigo 3º, do então vigente Código de Ética Médica, a adoção da Livre-Escolha do médico pelos pacientes e o atendimento personalizado do cliente realizado em consultório médico.”

Criada a primeira UNIMED, havia um longo caminho a percorrer. Monteiro (2005) lança luz a esse percurso inicial, dando-nos conta de que, entre 1967 e 1972 as organizações UNIMED sentiam-se irmanadas num ideal comum, mas sem uma unidade formal, como era espectral em matéria de ciências empresariais, e acabou por se sentir a necessidade de criar uma instância que as congregasse a nível nacional. Essa entidade iria facilitar o processo de expansão das cooperativas, unificando a imagem do grupo, o patrimônio industrial e o logotipo. Tratou-se, pois, de um passo fundamental para o crescimento e solidificação da marca UNIMED.

Com o passar do tempo, a UNIMED conseguiu se posicionar no mercado. Vencidas as dificuldades iniciais, as cooperativas denominadas Meds, tais como, Medminas, a Medpar e a MedSan, dentre outras, incorporaram-se ao sistema. As cooperativas UNIMEDs se disseminaram no Brasil, consolidando o sistema em âmbito nacional”.

Após se passar tanto tempo, o presidente da UNIMED do Brasil, Celso de Barros, no livro UNIMED, 40 anos de cooperativismo médico no Brasil (2008), afirmou que a UNIMED cumpre papel fundamental na estrutura de saúde do Brasil – o que, aliás, é reconhecido com a liderança nacional do setor.

5.4. Estrutura organizacional da UNIMED

O Complexo Multicooperativo e Empresarial UNIMED é definido como o agrupamento numa instituição, com três tipos de cooperativas, juntamente com instituições não-cooperativas, umas com espírito lucrativo, outras não.

Segundo Duarte (2001), atualmente, a organização UNIMED reúne dois diferentes “sistemas”, ou segmentos de diferentes atividades e naturezas jurídicas:

1. O sistema multicooperativo, que congrega o sistema UNIMED que inclui:

- Cooperativas de trabalho médico;
- O sistema UNICRED – cooperativas de economia e crédito mútuo;
- e Cooperativas USIMED – cooperativas de consumo.

2. O sistema empresarial, que abrange instituições não Cooperativistas, representadas por empresas de capital com o objetivo de lucro e uma fundação sem fins lucrativos. São:

- UNIMED Seguradora;
- UNIMED Corretora de Seguros;
- UNIMED Participações;
- UNIMED Administração e Serviços;
- Fundação Centro de Estudos UNIMED
- UNIMED Sistemas;
- UNIMED Produtos e Serviços Hospitalares e
- UNIMED Tecnologia, Comércio, Indústria e Serviços Ltda. (UNINTEL).

Na figura que se segue, exprime-se uma panorâmica da complexidade da UNIMED.

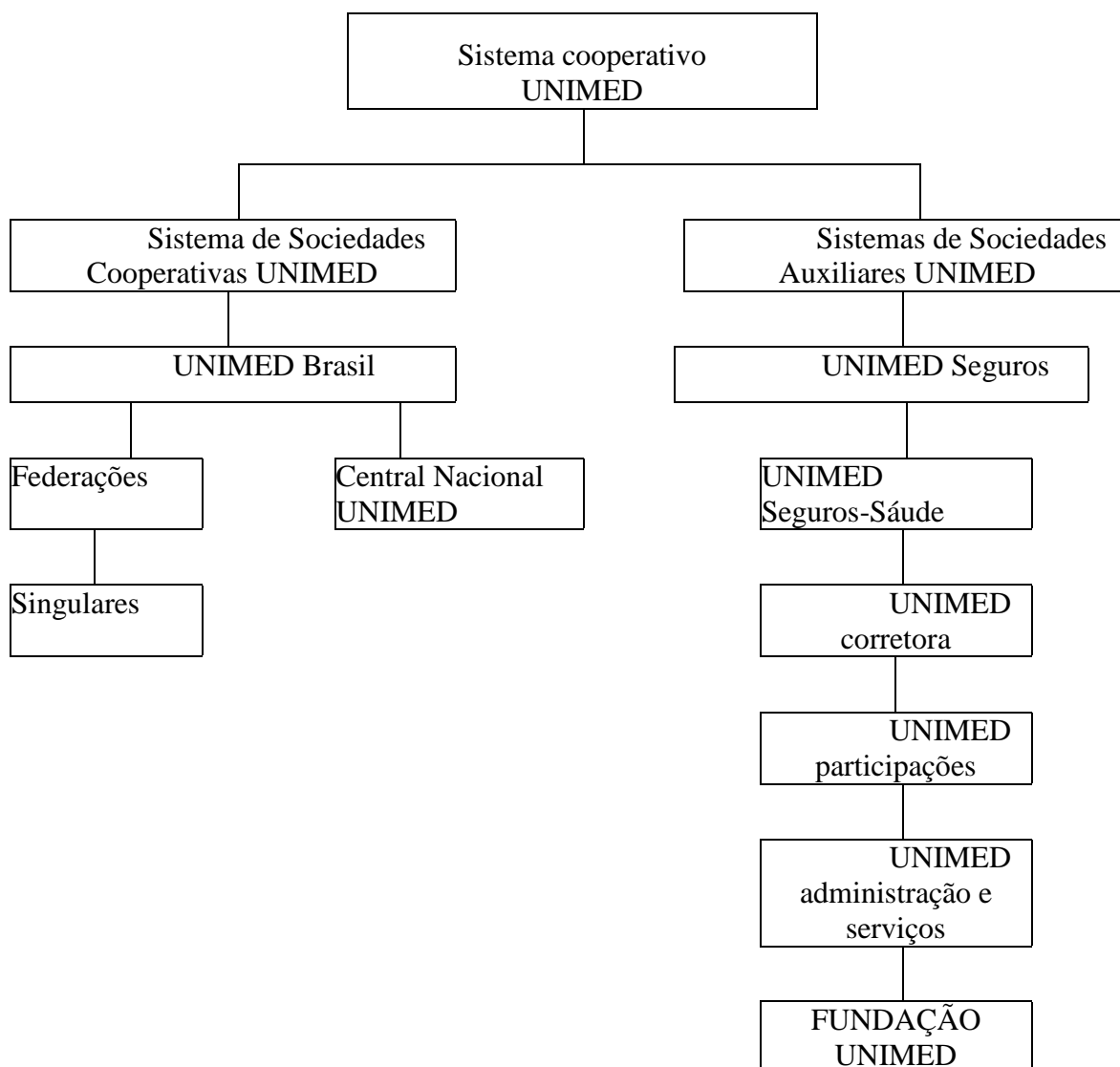


Figura 3. Constituição do sistema cooperativo da UNIMED (Fonseca, 2008).

5.4.1. Sistema Cooperativo UNIMED

A UNIMED como cooperativa, negocia, em nome dos profissionais, contratos de prestação de serviços. É uma empresa cujo produto final é um conjunto de serviços de assistência médica e hospitalar e cujos clientes podem ser tanto pessoas físicas que compram planos de saúde individuais ou familiares, como pessoas jurídicas que oferecem assistência médica aos seus funcionários - planos de saúde coletivos.

Segundo a UNIMED do Brasil (1994), a sua principal missão é a de agregar profissionais médicos para a defesa do exercício liberal, ético e qualitativo da sua profissão, com adequadas condições de trabalho e remuneração justa, além de proporcionar, à maior parcela possível da população, um serviço médico de qualidade, personalizado e a custo compatível.

A sua estrutura, segundo Duarte (2003), encontra-se organizada em “cooperativas de diferentes graus”, constituídas como se segue:

- ❖ Cooperativas de primeiro grau, ou basilares, denominadas de “singulares”, com áreas de atuação exclusivas (um ou mais municípios).
- ❖ Cooperativas de segundo grau, ou federações que, dependendo da sua área de atuação, podem ser intrafederativas – estaduais ou regionais – e interfederativas, todas com o mesmo *status* no organograma do sistema. A Central Nacional UNIMED, operadora criada em 1998 para atender às determinações da Lei 9.656, é também classificada como de segundo grau.
- ❖ Cooperativa de terceiro grau, constituída pela confederação de âmbito nacional.

Os médicos associam-se às cooperativas de primeiro grau, as quais se vinculam às federações que, por sua vez, estão ligadas à confederação. A função das cooperativas em todos os graus é a de prestar serviços aos seus associados e todas elas operam planos de saúde, em geral de cobertura correspondente ao seu nível de agregação.

As Cooperativas UNIMEDs de segundo e terceiro graus podem negociar contratos quer com empresas de âmbito de atuação regional quer com empresas de atuação nacional. As singulares, em geral, atuam na esfera local, embora também ofereçam planos de abrangência nacional.

De acordo com Vlainich (2014), algumas singulares (como é o caso da UNIMED São Paulo, Brasília) vieram a sucumbir, e isso representou um enorme peso para o sistema e para uma imensa quantidade de pessoas que delas dependiam, o aumento de normas regulatórias, além da concorrência mais profissionalizada e, como todas as empresas e corporações inseridas em mercados competitivos, esta situação tem levado as UNIMEDs a rever e aprimorar sua Governança procurando tudo que ela pode proporcionar: sua perpetuação, sustentabilidade, minimização de conflitos de interesse e interação entre os *stakeholders*.

As interfederativas são seis, e representam os polos geoeconómico-políticos em que foi dividido o mapa do Brasil:

- a Região Norte/Nordeste;
- a Região Centro-Oeste;

- a Região Sul, transformada em Mercosul;
- a Região Sudeste, politicamente mais importante, foi subdividida em três interfederativas: Minas; São Paulo e Rio de Janeiro / Espírito Santo.

Desde 1997, altura em que a Federação Norte/Nordeste se decretou grupo dissidente do complexo, fundando a “Aliança UNIMED”, tem existido uma disputa interna pela adesão das singulares e federações e pelo direito de uso da marca UNIMED. No entanto, dados de 2009, mostram que o sistema tinha, a essa data, 16 milhões de clientes, 109 mil médicos cooperados, setenta e três mil empresas contratantes e cinquenta mil empregos diretos (Aquino, 2010).

Em de 1998, foi criada a Central Nacional UNIMED, uma cooperativa de segundo grau, que passou a ser a operadora do sistema, responsável pela comercialização dos planos de saúde. As singulares passaram a ser associadas da Operadora e da Confederação. Esta última teve o seu quadro diretivo reduzido e passou a representar o braço institucional e político do sistema.

A estrutura diretiva das cooperativas varia de acordo com o porte e peculiaridades, todas elas apresentam como instâncias decisórias máximas os seguintes órgãos: Assembleia Geral, Conselho Fiscal, Conselho de Administração, Diretoria Executiva, Comissão Técnica e/ou Ética e outras comissões.

A Assembleia Geral é o órgão máximo de cada cooperativa, dirigido pelo seu presidente e é constituído pela reunião de todo o quadro social ou por delegados eleitos. Há dois tipos de Assembleias Gerais: a ordinária e a extraordinária. A primeira reúne-se anualmente com pauta específica: reunião dos conselhos de administração e fiscal, aprovação do orçamento e acompanhamento da gestão. As Assembleias Extraordinárias reúnem-se em qualquer época, quando convocadas pelo Conselho de Administração ou Fiscal ou por sócios, para decidir sobre quaisquer assuntos do interesse da cooperativa, como, por exemplo: reforma de estatutos, aprovação ou reforma de regimentos, exame de atos de direção, destituição de diretores, preenchimento de cargos vagos, etc.

O Conselho Fiscal é um órgão independente do Conselho de Administração e responde diretamente à Assembleia Geral. É constituído por conselheiros titulares e suplentes, reunindo mensalmente. Compete-lhe examinar as contas da cooperativa, além de fiscalizar os seus registos e todos os atos administrativos e políticos do Conselho de

Administração e da Diretoria Executiva. O Conselho é obrigado a apresentar na Assembleia Geral Ordinária o seu parecer sobre o relatório e balanço anual da cooperativa. No exercício de suas funções, independente do Conselho de Administração, da Diretoria Executiva ou do presidente da cooperativa, pode contratar auditoria para assessorá-lo, é eleito pela Assembleia Geral, é obrigatória a renovação anual de parte dos seus membros. Os integrantes não podem ter laços de parentesco até segundo grau com os integrantes do Conselho de Administração.

O órgão que estabelece a política administrativa da Cooperativa é o Conselho de Administração, em consonância com a Assembleia Geral e os estatutos. O número de conselheiros e a duração do mandato variam de acordo com os estatutos, no entanto o mandato não pode exceder quatro anos. Em geral, nas UNIMEDs, entre os conselheiros, três têm funções específicas: o presidente do Conselho é o presidente da Cooperativa e outros dois integrantes são o vice-presidente e o superintendente. Outras funções, com outras denominações específicas, podem ser dadas a outros conselheiros; os restantes, que não possuem funções específicas, recebem a designação de conselheiros vogais.

Os membros do Conselho com funções específicas constituem a Diretoria Executiva.

O Conselho é eleito em Assembleia Geral, em processo que pode variar entre dois modelos:

1. Todo o conselho é eleito em bloco e com igual período de mandato para os seus membros. A eleição é feita com a apresentação de listas completas, com especificação dos candidatos a presidente, vice-presidente, superintendentes e vogais.

2. Cada candidato concorre individualmente a uma vaga de vogal. São considerados eleitos os mais votados. O mandato do conselheiro é de três anos e, a cada ano, o conselho renova um terço de seus membros. Para tanto, na primeira eleição realizada nesta modalidade, é conferido mandato de três anos a um terço dos candidatos mais votados. O terço com votação intermediária recebe mandato de dois anos e o terço de candidatos menos votados tem mandato de um ano. Nas eleições seguintes, a Assembleia substitui o terço de conselheiros cujos mandatos se extinguem. Os membros da Diretoria Executiva são eleitos internamente no Conselho para mandato de um ano.

A Comissão Técnica e de Ética têm como função o exame das contas médicas, assim como para verificar e julgar o procedimento dos cooperados em relação aos estatutos e regulamentos da cooperativa. As demais comissões executam as funções para as quais foram criadas.

As cooperativas conseguiram sobreviver e sobressair no mercado capitalista, o uso desta nova ferramenta proporcionou melhores práticas, há que aperfeiçoá-las e avaliar para que realmente funcionem como o desejado, pois não há pior prática de governança que usá-las como meros instrumentos de marketing quando devem representar potente e consistente diferencial competitivo (Vlanich, 2014).

5.5. UNIMED do Brasil para o mundo

O trabalho bem-sucedido da UNIMED passou a ser visto como paradigma na área da saúde mundial. Tornou-se reconhecido e ambicionado internacionalmente. A partir dos anos 80, líderes do Sistema UNIMED começaram a receber convites de outros países para darem a conhecer o modelo existente no Brasil, as suas vantagens e as dificuldades encontradas (Fonseca, 2008).

Uma das primeiras viagens foi a Barcelona, em Espanha, onde estava instalada uma crise no atendimento médico. Essa viagem contribuiu para que em Espanha fosse criada uma estrutura semelhante à brasileira, mas também fez com que Espanha passasse a ser a segunda pátria do mundo a oferecer uma assistência médica cooperativista. Posteriormente a esta viagem, muitas propostas surgiram da parte de vários outros países, tais como de Portugal, Estados Unidos, República Dominicana, Guatemala e Japão.

Também os países latino-americanos demonstraram interesse em reproduzirem o modelo. No ano de 1983, médicos do Paraguai, deslocaram-se ao Brasil para conhecer em detalhe a proposta e partir dessa experiência, criaram a UNIMED do Alto do Paraná.

Em 1994, com a criação da UNIMED Mercosul e da Câmara de Compensação, os usuários começaram a ser atendidos, em casos de urgência e emergência em terras paraguaias.

De acordo com Fonseca (2008), representantes da Rússia e da Letônia visitaram a UNIMED do Brasil e colheram informações para dar início aos estudos para

a implantação de cooperativismo médico nos seus países. O modelo brasileiro também bem aceito na Colômbia, chegou a ter 3 mil profissionais associados em mais de 138 cidades e cerca de 1.2 milhões de associados.

Com o crescimento das demandas externas, a UNIMED do Brasil criou, no ano 1992, a Assembleia Internacional, que posteriormente foi transformada em gerência internacional.

Segundo (2008), também nesse ano, durante o 1º Fórum Latino de Cooperativismo de Cooperativas de Saúde, a UNIMED foi reconhecida como a entidade cooperativa líder do setor de saúde nas Américas.

No ano de 1996, numa atuação conjunta com a Associação de Cooperativas de Saúde do Japão e a *Fundación Espriu* da Espanha, criou a IHCO (*International Health Cooperative Organisation*), que é um órgão setorial da ACI (Assessoria de Cooperação Internacional), que por sua vez é ligada à Organização Mundial da Saúde (OMS) e à Organização das Nações Unidas (ONU), a fim de aproximar as cooperativas de saúde de todo o mundo.

Em Abril de 2005, a exportação do formato brasileiro foi incentivada por representantes de cooperativas de diversos países. No ano de 2006, o acréscimo no vínculo entre as cooperativas de saúde e a promoção do seu desenvolvimento foi foco das primeiras Jornadas “Las cooperativas de Salud de América – Realidad del presente, necesidad del futuro”, organizada pela Federación Argentina de Autoridades Solidárias de Salud, Cooperativa Ltda (FAASS).

Com a co-organização da UNIMED do Brasil e com o patrocínio da IHCO, outro acordo foi assinado, em agosto desse mesmo ano, na Universidade de Ohio, que é considerada uma das mais tradicionais organizações de ensino superior americana da IHCO Américas, ficando responsável pela coordenação das ações dessa instituição no continente americano.

Segundo Fonseca (2008), todo este intercâmbio de ideias e experiências vivenciado pela UNIMED proporcionou uma grande aprendizagem aos seus dirigentes.

A conclusão que se apresenta é que a UNIMED é uma organização em permanente construção, com uma capacidade de adaptação extrema, adequando-se a diferentes realidades, ideológicas, econômicas, políticas e sociais, pois adequou os

princípios universais do cooperativismo a um pioneirismo criativo estritamente brasileiro.

É impossível prever-se o futuro, mas pelo passado e pelo presente, é de se acreditar que a caminhada será um retumbante sucesso. Pois,

a avaliação deve entender-se como uma sucessão de três passos. O primeiro é da determinação dos objectivos da acção. O segundo é o da recolha da análise dos resultados desta acção. O último é o da apreciação dos resultados e o eventual desvio entre o que se pretendia e o que se alcançou (Alves, 2009, p.29).

5.6. A UNIMED hoje, em números

Em excelente trabalho, denominado Panorama da Saúde Suplementar do Brasil, elaborado pela Gestão Estratégica da UNIMED do Brasil, a UNIMED do Brasil detalha números absolutos e comparativos importantes para análise. Esse trabalho ater-se-á àqueles números que considerar mais emblemáticos e explicativos, tais como: posição das cooperativas médicas, rede de prestadores (particular e SUS), o Sistema UNIMED, comparações Mercado X UNIMED, reconhecimento da marca UNIMED e ações de responsabilidade social do Sistema UNIMED.

Apresentamos na gráfico 1 um esquema evolutivo das operadoras médico-hospitalares em atividade no Brasil, desde dezembro de 1999 a dezembro de 2013.

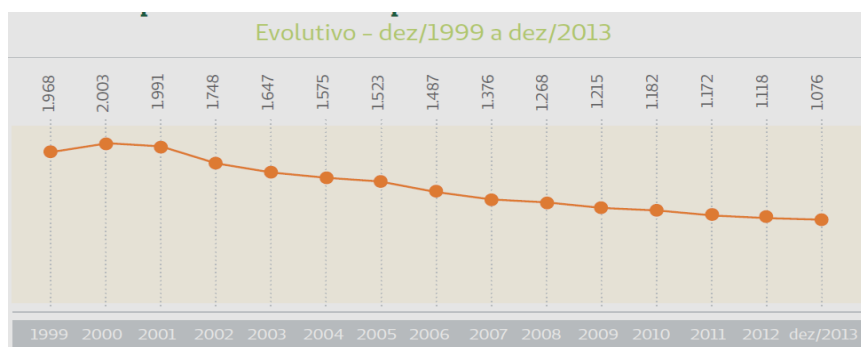


Gráfico 1. Operadoras médico-hospitalares em atividade no Brasil – dez/2001 a set/2014 (Fonte: ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar – Caderno de Informação de Saúde Suplementar. Benefícios, Operadoras e Planos, Ed. dezembro/2014)

Este gráfico demonstra uma concentração acentuada no setor de operadoras dos planos de saúde e a razão principal desse fato é, seguramente, a ação governamental, no setor de Saúde Suplementar, associada a uma maior defesa dos direitos dos consumidores de planos de saúde. Operar um plano de saúde não mais pode ser uma

atividade amadora, como nos primeiros tempos; assim, as pequenas operadoras ou desapareceram ou foram incorporadas o que gera maior segurança para o sistema.

De acordo com o gráfico 2 verificamos que as Medicinas de Grupo e o Sistema UNIMED constituem os sistemas de maior adesão da população brasileira, no mercado de Saúde Suplementar.

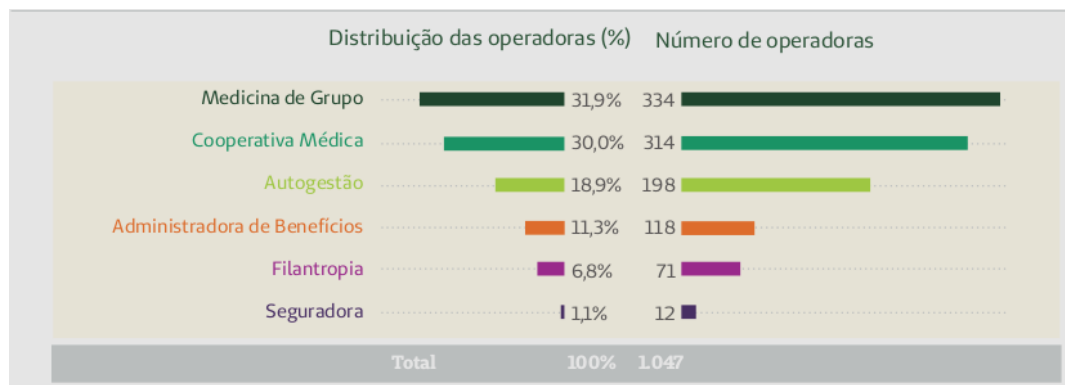


Gráfico 2 . Distribuição nacional das operadoras médico-hospitalares por modalidade set/2014 (Fonte: ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar – Caderno de Informação de Saúde Suplementar. Benefícios, Operadoras e Planos, Ed. dezembro/2014)

Essa tendência é praticamente imodificável, visto que os entraves legais e burocráticos pressupõem profissionalização administrativa e segurança financeira para enfrentamento de sinistros, muito peculiares nesse mercado.

Em relação aos Beneficiários de planos médico- hospitalares no Brasil, em setembro de 2014, e pela leitura da figura 4, é evidente que um quarto da população brasileira, que teoricamente demandaria os serviços do SUS, mesmo pagando seus impostos, contribuem com recursos próprios para o seu atendimento em saúde, no Sistema de Medicina Suplementar.

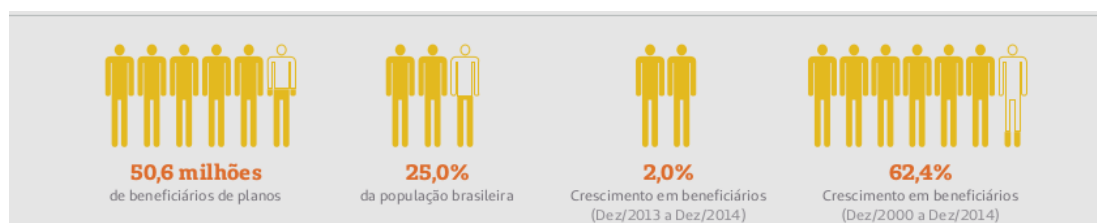


Figura 4. Beneficiários de planos médico- hospitalares no Brasil, set/2014 (Fonte: ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar – Caderno de Informação de Saúde Suplementar. Benefícios, Operadoras e Planos, Ed. dezembro/2014 e IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Estimativa Populacional divulgada em 28/08/2014)

Doutro lado, os 62,4 % de crescimento, de 2000 a 2014 demonstra ser um segmento ainda em plena expansão. Fato ainda a destacar é que o uso de tecnologia de ponta, em saúde, em vários segmentos e especialidades médicas, no setor Saúde

Suplementar, obrigam ao SUS a uma readequação e reformulação de normas e procedimentos.

Os gráficos 3 e 4 dão-nos informação detalhada, em números absolutos e comparativos com a população brasileira.

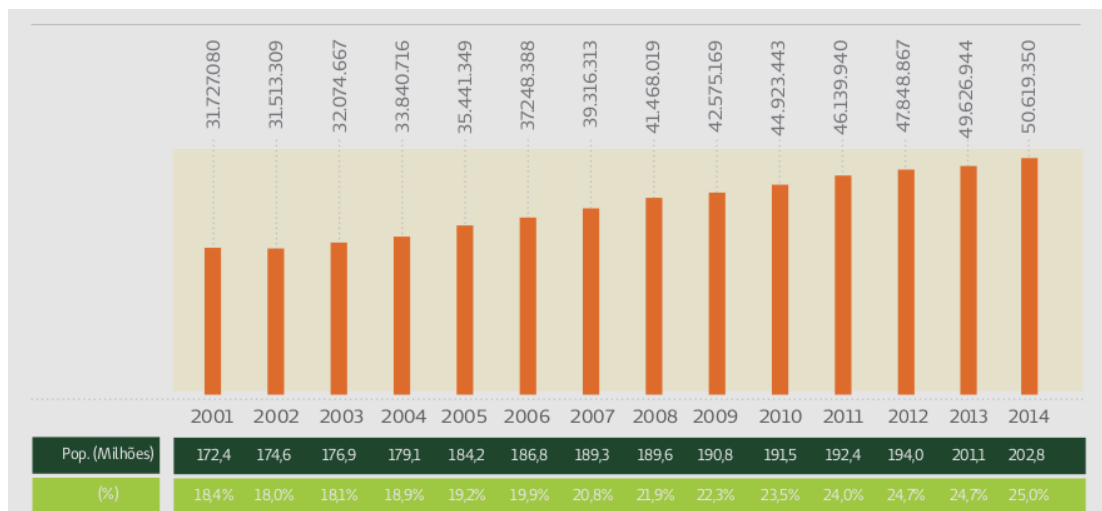


Gráfico 3. Evolução de benefícios em Vínculos a planos médico-hospitalares de 2001 a 2014
(Fonte: ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar – Caderno de Informação de Saúde Suplementar. Benefícios, Operadoras e Planos, Ed. dezembro/2014 e IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Estimativa Populacional divulgada em 28/08/2014)

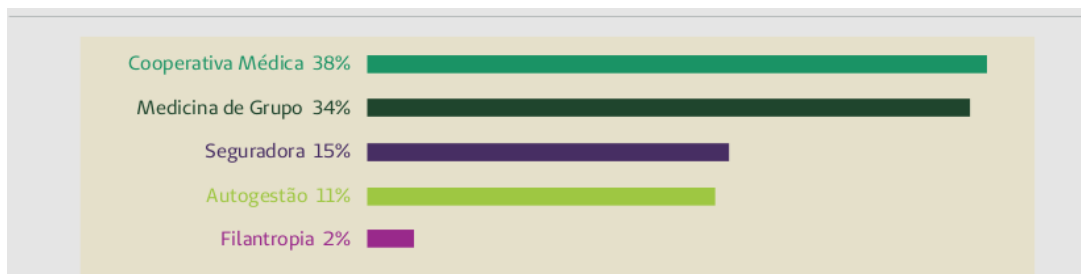


Gráfico 4. Distribuição dos beneficiários entre as operadoras médico-hospitalares, jun/2014 (Fonte: ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar – TABNET- Setembro/2014)

A liderança, por número de usuários, dado dos mais importantes, é do Sistema UNIMED e a análise dos porquês desse fato será vista em outros gráficos que se seguirão, mas adiantando, pode-se afirmar se tratar de uma maior capilaridade no território nacional, maior credibilidade como prestação de serviços, maior credibilidade como marca, entre outros fatores.

O mercado, em qualquer que seja o setor da economia e atividade humana, procura os percursos mais fáceis e mais lucrativos. As regras emanadas da ANS e as leis de proteção e respeito ao consumidor, vigentes no Brasil, fazem com que as decisões

das operadoras (Medicina de Grupo ou UNIMED) se tornem mais cautelosas. Fica, portanto, mais difícil negociar com cada consumidor individualmente, com as suas particularidades e fica mais fácil a negociação com um ser coletivo.

De acordo com a leitura do gráfico 5, podemos concluir que a proporção entre os planos coletivos e individuais entre as operadoras de plano de saúde (80% x 20%) e o Sistema UNIMED (57% x 46 %) é indicador da diferenciação ideológica e filosófica entre esses dois distintos sistemas.

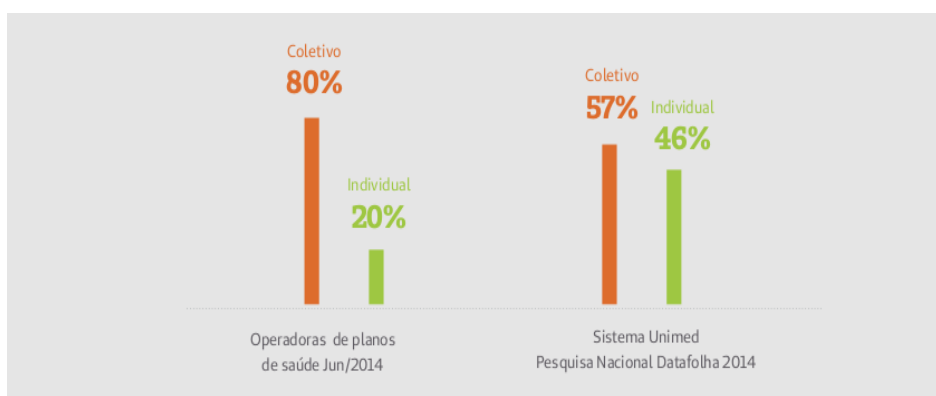


Gráfico 5. Distribuição dos beneficiários de planos de saúde por tipo de contratação Operadoras de planos de saúde vs. UNIMED, jun/2014(Fonte: ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar – TABNET- Setembro/2014 e Pesquisa Nacional Datafolha 2014 contratada com exclusividade pela UNIMED do Brasil, realizada com a participação brasileira (18 ou mais anos) possuidora de plano – (989 entrevistas)

Como é criada e dirigida por médicos (sentimento de humanização de ações) e o sistema cooperativo não persegue o que se denomina “lucro”, força propulsora do capitalismo, entende-se perfeitamente porque os usuários individuais e coletivos estão em quantidades tão próximas.

Um perfeito retrato do Sistema UNIMED é apresentado na figura 5, a qual demonstra que o maior destaque está no mercado de trabalho, quase 100.000 empregos diretos, mais de 100.000 médicos cooperados e a quase totalidade do território nacional cobertos.

GESTÃO DO COOPERATIVISMO MÉDICO NO BRASIL – Um estudo sobre o Sistema UNIMED
(Cooperativa de trabalho do médico)

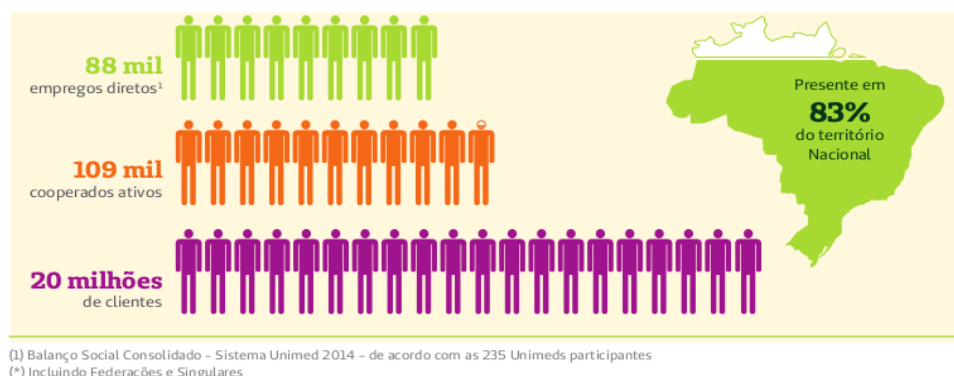


Figura 5. Mercado de trabalho da UNIMED (Fonte: CADU – UNIMED Brasil – Dezembro/2014 - competência 11/2014)

Como as Medicinas de Grupo se constituem de muitas empresas diferentes, diferentes direções e distintas governanças, a UNIMED, mesmo levando em conta a singularidade de cada cooperativa, se perfaz, do ponto de vista prático e operacional, como sistema monolítico.

Afigura 6, que segue mostra o Sistema UNIMED em números e a franca expansão, de acordo com dados de crescimento relativos aos anos de 2012 e 2013.



Figura 6. Dados de crescimento da Unimed entre 2012 e 2013(Fonte: Balanço Social Consolidado – Sistema UNIMED 2014 – de acordo com as 235 UNIMEDs participantes)

A pirâmide organizacional é entendível, inteligível e operacional. O importante é que esse sistema é dinâmico e acompanha as modificações internas (diz respeito aos mecanismos operacionais) e externos (com respeito ao mercado) e a criação, em um

único ano, de 12.483 novos postos de trabalho é sinalizador mais que suficiente para a análise do presente e, principalmente, futuro desse sistema.

A figura seguinte faz referência à rede de hospitais UNIMED. Destaca a segurança dentro do Sistema UNIMED e segurança, nesse particular, rima com independência. Ao possuir uma rede própria de 11 hospitais, 11 hospitais-Dia, 202 prontos Atendimentos, 90 laboratórios, 94 centros de diagnósticos, 122 farmácias e 8.528 leitos o Sistema UNIMED tem certeza de que independe da vontade solitária de prestadores e possui um sistema basilar para os seus gastos com a rede credenciada.



Figura 7. Rede de Hospitais UNIMED (Fonte: Área de recursos próprios da UNIMED Brasil)

Ganha em duas pontas. Primeiro, quando presta serviço para si mesma. Segundo, quando ao prestar esse serviço, tem a perfeita noção de custo do mesmo e pode discutir, com a rede credenciada, com a propriedade de quem sabe o que está pagando e o preço efetivamente justo para esse pagamento.

O vasto número de credenciados é uma decorrência da expansão do setor e sua liderança em número de usuários, entretanto é de relevância observar a meta de investimento do sistema.

A figura 8 mostra a classificação dentro do sistema, em UNIMEDs de pequeno, médio e grande porte.

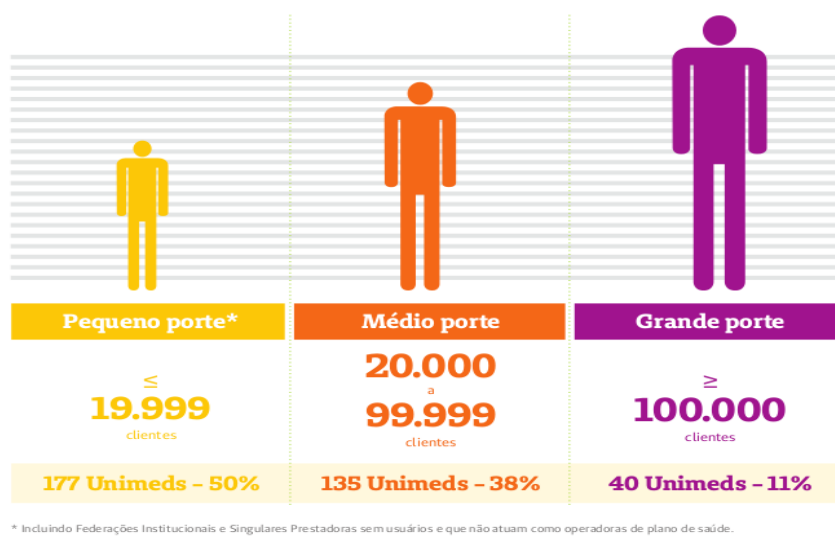


Figura 8. Distribuições das UNIMEDs no Brasil por porte (Fonte: CADU – UNIMED do Brasil – Dezembro/2014 – Competência 11/2014)

É evidente que as UNIMEDs de grande porte determinam a liderança e pujança numérica do sistema, entretanto são as UNIMEDs de pequeno porte que permitem a capilaridade aos mais longínquos rincões da pátria brasileira. Essa união, na diversidade de tamanho das operadoras, permitem o ótimo desempenho do sistema em sua totalidade.

Em relação ao número de médicos ativos no Brasil e de acordo com a leitura da figura 9, podemos dizer que o número caminha para meio milhão e o destaque é que o Sistema UNIMED congrega em torno de 25% desse quantitativo.

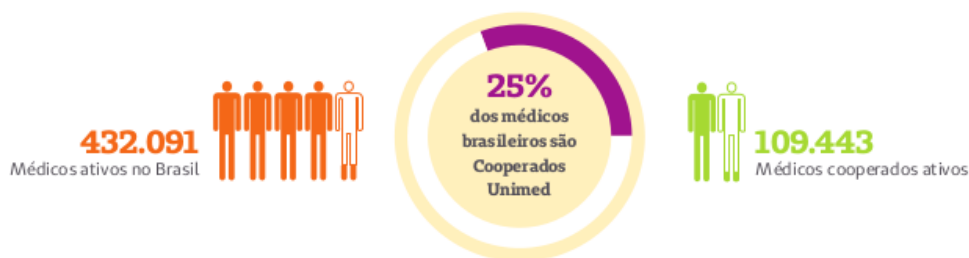


Figura 9. Proporção de médicos no Brasil (Fontes: CFM - Conselho Federal de Medicina – visualizado em 14/01/2015 e CADU – UNIMED do Brasil – Dezembro/2014 – Competência 11/2014)

Esses números, analisados de maneira absoluta, (figura 10) já demonstram que a força do cooperativismo médico é o médico, contudo outras facetas serão abordadas ainda nesse capítulo, que melhor demonstrarão o valor dessa assertiva.



Figura 10. Geração anual de receita com a operação de planos de saúde para as Cooperativas (ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – Caderno de Informações da Saúde Suplementar – Beneficiários, Operadoras e Planos – Ed. dezembro/2014)

Quanto valeria a marca UNIMED? Não é uma indagação fácil de ser respondida. Duas figuras, a figura 11 e 12 que se seguem, serão emblemáticas para resposta da indagação e entendimento valorativo dessa marca.

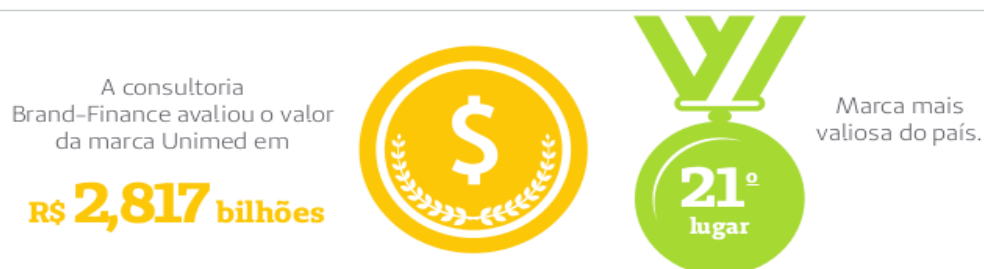


Figura 11. Valor da Marca UNIMED -2014 (Fonte: Rancing das marcas mais valiosas do Brasil – Consultoria Brand Finance Brasil)

O valor da marca UNIMED é praticamente 10% da receita da cooperativa, sem esquecer a posição de liderança que a figura mostra comparativamente com outra grande empresa.

Quando a comparação é feita com as marcas de outros planos de saúde, a distância é abissal, conforme observa-se na figura 12.



Figura 12. Participação de mercado das marcas de plano de saúde no Brasil-2014(Pesquisa Nacional Datafolha 2014 – contratada com exclusividade pela UNIMED do Brasil, realizada com a população brasileira (18 anos ou mais) – 4.027 entrevistas)

Uma indagação torna-se pertinente: como a população percebe as marcas dentro desse mercado da Saúde Suplementar? Um fato não pode ser olvidado: são muitas marcas. O gráfico seguinte (gráfico 6) demonstra de maneira irretocável que com essa percepção, tanto da população em geral, quanto de possuidores e não possuidores de planos de saúde, o Sistema UNIMED tem passado, presente e, muito melhor, futuro.

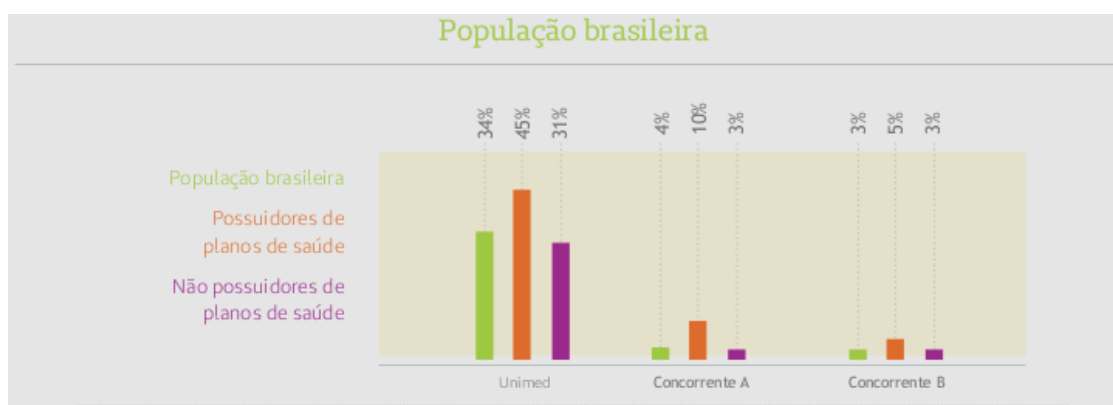


Gráfico 6. Percepção do melhor plano de saúde do Brasil-2014 (Fonte: Pesquisa Nacional Datafolha 2014, contratada com exclusividade pela UNIMED do Brasil, realizada com a população brasileira (18 anos ou mais) – 4.027 entrevistas)

Essa percepção não é fato isolado, mas linkado com outros sentimentos, tal como a satisfação do usuário de plano de saúde. De novo a UNIMED ultrapassa

a concorrência, também no sentido satisfação, conforme se pode verificar na figura 13.

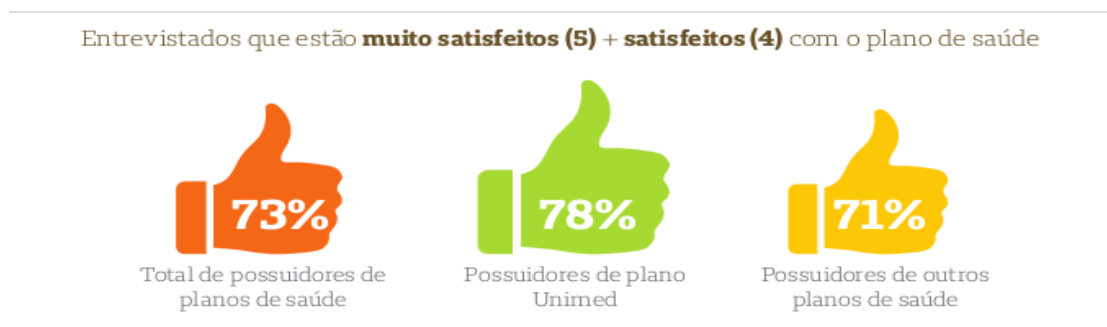


Figura 13. Grau de satisfação da população brasileira com o plano de saúde - 2014 (Fonte: Pesquisa Nacional Datafolha 2014, contratada com exclusividade pela UNIMED do Brasil, realizada com a população brasileira (18 anos ou mais) – 4.027 entrevistas)

Até agora o enfoque está centrado basicamente no usuário. A análise a seguir é outra: o médico. O médico, no conjunto da Saúde Suplementar, é o grande prestador de serviços, também uma fonte respeitável de indicação e propaganda do plano de saúde. A recomendação do médico é, muitas vezes, decisiva para a escolha do plano de saúde pela população.

O gráfico 7 explicita de maneira clara a afirmação antecedente. Ao considerar a UNIMED como o plano de saúde mais importante, na proporção de 50% dos médicos brasileiros e 81% dos médicos cooperados é demonstração mais que suficiente para a medição da vitalidade desse plano. A percepção de 81% relativa aos cooperados demonstra que a questão do médico se entender como “dono” não é retórica, é realidade.

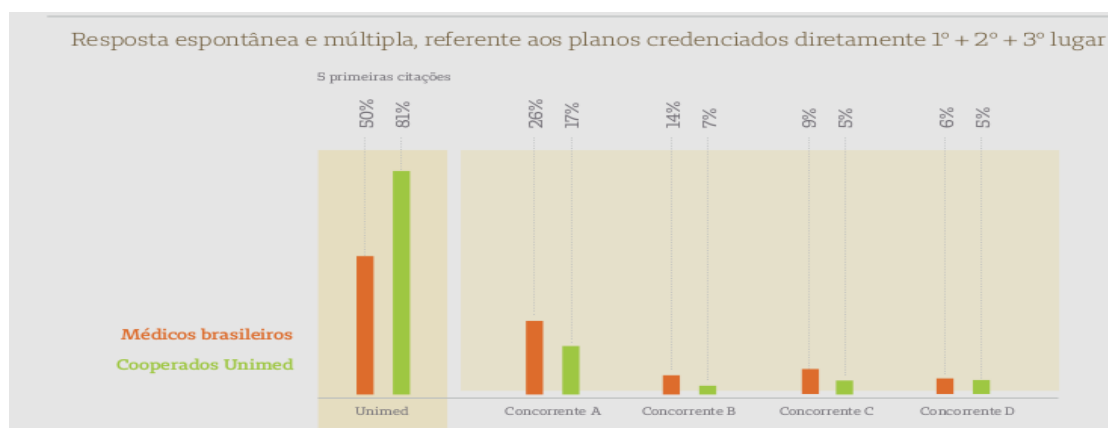


Gráfico 7. Plano de saúde considerado mais importante pelo médico brasileiro - 2014 (Fonte: Pesquisa Nacional Datafolha 2014 contratada com exclusividade pela UNIMED do Brasil, com 1124 médicos)

Ainda nesse enfoque, a observação agora prende-se à satisfação em trabalhar para determinado plano de saúde. Aqui cabe uma observação esclarecedora: nem todo médico que trabalha para a UNIMED é cooperado. Ou seja, milhares de médicos brasileiros trabalham para a UNIMED em forma de rede credenciada. Isso explicado, pode-se analisar o Gráfico 8 .

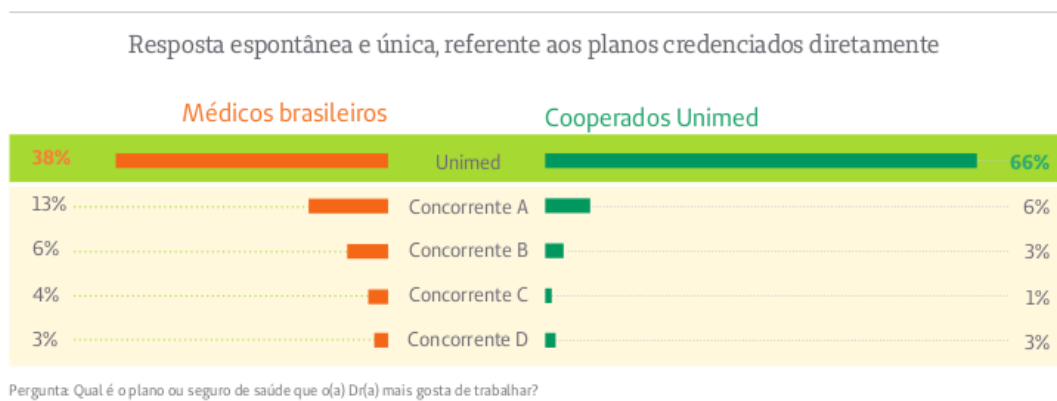


Gráfico 8. Plano de saúde que pessoal médico brasileiro mais gosta de trabalhar – 2014(Fonte: Pesquisa Nacional Datafolha 2014, contratada com exclusividade pela UNIMED do Brasil)

A liderança da UNIMED em relação à concorrência é enorme, mas chama a atenção a distância percentual entre eles. Essa satisfação, saindo da demonstração puramente numérica, pode ser entendida em outra dimensão: na satisfação que pode ser obtida pelo usuário do plano de saúde. Maior satisfação do médico transmuta-se em melhor atendimento do cliente e maior satisfação dos mesmos.

O salário, parte integrante e fundamental das relações de trabalho, também mereceu atenção no relatório da UNIMED do Brasil. Melhor remuneração sempre rima com melhor desempenho. A respostas de médicos brasileiros, cooperados e não cooperados não deixa dúvidas: a UNIMED é o melhor pagador, melhor fonte de renda, como se pode verificar pelo gráfico 9.

Resposta espontânea e múltipla, referente aos planos credenciados diretamente – 1º + 2º + 3º lugar

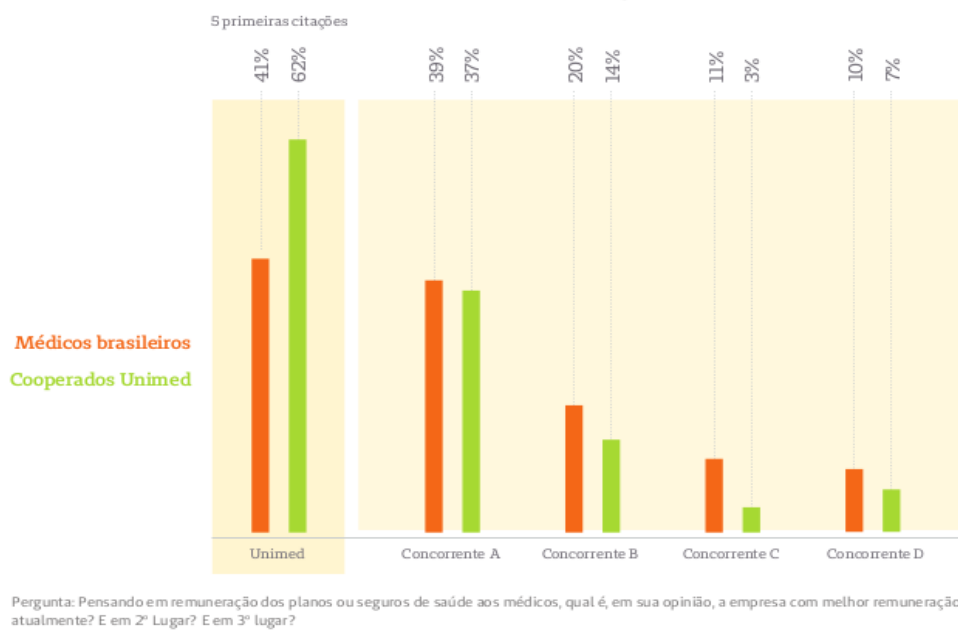


Gráfico 9. Plano de saúde que oferece melhor remuneração para o médico brasileiro – 2014 (Pesquisa Nacional Datafolha 2014 contratada com exclusividade pela UNIMED Brasil)

Por todos esses argumentos, uma resultante seria esperada: o médico como pedra angular de divulgação favorável da UNIMED.

O gráfico 10 implementa os números concordantes dessa afirmação. De novo, o que muda na relação entre cooperados e não cooperados, não é a tendência favorável a UNIMED, mas os números percentuais.

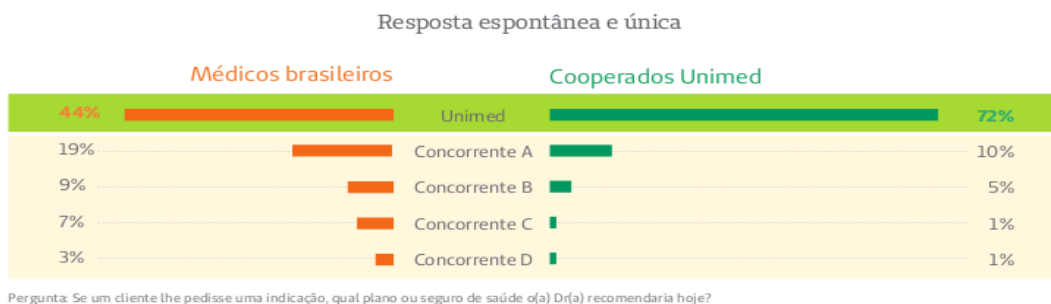


Gráfico 10. Plano de saúde que o médico brasileiro recomendaria para os clientes – 2014 (Fonte: Pesquisa Nacional Datafolha 2014 contratada com exclusividade pela UNIMED do Brasil)

Já foi mostrado o valor da marca UNIMED em comentários e figuras anteriores e os dois gráficos a seguir, gráficos 11 e 12, atestam, em pesquisas nos anos de 2013 e

2014 que o reconhecimento da marca UNIMED determina outra variável importante: o índice de felicidade no trabalho (IFT).

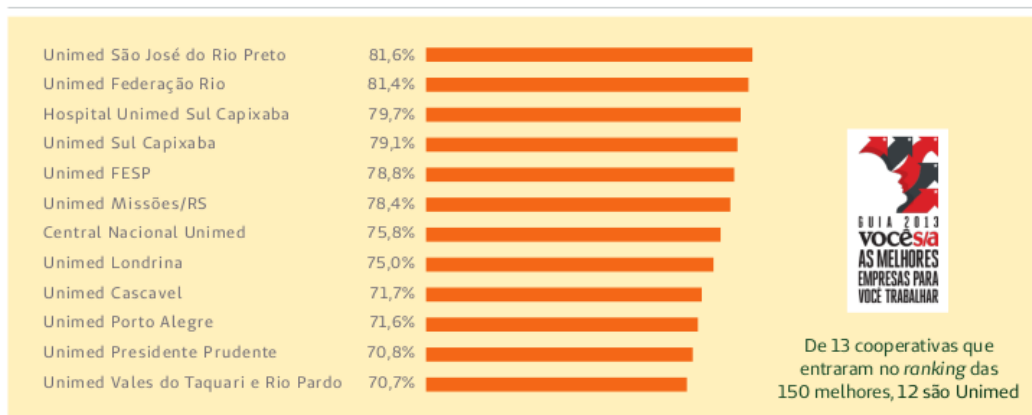


Gráfico 11. As melhores empresas para começar a carreira – Índice no trabalho (IFT) (Fonte: Guia 2013 Você SA- As melhores empresas para começar a carreira e Edição Especial Você/SA – as melhores empresas para você trabalhar – 2014)

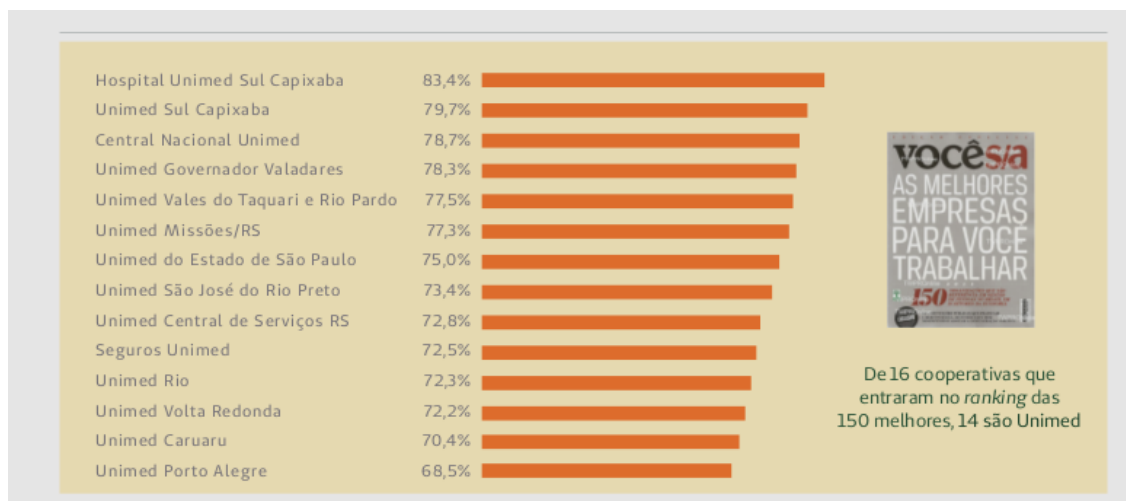


Gráfico 12. As melhores empresas para começar a carreira – Índice no trabalho (IFT) (continuação) (Fonte: Guia 2013 Você SA- As melhores empresas para começar a carreira e Edição Especial Você/SA – as melhores empresas para você trabalhar – 2014)

As premiações recebidas pelo Sistema UNIMED são múltiplas e recorrentes, de vários setores da sociedade e serão levadas em conta as premiações por instituições de respeito e com experiência. As figuras de número 14 a 19 justificam e comprovam esse reconhecimento.

De acordo com a figura 14, a UNIMED foi premiada em 2013, pela 14ª vez no Top of Mind, no que concerne aos fornecedores de RH na categoria convênio assistência médica.



Figura 14. Top of Mind RH -2013 (Fonte: Panorama Jul/2014. Saúde em Números)

Segundo a figura 15, a UNIMED, em termos de Plano de saúde, foi citada por 39% dos entrevistados. Este número representa um aumento de 5% em relação a 2013, quando 34% dos participantes indicaram a marca.

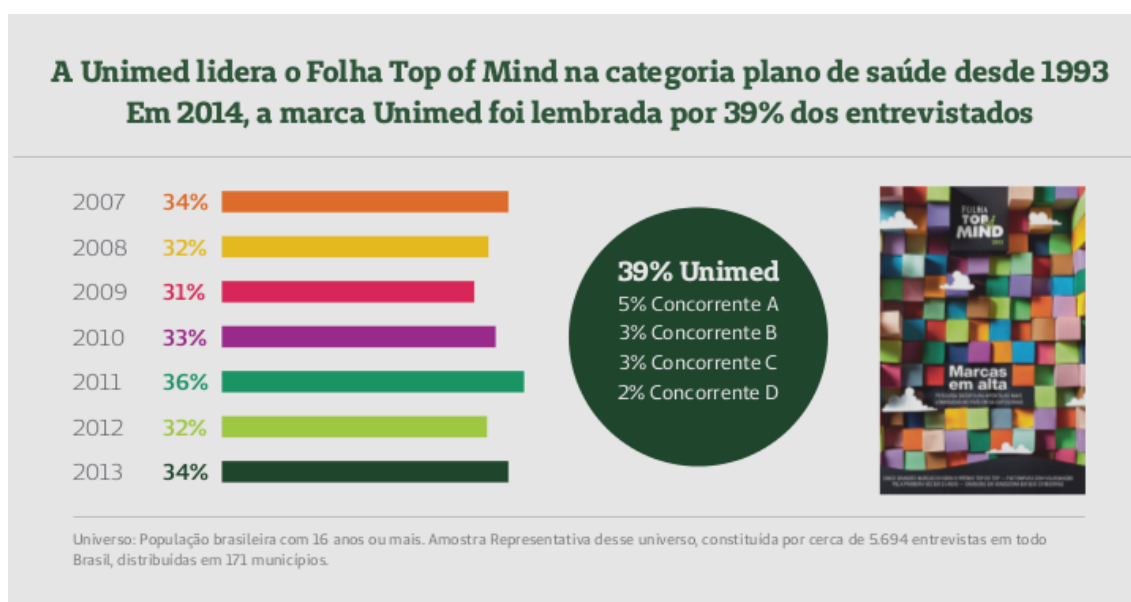


Figura 15. A UNIMED lidera a Folha Top of Mind (Fonte: Panorama Jul/2014. Saúde em Números)

Segundo estudos do Grupo Troiano feitos para a Revista época de Negócios, em edições de 2008 a 2012, a UNIMED foi eleita como sendo uma das empresa com maior prestígio no setor da saúde no Brasil, como podemos verificar na figura 16.

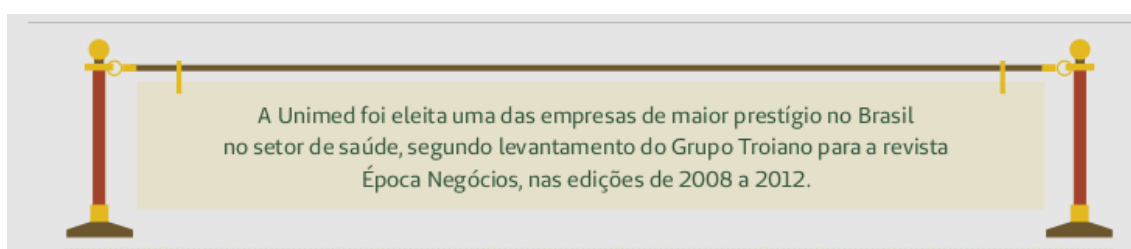


Figura 16. Empresa de maior prestígio do Brasil no sector da saúde (Fonte: Revista Época de Negócios 2012/2013)

De acordo com a figura 17, a UNIMED lidera a nível nacional desde há treze anos consecutivos, o setor da saúde no Brasil.



Figura 17. Liderança nacional no setor da saúde (Fonte: Revista Seleções/Ibope Inteligência. A amostra de 1300 questionários distribuídos proporcionalmente ao número de assinantes da Revista Seleções de cada estado – 2014 – INSS/INAMPS/SUS/AMA)

A UNIMED foi detentora cerca de 24 vezes consecutivas do Prêmio Mérito Lojista, pela Confederação dos Dirigentes Lojistas (figura 18).

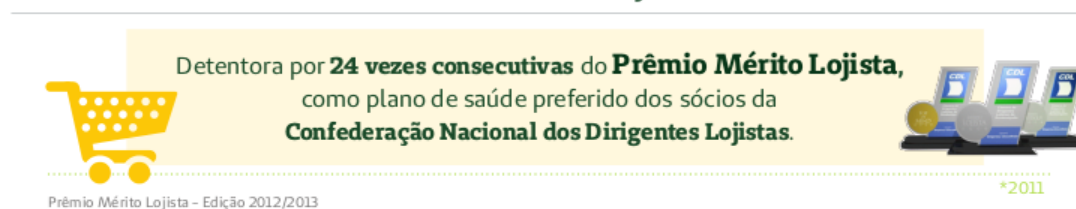


Figura 18. Prêmio de Mérito Lojista.(Fonte: Panorama Jul/2014. Saúde em Números)

De acordo com dados da Revista ExameMelhores & Maiores de 2014, a UNIMED consta como fazendo parte das 1.000 melhores empresas em vendas líquidas no Brasil (figura 19).

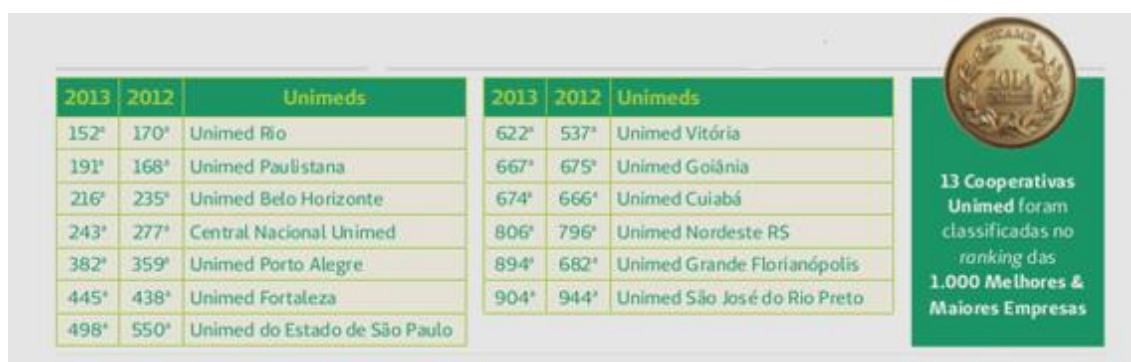


Figura 19. As 1.000 melhores empresas do Brasil em vendas líquidas. (Fonte: Edição especial – Revista ExameMelhores & Maiores – 2014)

Finalmente, o enfoque de empresa cidadã e com inserção na sociedade e em contemporaneidade com o mundo em que vive. As figuras 20 e 21 destacam

GESTÃO DO COOPERATIVISMO MÉDICO NO BRASIL – Um estudo sobre o Sistema UNIMED
(Cooperativa de trabalho do médico)

respetivamente a busca de novos padrões de governança e novas parcerias, desde as Nações Unidas, até cada setor particular da sociedade em que a UNIMED esteja localizada.

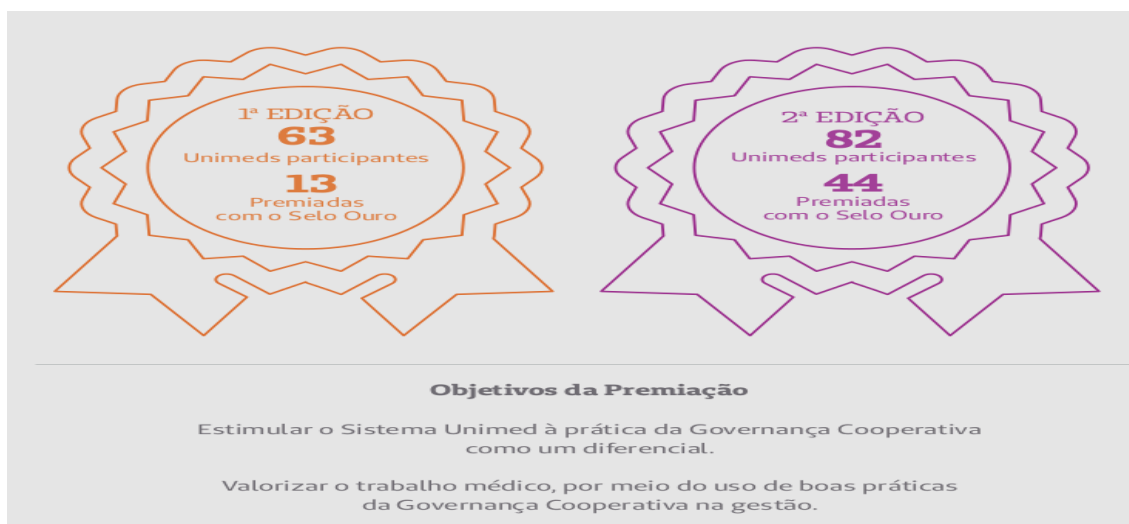


Figura 20. Governância Cooperativa –Selo Nacional (Fonte: Panorama Jul/2014. Saúde em Números)



Figura 21. Parceria da UNIMED com as Nações Unidas (PNUD) (Fonte: Panorama Jul/2014. Saúde em Números)

Pela análise do gráfico 14, podemos verificar que houve uma franca evolução das UNIMEDscertificadas no selo de Responsabilidade Social. Verificamos que no ano de 2003 existiam apenas 55 UNIMEDs certificadas e no ano de 2014 já existiam cerca de quatro vezes mais.

GESTÃO DO COOPERATIVISMO MÉDICO NO BRASIL – Um estudo sobre o Sistema UNIMED
(Cooperativa de trabalho do médico)



Gráfico 13. Evolução das UNIMEDs certificadas no selo de Responsabilidade Social

Em termos de investimentos sociais publicos, Internos e Externos da UNIMED em 2013, e de acordo com as 235 UNIMEDs participantes, verificamos que 1,2 bilhões de Reais foram gastos em Público Interno e 347,6 milhões de Reais em Publico Externo (figura 22).

Figura 22. Investimentos Sociais Públicos, Internos e Externos da UNIMED – 2013 (Fonte: Balanço



Fonte: Balanço Social Consolidado - Sistema Unimed 2014 - de acordo com as 235 Unimeds participantes

Social Consolidado – Sistema UNIMED 2014)

Em termos de beneficiários do sistema UNIMED, e de acordo com a figura 23, temos no sector da saúde cerca de 1,9 milhões de beneficiários, 984.1 mil nos esportes e 199,1 mil na área da Educação



Figura 23. Beneficiários com os projetos da UNIMED (Fonte: Balanço Social Consolidado – Sistema UNIMED 2014- de acordo com as 235 UNIMEDs participantes)

Conclusão

O Sistema UNIMED, descrito nessa tese, é uma criação que engrandece a inteligência e empreendedorismo da nação brasileira. Nascido de maneira quase artesanal, em uma cidade do Estado de São Paulo, configura-se agora como um sistema empresarial amplo, multiforme, consolidado e em franca expansão. Essa expansão, deve-se observar, é tanto interna, como externa. Interna no que diz respeito a cada vez mais ser abrangente e ter um crescimento tanto geográfico, quanto percentual em terras brasileiras.

Ainda como crescimento interno no que diz respeito a uma maior qualidade na prestação de serviços. O crescimento externo se perfaz com a expansão da experiência brasileira a outros países, observando-se, sempre, as particularidades de povos e nações.

Bem no início da tese, foi enfocado que a experiência cooperativa poderia ser uma opção ao centralismo socialista e a avidez de lucro das sociedades capitalistas. Com a expansão da experiência UNIMEDiana para outras nações, quem sabe, não se estaria propiciando ao mundo uma nova experiência.

PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

CAPÍTULO VI – METODOLOGIA

*Se não conheço uma coisa,
Investigá-la-ei.*

Louis Pasteur

6.1. Introdução

Um processo de investigação é composto por várias fases, que se influenciam mutuamente. Quivy e Campenhoudt (2008, p.31) definem a investigação como: “ (...) algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento e deve ser aceite como tal, com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica ”.

Neste capítulo faremos alusão ao método científico, apresentaremos a pergunta de partida e os objetivos de investigação, Método de investigação, a Técnica utilizada para a recolha da informação, Desenho do Questionário e, por último, fazer uma breve referência à Instituição objeto da nossa investigação.

6.2. O método científico

O método científico, segundo Barañano (2008, p.19) é “ um instrumento para a sondagem da realidade, formado por um conjunto de procedimentos, através dos quais os problemas científicos são formulados e as hipóteses científicas examinadas”. Face ao exposto, podese dizer que o método científico é uma orientação que facilita a planificação da investigação ao investigador, ou seja, a formulação das hipóteses, a realização de estudos e, por fim, a interpretação dos resultados.

A aplicação do método científico não é a mesma em todas as ciências; nesse caso, as técnicas mais utilizadas são as seguintes: Observação, Hipótese, Experimentação, Indução, Dedução, Análise e Síntese. Estas sete técnicas complementam-se na sua aplicação. Está apresentado, no quadro seguinte, uma síntese de cada uma destas técnicas.

Quadro 6. Síntese das técnicas mais utilizadas em Gestão

Técnica	Descrição
<i>Observação</i>	<ul style="list-style-type: none">• Consiste na focalização atenta dos sentidos num objeto para dele adquirir um conhecimento claro e preciso.
<i>Hipótese</i>	<ul style="list-style-type: none">• Uma hipótese é uma suposição verosímil, posteriormente

	comprovada ou refutada pela realidade. As boas hipóteses devem ser simples, sugeridas e verificáveis pelos fatos.
Experimentação	<ul style="list-style-type: none"> • É um conjunto de técnicas utilizadas para verificar as hipóteses.
Indução	<ul style="list-style-type: none"> • Baseia-se na generalização, isto é, vai do particular para o geral, Depois de se observar um fato, em certas condições, podemos concluir por indução que ele é universalmente verdadeiro, desde que se mantenham as condições.
Dedução	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste em tirar uma verdade particular de uma verdade geral, na qual ela está implícita. Vai do geral para o particular.
Análise	<ul style="list-style-type: none"> • É a decomposição do todo em partes, no sentido de estas serem estudadas mais facilmente. • A análise pode ser: <ul style="list-style-type: none"> - Experimental – quando se pode aplicar a fatos concretos; ou, - Racional – quando se reduz a questão proposta por outra mais simples, sendo a solução já conhecida.
Síntese	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste na reconstrução do todo decomposto pela análise. A síntese também pode ser experimental ou racional. <ul style="list-style-type: none"> - Experimental – quando aplicável a fatos concretos; - Racional quando parte de um princípio, passando de sequência em sequência até chegar à solução – recorre-se, assim, à dedução

Fonte: Elaboração própria, com base em Barañano (2008, pp.23,24)

6.3. Pergunta de partida e objetivos da investigação

Como já vimos na revisão da literatura, para atuar de forma institucional, foi fundada, em 1975, a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas - UNIMED do Brasil. Para determinar os nossos objetivos - geral e específicos – assim como a nossa pergunta de partida, procura-se rever a Missão, a Visão e os Valores desta organização, os quais são apresentados no quadro nº 3.

Quadro 7. Missão, Visão e Valores da UNIMED

Especificação	Descrição
Missão	Integrar o Sistema UNIMED, fortalecendo os princípios cooperativistas e valorizando o trabalho médico.
Visão	Ser referência em saúde.
Valores	Cooperação Ética e transparência Compromisso com a vida Excelência Inovação Comprometimento

Fonte: Elaboração Própria

Face ao exposto, a pergunta de partida que norteará essa investigação, é a seguinte:

- **Em que medida a UNIMED contribui para alterar a Política de Saúde no Brasil?**

De acordo com a pergunta de partida, o objetivo principal da presente investigação é

- Determinar a importância da UNIMED na Política de Saúde no Brasil.

Pretende-se, igualmente, estudar a relação entre a UNIMED e os seus dirigentes, os seus cooperados e colaboradores (dinâmicas relacionais), assim são determinados cinco objetivos específicos:

- 1. Identificar o tipo de liderança da UNIMED;**
- 2. Verificar se a UNIMED possui mecanismos de avaliação;**
- 3. Verificar as práticas de comunicação entre cooperados, entre os colaboradores, entre esses dois grupos e dentro do próprio Sistema UNIMED;**
- 4. Identificar em que medida a UNIMED é promotora de práticas de transformação social;**
- 5. Compreender o papel da UNIMED na mudança de paradigma do cooperativismo.**

Como diz Barañano (2008), um estudo de caso pode não ter hipóteses, embora deva ter sempre uma proposição. A opção foi não formular hipóteses de investigação, apesar de estas refletirem questões teóricas e auxiliarem no sentido de canalizar o estudo para evidências importantes – servem como linha orientadora. Assim, na sucessão da revisão da literatura, das reflexões, e com vista ao cumprimento dos objetivos, serão apresentadas algumas questões que ajudarão a responder a pergunta principal.

1. Que tipo de liderança tem a UNIMED?
2. Que estratégia de gestão tem a UNIMED?
3. Qual o tipo de comunicação da UNIMED?
4. A política de desenvolvimento humano da UNIMED tem atendido às suas necessidades?
5. Qual o papel da UNIMED no paradigma do cooperativismo no Brasil?

6.4. Método de investigação

Hissa (2002) sobre o método de pesquisa diz-nos o seguinte:

Por sua vez, a metodologia ou método de pesquisa, refere-se ao conjunto de procedimentos – incluindo uma diversidade de técnicas – adotado por uma atividade científica para a produção de conhecimento. A metodologia é, portanto, o estudo dos métodos e de sua adequação aos objetivos propostos por uma leitura científica do mundo, das coisas e dos seres que o constituem, assim como suas relações (p.159).

Pode-se deprender das palavras do autor que o método é fundamental, pois é no decorrer da investigação, um roteiro sistemático que ajuda a organizar o pensamento. A metodologia ajuda, assim, a alcançar os objetivos a que foram propostos, sendo uma reguladora das etapas de trabalho

O método de investigação eleito foi o estudo de caso, uma vez que esse estudo recai na UNIMED, com o intuito de conhecer a evolução desta instituição que está instalada em todo o Brasil, **no que concerne as suas práticas.**

Para Coutinho (2003, *cit.in* Araújo, 2008) tudo pode ser um “caso”: um indivíduo, uma personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação. Na mesma linha vai Ponte (2006) ao considera que:

É uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse (p.2).

Barañano (2008, p. 102), por sua vez, define estudo de caso como “ (...) um método de investigação utilizado no âmbito das Ciências Sociais que pressupõe uma apresentação rigorosa de dados empíricos, baseada numa combinação de evidências quantitativas e qualitativas”; o mesmo autor acrescenta que em Gestão “ (...) dada a complexidade das situações e, portanto, a necessidade crescente de informação qualitativa que explique a informação quantitativa de forma completa recorre-se, cada vez com mais frequência à realização de estudos de caso”.

De fato, como é dito por Meirinhos e Osório, (2010, p. 52) “(...) o estudo de caso rege-se dentro da lógica que guia as sucessivas etapas de recolha, análise e interpretação da informação dos métodos qualitativos, com a particularidade de que o propósito da investigação é o estudo intensivo de um ou poucos casos”. Uma investigação deve ser uma sequência lógica – deve ligar os dados empíricos às questões anteriormente formuladas e, no final, às conclusões alcançadas

Face ao exposto, afirma-se que o estudo de caso entende-se como uma espécie de pesquisa que tem como intenção analisar pormenorizadamente uma determinada unidade. É o que se pretende nessa investigação – conhecer a importância da UNIMED na Política de Saúde no Brasil.

6.4. Técnica utilizada para a recolha da informação

Segundo Alves (2012, p. 57), “A investigação é a actividade que ajuda, no âmbito da ciência, a obter conhecimento”. Com efeito, investigar é procurar obter conhecimento acerca de determinados assuntos e procurar soluções para os problemas. Assim, em qualquer processo de investigação, é sempre necessário pensar nas formas a usar para proceder à recolha da informação.

Para a recolha de dados pode-se optar pelo inquérito por questionário ou pelo inquérito por entrevista, dado que os dois têm aspetos positivos e aspetos menos positivos, ou seja, os dois apresentam vantagens e desvantagens. Contudo, dada a natureza da investigação e o número de pessoas a inquirir optou-se, nesse trabalho, pela aplicação de um inquérito por questionário aos médicos cooperados da UNIMED. O questionário é uma ferramenta muito utilizada para obter informações em primeira mão, onde o investigador foca explicitamente os aspetos essenciais, ou seja, procura conhecer somente os dados necessários para a sua pesquisa.

No quadro seguinte, apresentam-se as vantagens/ desvantagens do inquérito por questionário.

Quadro 8. Vantagens /Desvantagens do inquérito por questionário

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none">• Contempla várias dimensões de recolha de informação num só documento;• As perguntas são iguais para todos os inquiridos;• O tratamento dos dados é facilitado se forem escolhidos itens de resposta fechada ou de resposta curta;• Os respondentes têm mais tempo para pensar;• Não há constrangimento em responder.	<ul style="list-style-type: none">• É menos flexível que a entrevista;• Requer literacia; por vezes, as respostas não correspondem à verdade, por falta de clareza da pergunta/ má interpretação por parte do inquirido;• A profundidade da informação é, por vezes, sacrificada em função da extensão;• Geralmente, as pessoas expressam-se melhor oralmente do que por escrito.• Responder a um questionário pode ser maçador e, por vezes, as pessoas não os devolvem.

Fonte: Elaboração própria, com base em Alves, MP. (2012)

O questionário pode ter perguntas abertas ou fechadas. Nós optamos só por perguntas fechadas, à exceção da pergunta 8 – “Se possui graduação, em qual área? – nesta pergunta damos a possibilidade ao respondente, caso não se enquadre nas cinco áreas mencionadas – Gestão de empresas, Gestão de Pessoas, Gestão de Serviços, Gestão Financeira, Gestão e Marketing – possa referir outra (Anexo XXXVIII).

6.5. Desenho do Questionário

Para a recolha de informação acerca da UNIMED recorreu-se à técnica de inquérito por questionário, como referido no ponto anterior. Esse questionário, articula-se ao longo dos seguintes temas:

1. Perfil do entrevistado;
2. Perfil da UNIMED do entrevistado;
3. UNIMED, que se subdivide em:
 - 3.1. Conhecimentos gerais
 - 3.2. Formação/ Treinamento / Integração
 - 3.3. Liderança
 - 3.4. Comunicação
 - 3.5. Avaliação

Quadro 9. Aspectos do questionário/ perguntas

Aspectos		Perguntas do Questionário
Perfil do entrevistado		2,3,4,5,6,7,8,9
Perfil da UNIMED do entrevistado		1,10,11,12,13
UNIMED	Conhecimentos gerais	18,30
	Formação/ Treinamento/ Integração	21,22,26,34,35,36
	Liderança	20,27,28,31,32,33
	Comunicação	14,15,16,17,19
	Avaliação	23,24,25,29

Fonte: Elaboração própria

No primeiro ponto – *Perfil do Entrevistado* - pretende-se conhecer aspectos que caracterizam o entrevistado, tais como: faixa etária, tempo de formação em medicina, tempo de cooperado na UNIMED, tempo de dirigente da UNIMED, pós-graduação de que é portador.

No segundo ponto – *Perfil da UNIMED do entrevistado* - o objetivo é conhecer a UNIMED a que o inquirido pertence, assim como obter dados acerca do número de anos de existência, número de cooperados, número de funcionários e número de usuários.

O terceiro ponto – *UNIMED* – dividido em cinco subpontos: 1. *Conhecimentos gerais* 2. *Formação/ Treinamento/ Integração* 3. *Liderança* 4. *Comunicação* 5. *Avaliação*. **O primeiro subponto** olha para dentro e para fora da singular e ao mesmo tempo permite olhar para o colaborador, elemento qualitativo mais importante da atividade meio e para a relação da singular com o macrocosmo em que está inserida, ou seja, o seu relacionamento sócio ambiental, fato mais relevante para a criação do valor da marca UNIMED. **O segundo subponto** – permitirá saber se os colaboradores conhecem o negócio e a gestão do sistema, se existem mecanismos de integração entre os colaboradores e os diretores, assim como entre os diretores e cooperados; outro aspecto contemplado é a oportunidade de treinamento e desenvolvimento/aprendizado aos colaboradores e diretores, e, finalmente, se os cooperados estão afeitos às práticas de educação cooperativista. O foco liderança – que é o **terceiro subponto** – dá a conhecer se os colaboradores apresentam ideias e se participam nas decisões no sentido de melhorar a prestação dos serviços, se as decisões da cooperativa são colegiadas, se as decisões da Assembleia Geral são cumpridas pela Diretoria Executiva, o que equivale dizer cumpridas pela singular em sua plenitude; de maneira semelhante, inquire sobre a relação da UNIMED DO BRASIL com as singulares, o que representa o retrato da visão sistêmica e finalmente sobre um fator de relevância para a gestão, o fator tempo, em dois vieses: tempo despendido pelos diretores para o “negócio UNIMED” e o percentual desses mesmos diretores que se aplicam com exclusividade na gestão de suas singulares. **O quarto subponto** – Comunicação – indica o tipo de comunicação entre os dirigentes, entre os colaboradores e entre dirigentes e colaboradores; adentra na existência do marketing na comunicação com o público externo e, finalmente, se as relações internas estão formalizadas documentalmente por meio de manuais, fluxogramas, diretrizes e protocolos. **O quinto subponto** – A avaliação – informa se há

mecanismos de avaliação para os funcionários, para os cooperados e para os diretores, e se a instituição possui mecanismos que permitam avaliar e melhorar as práticas de gestão e os padrões de trabalho.

6.6. Erro Amostral

A ideia inicial era realizar um levantamento censitário, isto é, em todas as singulares, onde um dirigente responderia aos questionamentos do formulário. Seriam, portanto, aplicados 300 questionários.

Na impossibilidade de aguardar a resposta de todos, dado o tempo disponível, resolveu-se pesquisar por amostragem considerando apenas os questionários já recebidos, num total de 83. O tipo de amostragem é não probabilística, por conveniência, considerando que os dirigentes foram respondendo ao acaso e todos tiveram, portanto, a mesma probabilidade de responder.

Considerando que a amostra não foi estatisticamente calculada a priori, com erro de amostragem e nível de confiança estabelecidos, determinou-se, então, para cada proporção utilizada na análise, o erro máximo de estimação cometido, considerando a amostra pesquisada de 83 dirigentes/cooperados. Para o cálculo do erro utilizou-se, por dedução, a fórmula da inferência estatística para a determinação do tamanho da amostra, a seguir, devida a (Jerzy Neyman). – Estatística Geral e Aplicada p. 286 – Martins, Gilberto de Andrade e Domingues, Osmar,- Atlas – 2011.

$$n = \frac{z^2 p(1-p)N}{(N-1)e^2 + z^2 p(1-p)}$$

Com base nessa fórmula, é possível deduzir-se o valor do erro amostral que passa a ser calculado pela seguinte expressão:

$$e = z \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} \sqrt{\frac{N-n}{N-1}}$$

Em que: e = erro máximo determinado para a estimação da proporção de cada característica analisada, n = 83 corresponde a amostra pesquisada, N = 300 é o universo de UNIMEDs no Brasil, z = 1,64, variável padronizada da curva normal correspondente à confiança de 90%, e p = proporção, observada na amostra, da característica analisada.

O erro médio por variável/característica analisada está em torno de 4,6%. A tabela nº 1 mostra o erro cometido na estimação da proporção relativa a cada variável analisada, na categoria considerada.

A elaboração do questionário, a entrada de dados, a apuração, a tabulação e a representação gráfica dos dados, foram realizados através do programa SPHINX de pesquisa e estatística. O SPHINX é uma ferramenta de análise de dados quantitativos e qualitativos, criado em 1989 e trazido para o Brasil em 1995, por pesquisadores vinculados ao grupo de estudos GIANTI (ligação externa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). A sua funcionalidade contempla, segundo Freitas et. al (2009), três estágios: elaboração do questionário ou instrumento de pesquisa, coleta de respostas e análise consolidada dos dados.

Tabela 1. Distribuição dos erros (%) cometidos, para a estimação da proporção da categoria considerada, por variável/característica analisada

Variável / Característica Analisada	Categoria Considerada	Proporção Amostral (p)(%)	Erro máximo (e) (%)	Universo de pesquisa (N)	Amostra pesquisa da (n)
Idade do dirigente	55 anos ou mais	65,7	5,7	300	83
Tempo de formação em Medicina	20 anos ou mais	88,0	3,9	300	83
Tempo de cooperado	20 anos ou mais	71,1	5,4	300	83
Tempo de dirigente nesta UNIMED	Até 19 anos	81,9	4,6	300	83
Cargo que exerce atualmente	Presidente ou vice	83,1	4,5	300	83
Pós-graduação em Gestão/Administração	Sim	56,6	5,9	300	83
Anos de existência de sua UNIMED	20 anos ou mais	79,5	4,8	300	83
Quantidade de cooperados na sua UNIMED	Mais de 50 cooperados	85,6	4,2	300	83
Quantidade de funcionários da sua UNIMED	Mais de 50 funcionários	67,5	5,6	300	83
Quantidade de usuários da sua UNIMED	Até 20000 usuários	42,2	5,9	300	83
Comunicação entre dirigentes é formal	Sempre e A maioria das vezes	80,7	4,7	300	83
Comunicação entre funcionários é formal	Sempre e A maioria das vezes	84,4	4,3	300	83

GESTÃO DO COOPERATIVISMO MÉDICO NO BRASIL – Um estudo sobre o Sistema UNIMED
(Cooperativa de trabalho do médico)

Comunicação de dirigentes para funcionários é formal	Sempre e A maioria das vezes	78,3	4,9	300	83
Empresa usa marketing para reforçar marca	Sempre e A maioria das vezes	81,9	4,6	300	83
Contratação de funcionários é por concurso	Sempre e A maioria das vezes	95,2	2,6	300	83
Os procedimentos são formalizados em manuais	Sempre e A maioria das vezes	84,4	4,3	300	83
Funcionários apresentam ideias e participam das decisões	Sempre e A maioria das vezes	74,7	5,2	300	83
Funcionários conhecem os negócios e as estratégias de gestão	Sempre e A maioria das vezes	83,1	4,5	300	83
Há mecanismos de integração entre funcionários e dirigentes	Sempre e A maioria das vezes	71,1	5,4	300	83
Há mecanismos de avaliação de desempenho dos funcionários	Sim	67,5	5,6	300	83
Há mecanismos de avaliação de desempenho dos cooperados	Sim	22,9	5,0	300	83
Há mecanismos de avaliação dos diretores	Sim	21,7	4,9	300	83
Há mecanismos de integração entre diretores e cooperados	Sempre e A maioria das vezes	63,8	5,8	300	83
As decisões da cooperativa são colegiadas	Sempre e A maioria das vezes	90,3	3,5	300	83
As decisões da Ass. Geral são cumpridas pela Diretoria	Sempre e A maioria das vezes	100,0	0,0	300	83
Mecan. de aval e melhora das práct. de gestão e padrões de trabalho	Sempre e A maioria das vezes	70,0	5,5	300	83
Prática de responsabilidade sócio-ambiental na sua UNIMED	Sempre e A maioria das vezes	89,2	3,7	300	83
Aplicação das estratégias determinadas pelo Sistema UNIMED	Sempre e A maioria das vezes	88,0	3,9	300	83
Tempo dispendido pelos diretores para gestão diária	De 2 a mais de 4 horas	87,9	3,9	300	83
Nº de diretores com dedicação exclusiva para o gerenciamento da cooperativa	Nenhum	60,2	5,9	300	83
Treinamento e desenvolvimento/aprendizado aos funcionários	Sempre e A maioria das vezes	90,4	3,5	300	83
Treinamento/aprendizagem aos seus diretores	Sempre e A maioria das vezes	81,9	4,6	300	83
Os cooperados recebem capacitação em Educação Cooperativista	Sempre e A maioria das vezes	55,4	6,0	300	83

Fonte: Elaboração própria

6.7. Caracterização da Instituição

Em poucas palavras, considerando que na revisão da literatura já foi explicado, de forma exaustiva, reexplica-se que a UNIMED é a maior cooperativa de trabalho médico do mundo, também a maior rede de assistência médica do Brasil, estando presente em 83% do território nacional e detendo cerca de 40% do mercado doméstico de planos de saúde.

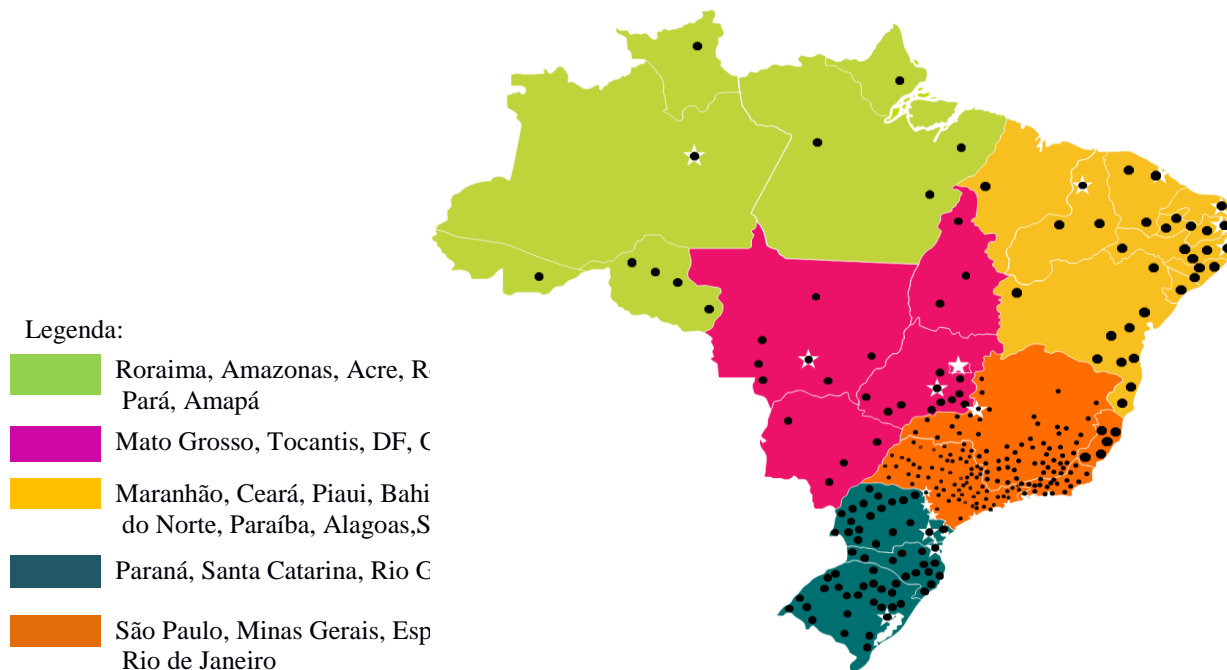
As cooperativas regem-se pelos seguintes princípios:

- livre adesão, como forma associativa;
- gestão democrática, como forma política;
- compromisso doutrinário, como participantes das organizações cooperativas nacionais e internacionais;
- proporcionalidade às operações, como forma distributiva de resultados;
- ação integrada e interdependente; educação, treinamento e informação, como compromisso.

A UNIMED cumpre na íntegra estes princípios e procura corresponder a todos os anseios dos seus associados. Também tem preocupações com o desporto: apoia o esporte nacional, sendo patrocinador da Confederação Brasileira de Futebol (CBF), ainda promove o paradesporto há mais de dez anos, em parceria com o Instituto Superar, patrocinando atletas de ponta, além de oferecer apoio integral com planos de saúde, investimento nas escolinhas de esportes e patrocínio do Prêmio Superar. O Sistema UNIMED promove, por todo o País, várias ações que têm muita importância a nível regional. Pois, ao nível das comunidades locais, fazem doações de alimentos a instituições beneficentes e de cadeiras de rodas no projeto Eu Ajudo na Lata, em que anéis de embalagens de alumínio são trocados por equipamentos.

Apresentamos, em seguida, o Mapa nº1 onde estão localizadas as UNIMEDs, no Brasil, em novembro de 2014.

Mapa 1. As UNIMEDs, em novembro de 2014



Fonte: Elaboração própria com base na UNIMED Brasil

Conclusão

Esta pesquisa assentará na integridade intelectual, no rigor, na isenção e na busca da verdade, não serão feitos juízos de valor e será garantida a confidencialidade e o anonimato de todas as respostas.

Será solicitada à UNIMED Brasil a devida autorização (Anexo XXXIX) e a parte empírica só terá o seu início após recepção escrita da mesma (XL).

No capítulo seguinte apresentaremos os dados recolhidos e faremos a sua análise.

CAPÍTULO VII – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

7.1. Introdução

Esse capítulo tem como ponto central a pesquisa feita junto às singulares e a discussão dos seus resultados. Do ponto de vista didático será dividido em quatro partes: 1 - *Da análise das questões*, onde faremos a análise de cada uma; 2 - *Da liderança em relação ao Sistema UNIMED* – far-se-à a definição de cultura e a partir dos dados recolhidos, identificaremos a cultura predominante na organização; 3 - *Da cultura organizacional em relação ao Sistema UNIMED* – será feita uma análise entre a parte da revisão da literatura no que concerne à definição de cultura organizacional e os resultados obtidos na parte empírica deste estudo.

7.2. Da análise das questões

Essa análise foi feita questão a questão, de tal maneira que se mostre ou se relacione a realidade da pesquisa com o momento atual do sistema; é, de fato, a leitura mais próxima da realidade vivida pelo Sistema UNIMED, à luz dos questionamentos e de suas respostas. Ao final, portanto, será possível a compatibilização com o referencial teórico percorrido e expostos nessa tese, para, finalmente, servir de substrato às conclusões pertinentes.

A obtenção desses dados, convém frisar, foram de muita dificuldade, pois o universo pesquisado, teoricamente pequeno (300 singulares) se torna, na prática, de difícil alcance não pelas dimensões continentais do Brasil, mas pelo fato de que os entrevistados, todos médicos, em regra muito atarefados, dispõem de tempo exíguo para outros misteres, como responder a um questionário, que em nenhum momento faz parte de sua atividade fim. Foram necessárias centenas, talvez milhares de telefonemas que propiciaram esse resultado, sem obscurecer o apoio integral da UNIMED do BRASIL e da Federação Norte e Nordeste. Seguem, pois, as respostas obtidas, em percentuais, seguida de inferências, interpretações e a correlação destas respostas o enquadramento teórico dessa tese.

Questão 01 (*Qual a sua UNIMED*) – A questão é situacional-contextual e tem a função de delimitar a representação nacional da pesquisa. As respostas demonstram que todas as regiões do Brasil foram representadas. Caso o fito da pesquisa se encaminhasse para a distribuição geográfica das singulares, regionalização do sistema,

por exemplo, essa questão deveria ser posta em outros parâmetros, mas é evidente que, no foco dessa pesquisa, a questão não apresenta interesse quantitativo de relevância (Anexo 41).

Questão 02 (*Qual a sua faixa etária*) – As respostas: 25-34 anos, 0%; 35-44 anos 7,2%; 45-54 anos, 25,3%; 55-64 anos, 48,2% e 65 anos ou mais, 19,3%. O percentual de 0% na faixa de 25-34 anos e de 7,2% na de 35-44 anos mostra que o corpo diretivo das singulares premia a experiência na atividade médica. São percentuais muito baixos para aqueles dirigentes de até 44 anos. E fica mais claro ainda, quando se observam os percentuais de 25,3%, 48,2% e 19,3%, para as faixas de 45-54 anos, 55-64 anos e mais de 65 anos, respectivamente. Importa associar às respostas a informação de que a maior parte dos entrevistados, ou seja, dos que responderam ao questionário, são presidentes de singulares. Nesse caso, mais de 90% dos dirigentes das singulares têm mais de 40 anos. O que se pode inferir das informações é que o Sistema UNIMED considera maturidade e experiência condições fundamentais aos ocupantes da diretoria, como se poderá confirmar mais adiante com questões relacionadas a esta.

Identifica-se, portanto, a evidência de que a experiência determina a escolha aos cargos diretivos. É possível supor que a opção pela experiência e maturidade devem-se a determinantes de ordem várias e as mais prováveis são: para dirigir uma UNIMED, o médico tem que ter uma militância profissional maior que duas décadas; a experiência asseguraria segurança ao sistema; para ser diretor, o médico necessitaria de maior relacionamento com a categoria e esse relacionamento dependeria de um maior tempo de convivência. São possibilidades de leitura a partir das informações que os dados trazem, contudo também se registra um contexto provável para a relação idade (médicos mais velhos) e a função de direção na UNIMED. No Brasil, a idade mais provável/frequente do término dos cursos de Medicina é 25 anos. Pressuposto está em ter experiência e convivência com a categoria por, pelo menos, mais de 10 (dez) anos (Anexo 41).

GESTÃO DO COOPERATIVISMO MÉDICO NO BRASIL – Um estudo sobre o Sistema UNIMED
(Cooperativa de trabalho do médico)

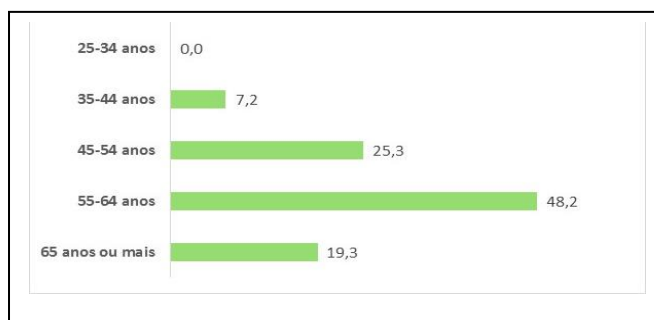


Gráfico 14. Qual a sua faixa etária (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 03 (*Qual seu tempo de formação em medicina*) – As respostas: até 09 anos, 2,4%; 10-19 anos, 9,6%; 20 anos ou mais, 88%. As respostas são concordantes com a questão anterior: 88% possuem mais de 20 anos de atividade médica. Outro viés pode ser pensado, quando se observa essa questão e a anterior: o médico cooperado tem tanta responsabilidade com sua cooperativa, que não tem coragem de entregar os seus destinos para alguém que não desfrute de sua confiança. A longevidade do dirigente pode rimar com a segurança do empreendimento, com a comprovação de liderança do dirigente em outros organismos da classe médica, ou mesmo em outros estratos da sociedade, sem olvidar que não seria descabido entender-se que os indivíduos, nessa faixa etária, em regra, têm situação familiar e econômico-financeira definidas. O entendimento, portanto, para essa pergunta é que o cooperado tem afã por uma gestão com segurança, quando escolhe o seu dirigente. A idade, nessa análise, se confunde com experiência (Anexo 41).

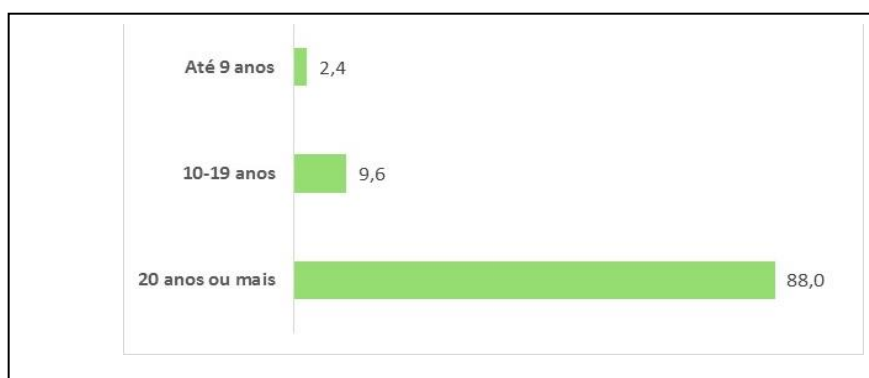


Gráfico 15. Qual seu tempo de formação em medicina (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 04 (*Qual o seu tempo de cooperado*) – As respostas são concordantes com as questões anteriores (02 e 03): até 9 anos, 2,4%; 10-19 anos, 26,5% e 20 anos ou

mais, 88%. A questão demonstra que, no Sistema UNIMED, por suas singulares, não há espaço para aproveitadores e oportunistas, ou seja, pessoas que se cooperariam com a finalidade somente de galgar cargos na singular. Desse modo, fica evidente a impossibilidade de alguém surgir de inopino e adquirir a condição de dirigente. Inference da análise que, para dirigir uma cooperativa, é necessário vivência e convivência, logo, ainda que o quesito “educação cooperativista” (a ser visto mais à frente) possa não ser uma prática nas singulares, o dirigente de UNIMED nunca será um inexperiente em cooperativismo. A solidez, portanto, do sistema pode ser explicada pela solidez na escolha dos seus dirigentes na base, que são as singulares. A experiência e maturidade trabalham, na maioria das vezes, com progresso e segurança (Anexo 41).

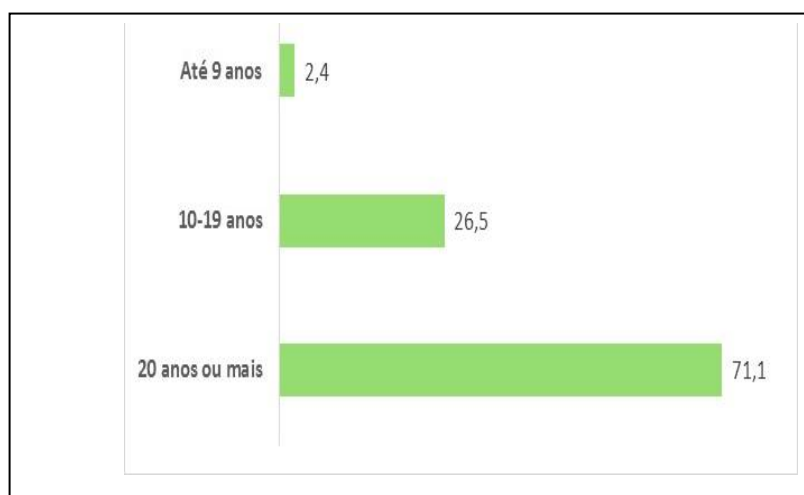


Gráfico 16. Qual o seu tempo de cooperado(%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 05 (*Qual o seu tempo de dirigente nessa UNIMED*) – As respostas foram: até 09 anos, 37,3%, 10-19 anos, 44,6% e 20 anos ou mais, 16,9%. Caso se juntem as duas faixas iniciais, o percentual chega a mais de 80%. Não há descarte daqueles que possuem conhecimento do negócio cooperativo. Conhecer o negócio cooperativo, portanto, faz uma maior permanência nos cargos diretivos. Por outro lado, e em raciocínio inverso, a diminuição percentual daqueles com 20 anos ou mais na direção da cooperativa, à primeira análise, poderia ser vista como eliminação de idosos, pode, porém, representar outro dado relevante: a não perpetuação de dirigentes.

Deduz-se que a não perpetuação combina perfeitamente com renovação e renovar é trazer novos rumos e novas ideias. Assim, observando-se, em conjunto, as questões 02, 03, 04 e 05, conclui-se que, no Sistema UNIMED, do mesmo modo que é raro um médico jovem, inexperiente, atingir postos de comando nas singulares, também

a renovação constante de quadros é uma realidade e esse fato determina entender-se como uma permanente renovação de quadros. São dois raciocínios que parecem conflitantes, mas, à luz de uma reflexão mais minuciosa, são concordantes e apontam para a busca da excelência do Sistema UNIMED (Anexo 41).

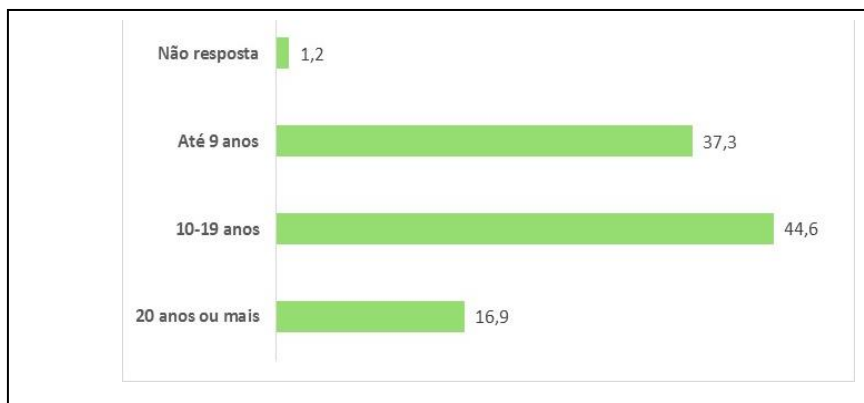


Gráfico 17. Qual o seu tempo de dirigente nessa UNIMED (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 06 (*Qual o cargo que você exerce atualmente*) – As respostas foram: Presidente, 71,1%; Vice-presidente, 12,0%; Diretor Financeiro, 2,4%; Diretor Administrativo, 3,6%; Diretor Comercial, 1,2%; Diretor Operacional, 1,2%; Diretor de Mercado, 1,2%; Diretor de Recursos Assistenciais, 1,2%; Outros, 4,8%. Os dois primeiros percentuais merecem especial análise. Presidente, 71,1% e vice-presidente, 12,0%. Somados, 83,1%. A dedução que se tira é que, apesar de a diretoria e as decisões serem colegiadas, conforme será visto adiante, quem fala, de fato, pela cooperativa, é o presidente. Esse fato, resposta majoritária pela presidência, demonstra a seriedade que foi dispensada à pesquisa, que dá a ela a mais conveniente credibilidade, Ademais, ninguém melhor que a presidência da singular para atestar ser fidedigna a informação (Anexo 41).

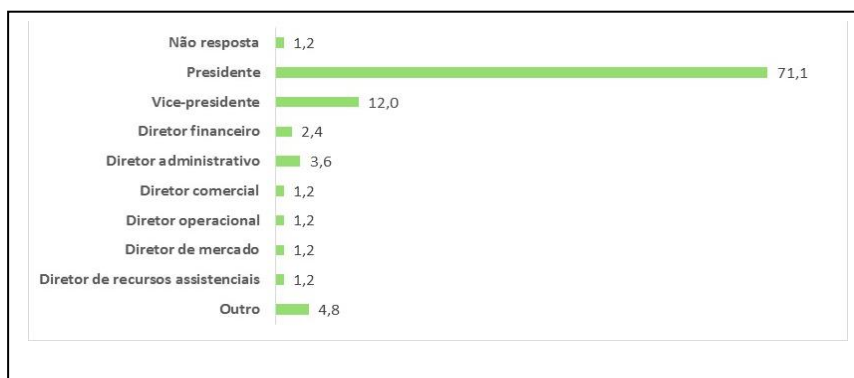


Gráfico 18. Qual o cargo que você exerce atualmente (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 07 (*Você possui pós-graduação em Gestão/Administração*) – As respostas: sim, 56,6% e não, 43,4%. Os resultados são surpreendentes. Uma maioria bem confortável dos dirigentes adentrou na área de Gestão/Administração, diversa, portanto, da sua atividade fim, que é a Medicina. Fazer uma pós-graduação em Gestão/Administração demonstra que o dirigente de UNIMED entende que precisa de conhecimentos técnicos para efetivar o seu mister de maneira mais profícua. O aprimoramento administrativo e gerencial, mostrado na pesquisa, não pode ser considerado um fato ocasional, mas uma política de aprimoramento na atividade meio do dirigente, que é gerir os destinos e o patrimônio de sua singular. Os dados levam à inferência de que se trata de uma política da própria UNIMED DO BRASIL. Compreende-se, assim, que o crescimento do Sistema UNIMED não foi casual, mas um processo resultante de inúmeras variáveis distintas e a qualificação dos dirigentes pode ser considerada como uma das mais fundamentais. Doutra forma, porém, o percentual de 43,4% de dirigentes que não caminharam para uma qualificação mais esmerada em gestão/administração demonstra que há quase a metade de um caminho para se percorrer. Esse fato já guarda uma sugestão para as singulares e para as confederações: a meta de 100% de qualificação dos dirigentes das UNIMEDs em gestão/administração deve ser perseguida e finalizada (Anexo 41).

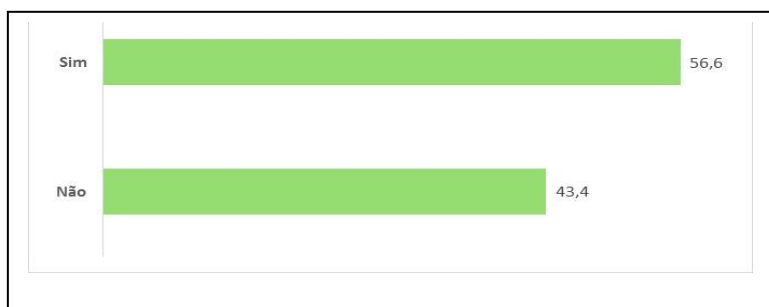


Gráfico 19. Você possui pós-graduação em Gestão/Administração (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 08 (*Se possui pós-Graduação, em qual área*) - As respostas: Gestão de Empresas, 32,5%; Gestão de Pessoas, 1,2%; Gestão de Serviços, 2,4%; Gestão Financeira, 0%; Gestão e Marketing, 1,2%; Gestão em Saúde, 2,4%; Gestão em Cooperativas de Saúde, 1,2%; Gestão de Cooperativas, 3,6%; Auditoria, 1,2%; Perícia Médica, 2,4%; Planos de Saúde, 1,2%; Saúde Coletiva, 2,4%; Saúde Pública, 3,6%; Medicina da Família e da Comunidade, 1,2%; Gestão de Administração

Cooperativa, 1,2%; Promoção de Saúde, 2,4%; Medicina do Trabalho, 3,6%; Outros, 14,5%. As muitas denominações sobre diferentes tipos de pós-graduações em gestão demonstram, do ponto de vista metodológico, em educação, que se trata de um assunto novo e em evolução. Mas, se somadas todas as pós em “gestão”, chega-se a um percentual próximo a 50% e, nesses, destaca-se a gestão em empresas. Essa questão é absolutamente concordante com as análises anteriores: o médico, gestor da UNIMED, sentiu a necessidade de se qualificar e o fez. Esta desdobra-se pois, ao analisarmos os percentuais dentro da rubrica de “outros”, chega-se à conclusão de que metade delas está na área de gestão/administração (Anexo 41).

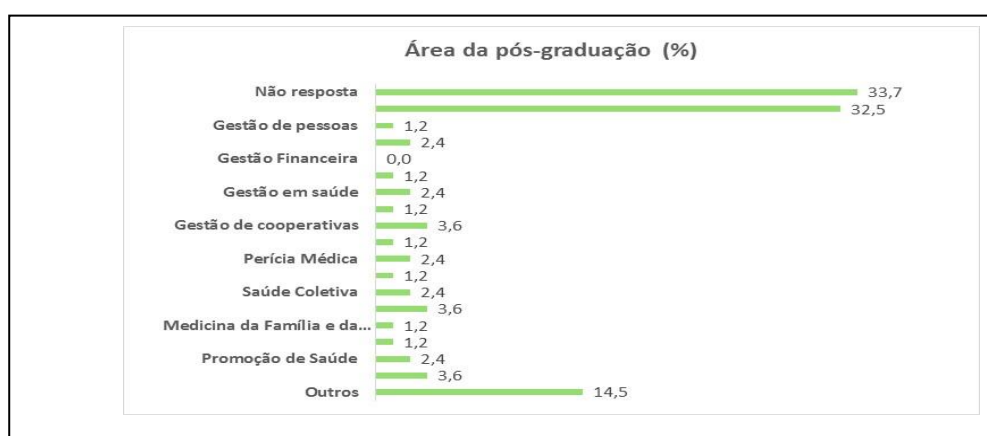


Gráfico 20. Se possui pós-Graduação, em qual área (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 09 (*A UNIMED na qual trabalha tem quantos anos de existência*). As respostas foram: até 09 anos, 0%; 10-19 anos, 20,5% e 20 anos ou mais, 79,5%. Das respostas, infere-se que não estão sendo criadas novas cooperativas. Ao se colocar esse dado em análise, pode-se afirmar que o Sistema UNIMED está envelhecendo e/ou, também, que está havendo uma hipertrofia das UNIMEDs antes estabelecidas, já que o número de usuários do sistema tem crescimento. Os dados também levam a outras leituras, tais como: o Sistema UNIMED estaria, aos mesmos moldes das Medicinas de Grupo, comprando serviços médicos na rede privada, o que decerto é contrário ao ideário cooperativista, ou, o que dá no mesmo, a Central Nacional UNIMED estaria se comportando como uma Medicina de Grupo, usando a rede própria do Sistema UNIMED e a rede privada, de maneira complementar. Cabe, é claro, maior aprofundamento a ser realizado em outras pesquisas, contudo são inferências possíveis (Anexo 41).

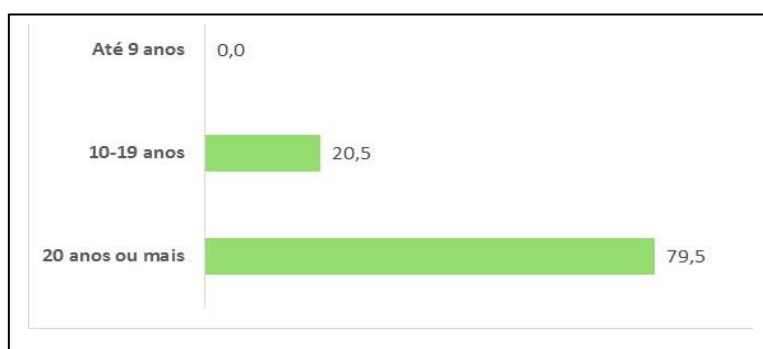


Gráfico 21. A UNIMED na qual trabalha tem quantos anos de existência (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 10 (*Há quantos cooperados na UNIMED em que você trabalha*). Essa questão não segue a classificação da UNIMED do BRASIL, de porte das UNIMEDs: pequeno, médio e grande porte, até porque essa classificação estriba-se no número de usuários. Registra-se, inclusive, que não há uma classificação de UNIMEDs, levando em consideração o número de cooperados. Nesse caso, as UNIMEDs foram elencadas, quanto ao número de seus cooperados, em quatro níveis: até 20 cooperados, 21-50 cooperados, 51-80 cooperados e mais de 80 cooperados. As respostas, respectivas, foram: 1,2%, 12,0%, 15,7% e 69,9%. Como a questão anterior caminha no sentido de que não estão se formando novas UNIMEDs, nessa questão está claro o desinteresse de se formar UNIMEDs em pequenos municípios, o que é compreensível: custos de implantação, risco financeiro e as medidas oriundas do governo brasileiro que dificultam a operacionalização de operadoras. De fato, há muitas dificuldades para uma UNIMED, recém formada, ser operadora, atendendo a todos os requisitos legais pertinentes. Os dados deixam clara esta dificuldade (Anexo 41).

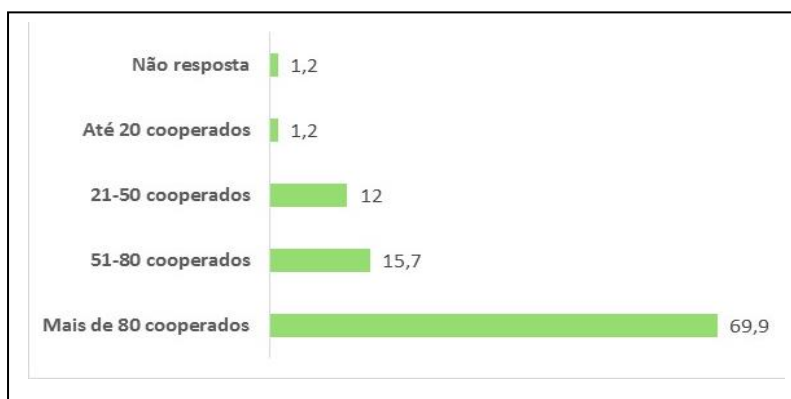


Gráfico 22. Há quantos cooperados na UNIMED em que você trabalha (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 11 (*Há quantos funcionários na UNIMED em que você trabalha*). Os percentuais foram: até 50 funcionários, 30,1%; 51-99 funcionários, 15,7% e 100 ou mais funcionários, 51,8%. As respostas determinam absoluta concordância com as questões anteriores: pouca penetração de cooperativas em pequenas cidades, que é a mesma coisa que concentração de atividades em maiores conglomerados urbanos: mais da metade das UNIMEDs possuem mais de 100 colaboradores e, pelo entendimento mais simples, não seriam pequenas empresas (Anexo 41).

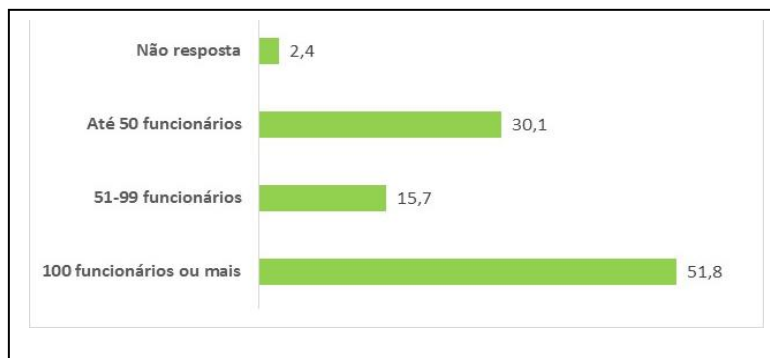


Gráfico 23. Há quantos funcionários na UNIMED em que você trabalha (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 12 (*Há quantos usuários na UNIMED em que você trabalha*) – Os níveis vão de até 10.000 a mais de 50.000, em gradações de 10.000 usuários, com os seguintes percentuais: até 10.000 usuários, 15,7%; 10.001 a 20.000 usuários, 26,5%; 20.001 a 30.000 usuários, 12,0%; 30.001 a 40.000 usuários, 7,2%; 40.001 a 50.000 usuários, 8,4% e mais de 50.000 usuários, 27,7%. A UNIMED DO BRASIL, conforme mostrado nessa tese, classifica as UNIMEDs em de pequeno, médio e grande porte: pequeno, com até 19.999 usuários; médio, de 20.000 a 99.999 usuários e grande, com mais de 100.000 usuários. As duas metodologias podem ser comparadas nos estratos da pesquisa de até 20.000 usuários, que chega a um percentual de UNIMEDs de 42,2%, enquanto a UNIMED DO BRASIL aponta para 50%. A diferença entre esses dois percentuais é concordante e indica que as políticas de aprimoramento da gestão, nas UNIMEDs, deve focar para o grupo de UNIMEDs de pequeno porte, praticamente metade das singulares, pois como pequenas operadoras têm mais dificuldades que as médias e grandes UNIMEDs (Anexo 41).

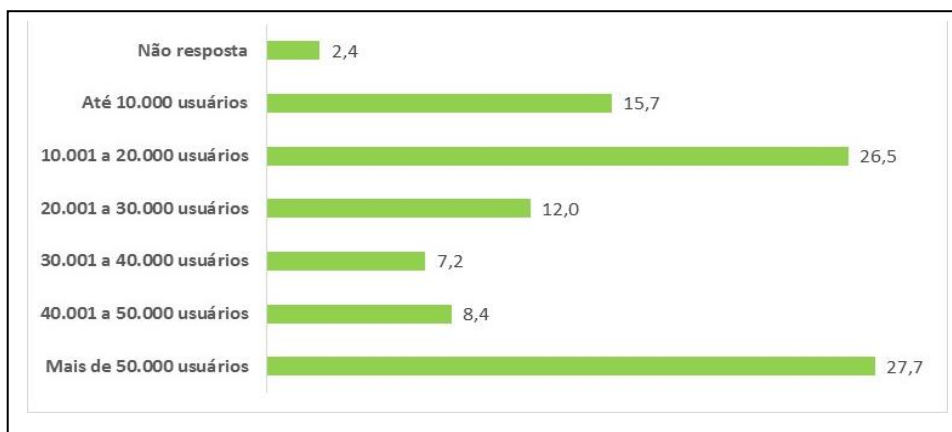


Gráfico 24. Há quantos usuários na UNIMED em que você trabalha (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 13 (*A comunicação entre dirigentes é formal*) – As respostas são mais que esclarecedoras. Sempre, 51,8%; a maioria das vezes, 28,9%; algumas vezes, 13,3%; raramente, 4,8% e nunca, 1,2%. Definitivamente, a UNIMED não é uma empresa informal. Ainda que os dirigentes estejam em mesmo nível hierárquico, todos médicos, todos eleitos igualmente, subtende-se haver, também, um consolidado nível de personalidade entre eles, mesmo assim optaram por serem formais na gestão. Poderiam optar pela informalidade, mas com certeza sabem que a informalidade é um grande caminho para decisões isoladas e decisões isoladas não se coadunam com democracia decisória, aspecto marcante da atividade cooperativa do Sistema UNIMED (Anexo 41).

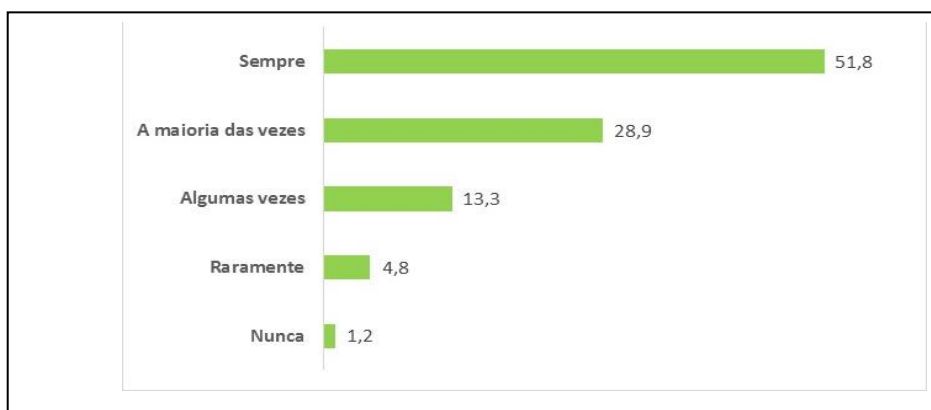


Gráfico 25. A comunicação entre dirigentes é formal (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 14 (*A comunicação entre funcionários é formal*) – As respostas: sempre, 43,4%; a maioria das vezes, 41%; algumas vezes, 9,6%; raramente, 2,4% e nunca, 1,2%. O melhor termo para designar o pessoal de apoio em uma cooperativa, que são responsáveis pela atividade meio, mesmo sendo regidos pelo arcabouço legal

costumeiro e obrigatório no Brasil – a CLT – em vez de funcionários, melhor denominá-los de colaboradores. O modelo de comunicação entre eles segue o padrão percentual da comunicação entre dirigentes, com melhoras. Seria incompreensível se fossem díspares e demonstram que os bons feitos e boas práticas entre dirigentes e colaboradores se comunicam (Anexo 41).

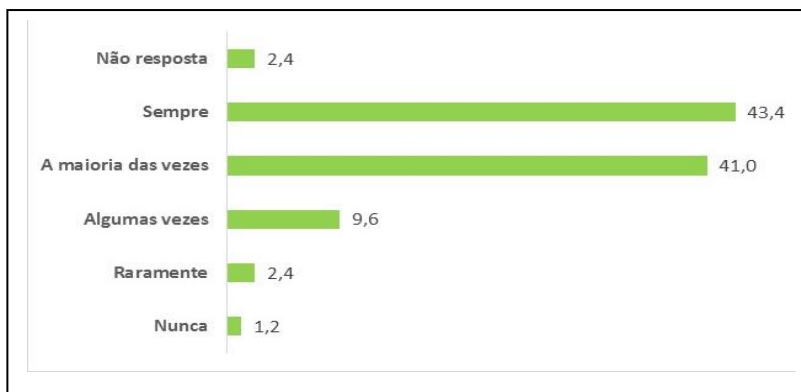


Gráfico 26. A comunicação entre funcionários é formal (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 15 (*A comunicação dos dirigentes para os funcionários é formal*) –

As respostas: sempre, 38,5%; a maioria das vezes, 40%; algumas vezes, 12,3%; raramente, 6,2% e nunca, 1,5%. O percentual de sempre e maioria das vezes, próximo a 80%, tem convergência com as duas questões anteriores. A dedução, a partir dos percentuais, é que as singulares não palmilham no imprevisto e informalidade, concluindo-se que o negócio UNIMED, por todas as interrelações legais, financeiras e pessoais, adquiriu uma dimensão de gestão profissional que a informalidade seria inaceitável para os padrões atuais. Analisadas em conjunto, as questões 13, 14 e 15 dão retrato dos processos de comunicação interna das singulares, revelando-se satisfatório, o que aponta para a busca da excelência em gestão do processo de comunicação na instituição (Anexo 41).

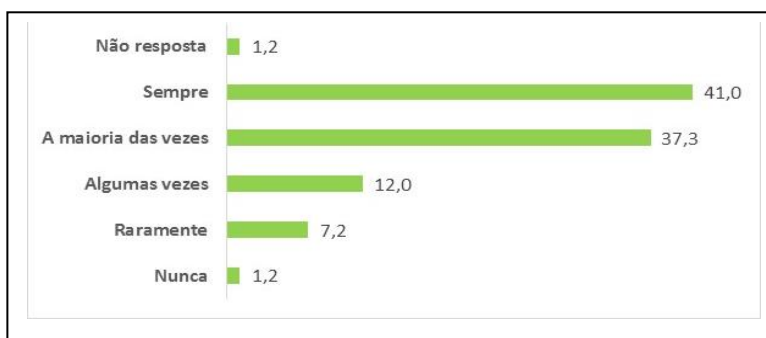


Gráfico 27. A comunicação dos dirigentes para os funcionários é formal (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 16 (*O processo de contratação de funcionários é na forma de concurso, seleção ou entrevista*) - Os percentuais são esclarecedores: sempre, 78,3%; a maioria das vezes, 16,9%; algumas vezes, 3,6%; raramente e nunca, 0%. A forma de seleção e contratação de colaboradores determina o perfil de uma empresa, se amadora ou se profissional, ou melhor, se segue ou não segue estratégias profissionais de gestão. Esse quesito, portanto, ao identificar que quase 80% das singulares fazem a escolha de seus colaboradores por concurso/seleção/entrevista, confirma o que se vem inferindo quanto ao processo avançado de gestão profissional das UNIMEDs. É possível, ainda, relacionar tal condição ao fato de que, como política de pessoal, o Sistema UNIMED vem primando pela qualificação de seus quadros, em consonância com a missão, a visão e os valores da instituição (Anexo 41).

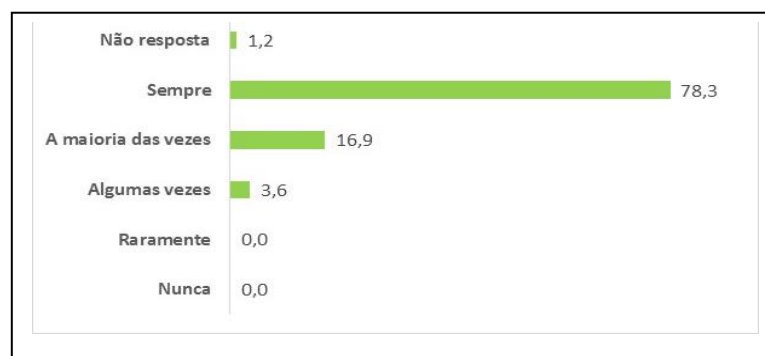


Gráfico 28. O processo de contratação de funcionários é na forma de concurso, seleção ou entrevista (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 17 (*Na sua UNIMED, os procedimentos são formalizados em manuais, fluxogramas, normas, diretrizes ou protocolo*) – As respostas foram: sempre, 41%; a maioria das vezes, 43,4%; algumas vezes, 12%; raramente, 2,4% e nunca, 1,2%. Novamente, os percentuais que apontam para o perfil de uma empresa saudável e de gerência profissional caminham para 90%. A presença desses mecanismos já testados (manuais, fluxogramas, normas, diretrizes, protocolos), que devem ser seguidos por todos, informam que as singulares do Sistema UNIMED, nesses anos, criaram uma cultura organizacional que, como toda cultura, não é imutável, definitiva, mas definitivo será sempre o processo cultural. Uma cultura empresarial testada, eficiente e eficaz é a melhor arma contra o inusitado e improvisação. O Sistema UNIMED tem uma cultura organizacional consolidada (Anexo 41).

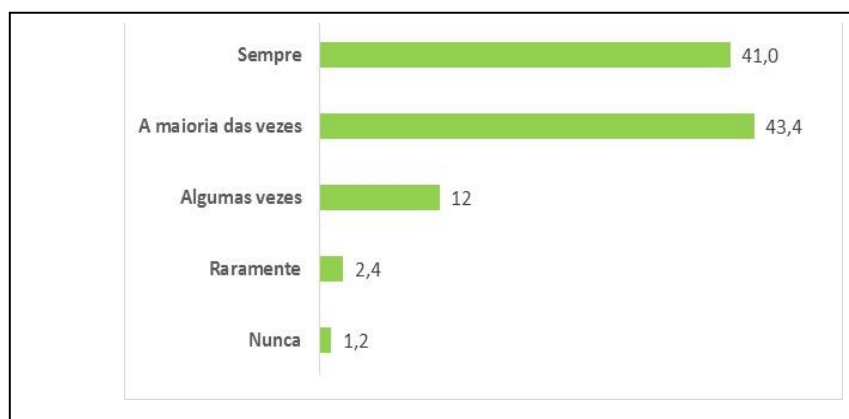


Gráfico 29. Na sua UNIMED, os procedimentos são formalizados em manuais, fluxogramas, normas, diretrizes ou protocolo (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 18 (*Os funcionários de sua UNIMED apresentam ideias e participam das decisões que levam a melhorias na prestação dos serviços*) - Os percentuais são: sempre, 24,1%; a maioria das vezes 50,6%; algumas vezes, 22,9%, raramente, 2,4% e nunca 0%.

Uma contextualização precede a análise dos dados desse item, haja vista ser relevante para a inferência dos percentuais o conhecimento da hierarquia das decisões no sistema. É que, no Sistema UNIMED, coexistem diferentes modos de gestão como, por exemplo: o estabelecido entre os médicos cooperados, baseado na Constituição Federal, lei das cooperativas e legislações afins; o estabelecido entre a UNIMED, através das diretorias executivas, com seus colaboradores, com base na CLT e a relação da UNIMED com seus fornecedores de insumos e serviços que seguem relações contratuais comuns, entre partes. (Esta variedade de gestão estabelece um sistema de microgestões dentro das UNIMEDs. No item 7.4, tratamos desta questão com mais profundidade).

É importante frisar que esses microcosmos são distintos, mas se comunicam e sofrem interseções. O que mais interessa, nessa tese, e que está na questão proposta, é a interseção entre colaboradores e diretoria executiva, sobre os mecanismos decisórios dentro da cooperativa. Nesses termos, o dono é o médico, mas a operacionalização é dos colaboradores, em regra, divididos em gerências específicas. O médico, em seu consultório e/ou hospital, recebe um produto acabado, com o nome de usuário. Esse usuário só é realidade, após um longo processo de depuração, que inicia no departamento comercial, na perícia, informática e, finalmente, após cumprir as carências

determinadas em lei, estará apto para receber a atenção necessária e determinada por lei: o seu atendimento na rede do sistema.

Os dados nos levam a entender que a UNIMED ideal seria aquela em que cooperados e colaboradores estivessem em mesmo plano de discussão, ainda que jamais possam estar em mesmo plano de decisão. Quando só em 24,1% a comunicação e a inter-relação se dão de maneira plena (sempre), entende-se que a instituição tem um passivo a recuperar neste âmbito. A razão determinante desse fato explica-se pela dimensão histórica da cultura organizacional, posto que o médico pioneiro da UNIMED não possuía práticas de gestão, conforme focado no início desse trabalho, tendo sido transposto, circunstancialmente, do seu mister de tratamento e cura de pacientes e, de repente, se torna um executivo de empresa. O que, para uma instituição que se orienta pelo sistema democrático de gestão, revela-se um desafio.

Infelizmente não é conhecido, de maneira científica, o perfil dos iniciadores do Sistema UNIMED, mas é evidentemente certo que se tratava somente de um médico, com a solidão própria dessa profissão. A questão 07 mostra que o médico da atualidade já adentrou no aprimoramento em gestão, para melhor se contrapor às dificuldades próprias de ser um empresário em um mundo cada vez mais competitivo e terminantemente globalizado. A questão ora em análise mostra que ainda há um grande caminho para evolução da relação entre cooperados e colaboradores, mas um aspecto é relevante: o dado numérico favorável está no percentual 0%, para o nunca e 2,4% ao raramente (Anexo 41).

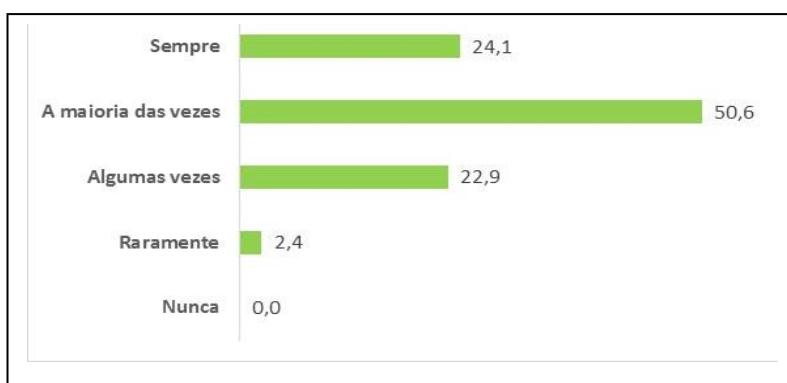


Gráfico 30. Os funcionários de sua UNIMED apresentam ideias e participam das decisões que levam a melhorias na prestação dos serviços (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 19 (*Os funcionários da sua UNIMED conhecem o negócio e as estratégias de gestão*) – As respostas: sempre, 28,9%; a maioria das vezes, 54,2%;

algumas vezes, 14,5%; raramente e nunca, 1,2%, respectivamente. De plano, o desconhecimento do negócio UNIMED pelos colaboradores é mínimo, explicado, evidentemente, pelo modo de escolha, explicitado na questão 16 (escolha profissional dos colaboradores). O dirigente de UNIMED, que respondeu ao questionário, reconhece que o seu colaborador é competente no negócio: mais de 80% afirmam que os seus colaboradores estão entre os que sempre conhecem e que conhecem na maioria das vezes. Portanto, conhecem. Ao se analisar a questão com foco na questão anterior, observa-se que há um bom percentual a ser percorrido pelas diretorias executivas: há mais de 20% de UNIMEDs que precisam ouvir mais e melhor os seus colaboradores, já que, repita-se, mais de 80% sabem ser esse colaborador um conhecedor de sua atividade. Esse caminho se completaria quando todas as singulares tivessem como prática de gestão ouvir aqueles que mais entendem da atividade meio: o colaborador (Anexo 41).

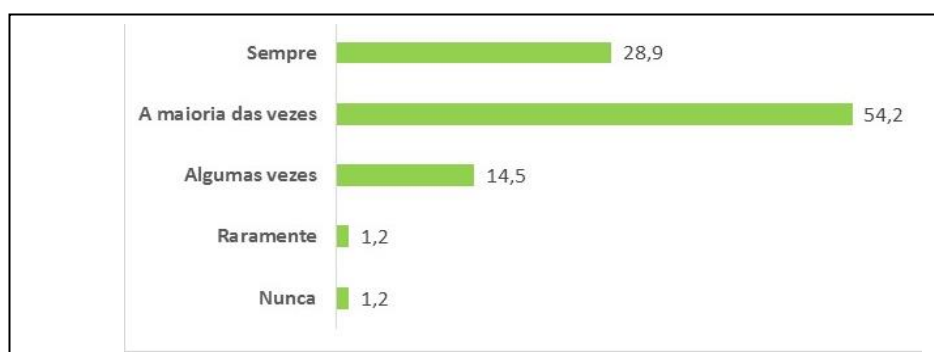


Gráfico 31. Os funcionários da sua UNIMED conhecem o negócio e as estratégias de gestão (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 20 (*Há mecanismo de integração entre os funcionários e dirigentes em sua UNIMED*) – As respostas foram: sempre, 43,4%; a maioria das vezes, 27,7%; algumas vezes, 24,1%; raramente, 2,4% e nunca, 0%. Essa questão guarda compatibilidade percentual e operacional com as questões anteriores. A integração é a possibilidade de dois entes distintos (cooperados e colaboradores, no caso) falarem a mesma linguagem e perseguirem os mesmos objetivos. Na análise dos percentuais, observa-se que isso está sendo alcançado, mas a mesma análise aponta para as falhas e revelam ainda uma centralização nas decisões, impedindo a integração em níveis satisfatórios para a integração entre dirigentes e funcionários. Voltando à análise percentual, em 24,1% de UNIMEDs a integração só ocorre algumas vezes e, em 2,4%, raramente ocorre. Tal indica, repita-se, um bom caminho a ser perseguido para modificação desses percentuais, no objetivo de uma gestão plena (Anexo 41).

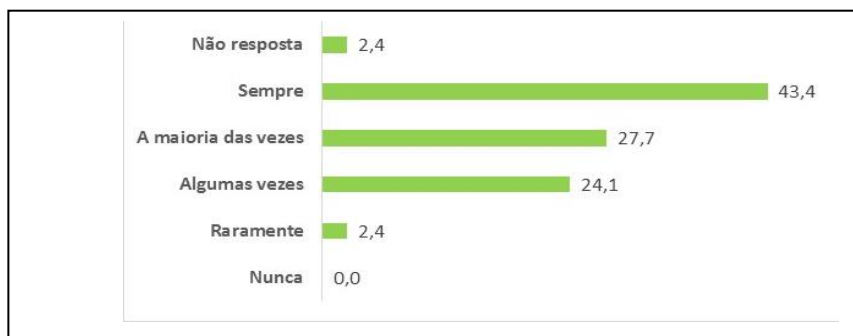


Gráfico 32. Há mecanismo de integração entre os funcionários e dirigentes em sua UNIMED (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 21 (*A sua UNIMED possui mecanismos de avaliação de desempenho de seus funcionários*) – As respostas: 67,5% sim e o não corresponde a 28,9%. O desempenho é a categoria indicativa da eficiência de algo ou alguém. Nesse item, a avaliação, apesar de numericamente ser favorável, mostra, também, que há ainda um percentual significativo de necessidade de avaliação. Como 28,9% das UNIMEDs não avaliam a performance de seus colaboradores, isso se torna um número desconfortável, quando se deseja gestão plena de desempenho, qualidade e eficácia (valores da instituição). Deduz-se, pois, que essa avaliação só será satisfatória, quando o “sim” se aproximar de 100%. Doutra forma, a avaliação em desempenho de 67,5% de singulares já encaminha o entendimento da formatação de uma cultura organizacional no sistema, como será comprovado na parte final desse capítulo (Anexo 41).

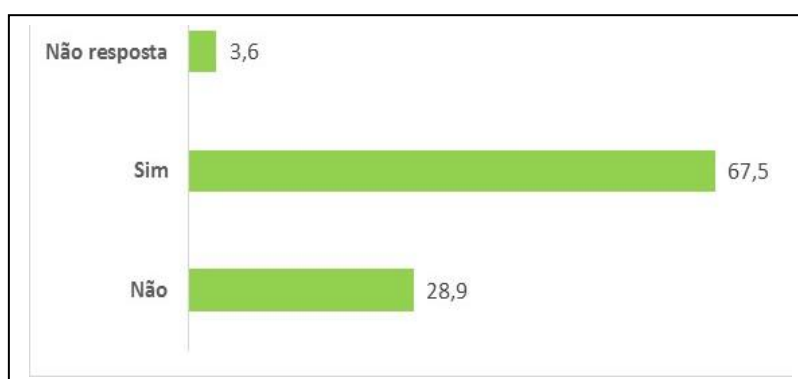


Gráfico 33. A sua UNIMED possui mecanismos de avaliação de desempenho de seus funcionários(%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 22 (*A sua UNIMED possui mecanismos de avaliação de seus cooperados*) – Os percentuais são: sim, 22,9% e não, 75,9%. Esse item reserva uma complexidade que deve ser explicitada, antes da inferência dos dados, tendo em vista que o desempenho do cooperado é o clímax da atividade UNIMEDiana. Assim sendo,

tudo pode funcionar bem, do atendimento burocrático, às clínicas modernas, aos hospitais de referência, ao setor de exames e imagens de alto padrão, entre outros componentes de um atendimento de qualidade, mas, se o atendimento médico não for satisfatório, tudo se torna desimportante.

Nesse sentido, o fato de que somente em 26,2% de UNIMEDs se faz a avaliação de desempenho é um dado relevante para nossa pesquisa e aponta uma contradição no que se refere ao desenvolvimento da cultura organizacional de uma empresa que, mesmo híbrida quanto às suas orientações e práticas, transitando, portanto, entre as lógicas do capitalismo e do socialismo, conforme se discutiu no enquadramento teórico desse trabalho, vê declinar o seu projeto de desempenho eficiente por ter em seu pilar mais importante (o médico cooperado) a dificuldade de se auto avaliar. Tal situação demonstra, primeiro, que é difícil a avaliação entre iguais. Explica-se: não há hierarquia, nem dever de obediência entre cooperados; mesmo os diretores não guardam superioridade explícita sobre os cooperados. A Assembleia Geral pode estabelecer regras, comitês específicos, incluindo o comitê de ética, mas tudo isso passa muito ao largo de uma avaliação em desempenho.

Outra dificuldade é se determinar o que significa bom ou mau desempenho de um cooperado. As variáveis são inúmeras. É o que atende com mais atenção? O que mais demora na relação médico-paciente? O que disponibiliza mais tempo para a sua cooperativa? O que pede menos exames complementares, sem comprometer a qualidade do atendimento? O que tem maior desempenho na unidade da cooperativa? O que tem mais tempo de atividade na cooperativa? Estamos no âmbito de uma categoria de análise multifocal (o desempenho do médico cooperado). E entende-se que todos os questionamentos anteriores guardam a mesma importância e precisam ser trabalhados e avaliados com regularidade.

Reflete-se, por oportuno, que, caso essa avaliação fosse em uma concorrente do Sistema UNIMED, uma medicina de grupo, por exemplo, o percentual se aproximaria mais de níveis de excelência, uma vez que a avaliação de desempenho nas medicinas de grupo, seguradoras e similares é feita de maneira automática e, muitas vezes, sem reserva. Entende-se, portanto, que o mesmo diferencial de o médico ser o dono da cooperativa, que dá qualidade ao sistema UNIMED, no quesito qualidade de atendimento ao usuário, na atividade fim da cooperativa, torna-se contraproducente para sua singular e, conseqüentemente, para o sistema como um todo. O dono, portanto, funciona como um diferencial negativo para o sistema (Anexo 41).

Ainda, da inferência dos dados, chama atenção as diferenças percentuais dessa questão, com a questão anterior. Quando é para avaliar o desempenho do colaborador, o percentual de singulares que o fazem é de 67,5%, mas quando a mesma avaliação de desempenho volta-se para o cooperado, cai, drasticamente, para 22,9%. Como essa avaliação, quer do colaborador, quer do cooperado, será sempre uma determinação da Diretoria Executiva da singular, não é lógico que os percentuais entre cooperados e colaboradores seja tão discrepante, ou a Diretoria Executiva entenda a avaliação do colaborador seja mais importante e fundamental que a avaliação do cooperado.

Alguém poderia objetar que, como o sistema está em perene crescimento, seria descartável essa avaliação. Esse raciocínio não prospera à luz de argumentos: o crescimento atual poderia ser bem maior se o médico tivesse melhor desempenho. Resta uma certeza: a única maneira de se evidenciar a realidade é avaliando o desempenho de seus cooperados. Essa, sem dúvida, se constituirá como uma das principais sugestões, no capítulo final dessa tese (Anexo 41).

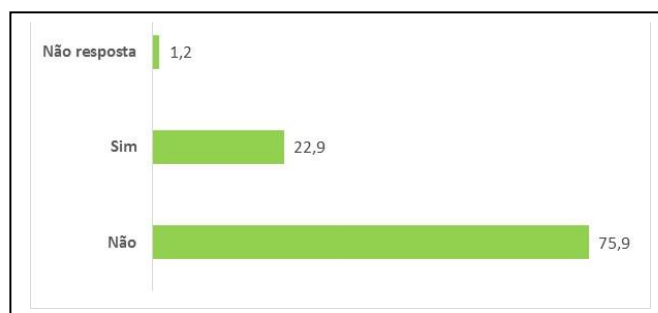


Gráfico 34. A sua UNIMED possui mecanismos de avaliação de seus cooperados (%)
(Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 23 (*A sua UNIMED possui mecanismos de avaliação dos seus diretores*). Os números são: sim, 21,7% e não, 74,7%. Entende-se que os percentuais neste item guardam sintonia com a questão anterior, tendo em vista que, novamente, registram-se níveis baixos de avaliação de desempenho. Desta feita, da Diretoria Executiva com um percentual menor que da questão anterior. Tal decorre do agravante de que a Diretoria Executiva da singular desfruta do poder político e, tal qual os moldes da política tradicional, o poder político costuma não olhar para si mesmo. Há uma convicção espalhada na política brasileira e, talvez, mundial, de que a avaliação daqueles que exercem atividade executiva se dá a cada eleição: os aprovados se reelegem ou elegem pessoas do seu grupo e os reprovados não alcançam êxito. A argumentação é lógica. Mas lógica e correção não são sinônimos. Uma diretoria pode ter bom, médio ou mau desempenho. Mas é muito difícil a mensuração do bom, do

médio e do mau desempenho. Talvez pudesse ser criado algum mecanismo que avaliasse, até mesmo entre si, os conselhos constitutivos de cada singular, incluindo o Conselho de Administração e a própria Diretoria Executiva. Essa avaliação (até constatação), sabe-se a priori ser de difícil execução. Do mesmo modo de que lógica e correção, acima comparados, não são sinônimos, dificuldade e impossibilidade não possuem o mesmo significado. É difícil fazer, mas é muito necessária essa avaliação. O fato é que o baixo índice de avaliação da Diretoria Executiva e Conselhos revelam-se, mais uma vez, como uma contradição que pode ser entendida tanto pela correlação com a atividade política tradicional como também pela falta de mecanismos legais que regulem essa avaliação (Anexo 41).

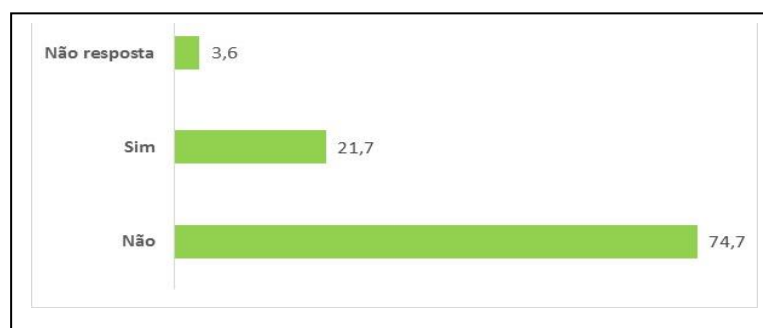


Gráfico 35. A sua UNIMED possui mecanismos de avaliação dos seus diretores (%)
(Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 24 (*Há mecanismos de integração entre diretores e cooperados*) – As respostas percentuais foram: sempre, 28,9%; a maioria das vezes, 34,9%; algumas vezes, 26,5%; raramente, 8,4% e nunca, 1,2%. Como diretores e cooperados, são todos cooperados, portanto uma relação entre iguais, entende-se natural o percentual quase zero para o “nunca”. Como também é natural, pelo mesmo motivo, o percentual de 28,9% para o “sempre”. E ainda, por serem todos cooperados, não é natural para o sistema, que em mais de 30% das singulares, diretores e cooperados não se integrem ou pouco se integrem (Anexo 41).

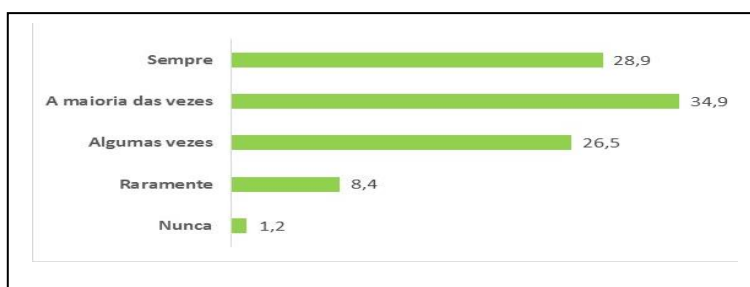


Gráfico 36. Há mecanismos de integração entre diretores e cooperados (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 25 (*As decisões da cooperativa são colegiadas*) – As respostas foram: sempre, 60,2%; a maioria das vezes, 32,1%; algumas vezes, 8,4%; raramente, 1,2% e nunca, 0%. As respostas demonstram, no que tange ao poder de decisão, que a instituição tem uma cultura democrática quando, entre cooperados, relação na qual não resta muito espaço para decisões individuais e isoladas. E mais, tudo depende de um fato focado em outra questão anterior: decisões e relações entre iguais. Há aqui um contrassenso, se relacionarmos as inferências desses dados com as questões anteriores: o tratamento igualitário entre os cooperados, da mesma forma que dificulta a avaliação destes e da diretoria, também facilita as decisões colegiadas da cooperativa (Anexo 41).



Gráfico 37. As decisões da cooperativa são colegiadas (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 26 (*As decisões da Assembleia Geral são cumpridas pela Diretoria Executiva*) – As respostas foram: sempre, 96,4%; a maioria das vezes, 3,6% e 0% para algumas vezes, raramente e nunca. A questão, apesar de se entender obrigatória, é quase burocrática e as respostas absolutamente esperáveis. No arcabouço legal do sistema cooperativo brasileiro, tratado à exaustão nos primeiros capítulos, foi mostrado a valor e importância da Assembleia Geral, portanto nada mais esperado de que as suas decisões sejam seguidas por 100% das singulares (Anexo 41).

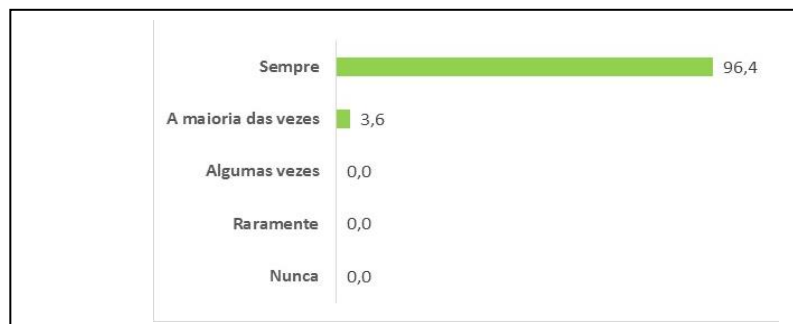


Gráfico 38. As decisões da Assembleia Geral são cumpridas pela Diretoria Executiva (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 27 (*A sua UNIMED possui mecanismos que permitam avaliar e melhorar as práticas de gestão e os padrões de trabalho*) – Os percentuais são: sempre, 38,6%; a maioria das vezes, 31,3%; algumas vezes, 18,1%, raramente, 10,8% e nunca, 1,2%. Não se trata, portanto, da avaliação de pessoas, mais de práticas e as práticas são mais fáceis de avaliação que as pessoas. Em questões anteriores (07,08 e 09) se observou a melhora em qualificação do cooperado dirigente. Essa questão enfoca o melhoramento contínuo das práticas administrativas, ou seja, analisa se a melhora do trabalho dos colaboradores é política da empresa. As respostas são concordantes com o corpo da pesquisa: 69,9% admitem ser essa prática exercitada sempre e na maioria das vezes. Esse percentual aponta para a confirmação do desenvolvimento de uma cultura instalada dentro da prática cooperativa da UNIMED. Do mesmo modo que em outras questões anteriores, já analisadas, ainda há um bom espaço a ser percorrido no objetivo de melhorar as práticas administrativas e culturais, dentro das singulares (Anexo 41).



Gráfico 39. A sua UNIMED possui mecanismos que permitam avaliar e melhorar as práticas de gestão e os padrões de trabalho (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

As questões 28 e 29 voltam ao enfoque da qualidade dos colaboradores e diretores. Antes o enfoque era se eles haviam se preparado tecnicamente para o exercício de suas atividades; agora, é se a sua cooperativa contribui para esse desenvolvimento e aprimoramento. As questões 28 e 29 serão vistas em conjunto. A **Questão 28** (*A sua UNIMED oferece oportunidade de treinamento e desenvolvimento/aprendizado aos funcionários*) – As respostas foram: sempre, 65,1%; a maioria das vezes, 25,3%; algumas vezes, 7,2%; raramente, 2,4% e nunca, 0%. **Questão 29** (*A sua UNIMED oferece oportunidade de treinamento/aprendizado aos seus diretores*) – As respostas foram: sempre, 61,4%; a maioria das vezes, 20,5%; algumas vezes, 12%; raramente, 2,4% e nunca, 1,2%. Surpreendeu o 2,4% de não resposta.

A semelhança dos dados percentuais permite fazer a análise conjunta das duas questões, conforme premissa afirmada antes. Ao oferecer oportunidade aos colaboradores e diretores para melhor treiná-los e capacitá-los, as singulares melhoram o padrão do sistema como um todo. Não foi perguntado, mas decerto esse aprimoramento e aprendizado têm a contribuição efetiva da UNIMED DO BRASIL, federações e confederações. Nesse sentido, treinamento/aprendizado é ferramenta fundamental na consolidação de uma cultura organizacional, singular, denominada nesse trabalho de cultura organizacional UNIMEDiana (Anexo 41).

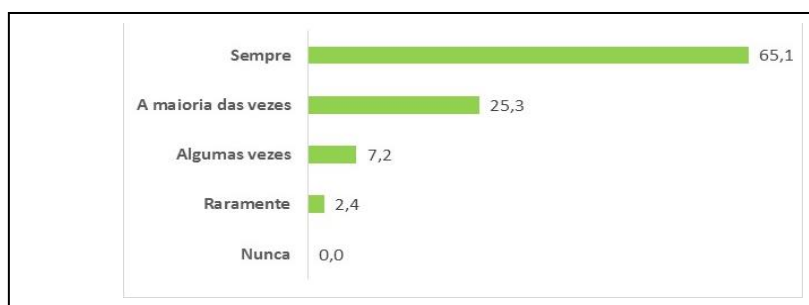


Gráfico 40. A sua UNIMED oferece oportunidade de treinamento e desenvolvimento/aprendizado aos funcionários (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

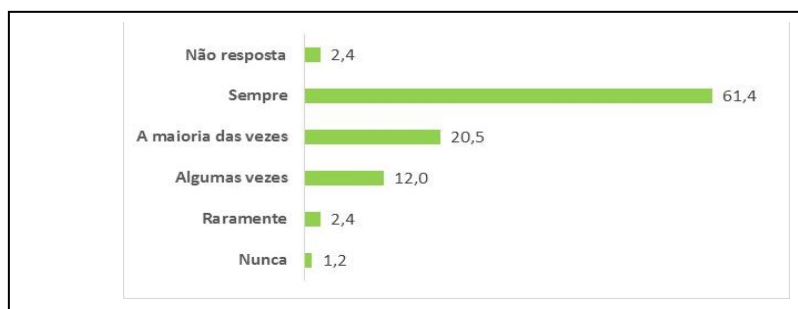


Gráfico 41. A sua UNIMED oferece oportunidade de treinamento/aprendizado aos seus diretores (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 30 (*Os cooperados recebem capacitação em Educação Cooperativista*) – foram essas as respostas: sempre, 36,1%; a maioria das vezes, 19,3%; algumas vezes, 28,9%; raramente, 14,5% e nunca, 1,2%. A educação cooperativista se realiza em percentuais que, embora não resultem sem importância, apontam para algumas questões fundamentais no que se refere à qualidade do sistema como um todo. Em primeiro momento, tem-se que a formação permanente (sempre) está abaixo de 50% de singulares o que implica descontinuidade na aprendizagem e, por consequência, nos padrões de excelência a serem perseguidos. Como somente 36,1% de singulares praticam a educação cooperativista em plenitude, a maioria que não a pratica determina

uma falta de homogeneidade nos padrões do Sistema UNIMED. Essa falta de padronização determinará que, mesmo que o sistema cresça como um todo, esse crescimento também apresentará desigualdades e, seguramente, desconformidades (Anexo 41).

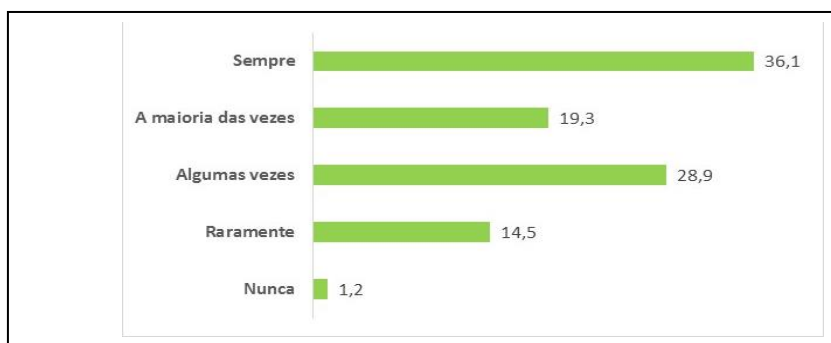


Gráfico 42. Os cooperados recebem capacitação em Educação Cooperativista (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 31 (*A empresa utiliza ferramentas de marketing com o objetivo de reforçar a sua marca*) – As respostas: sempre, 50,6%; a maioria das vezes, 31,3%; algumas vezes, 13,3%; raramente, 2,4% e nunca, 0%. Os percentuais de sempre e a maioria das vezes ultrapassam 80%, enquanto aquelas que nunca utilizaram apresentam 0% como resposta. Os resultados dessa ação integrada de valorização da marca UNIMED estão bem explícitos, no Relatório Panorama 2014, já apresentado, nessa tese, em capítulo anterior. O valor da marca, em qualquer ramo da atividade humana, é fator diferencial e no Sistema UNIMED não poderia ser diferente. Os dados confirmam ser este o maior diferencial da instituição. A marca UNIMED, reconhecida e respeitada, funciona como um dos maiores fatores de crescimento e consolidação do sistema dentro da sociedade brasileira (Anexo 41).

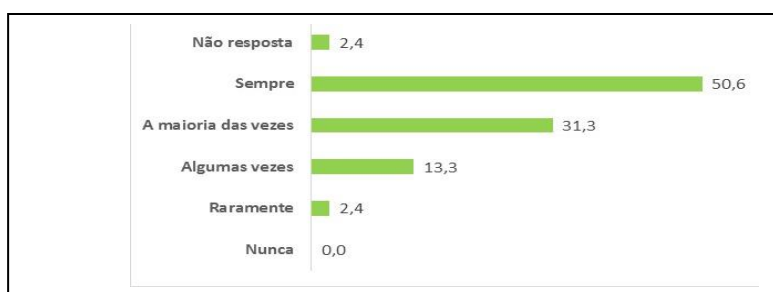


Gráfico 43. A empresa utiliza ferramentas de marketing com o objetivo de reforçar a sua marca (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 32 (*Em sua área de atuação, a sua UNIMED pratica responsabilidade socioambiental*) – O sim representou 89,2% e o não, 9,6%. O Relatório Panorama 2014, já mostrado nessa tese, informa que, em 2013, o Sistema

UNIMED disponibilizou a quantia de R\$ 1,56 bilhão em investimentos sociais. É absolutamente concordante esse valor com o percentual de quase 90% de singulares que afirmam ter responsabilidade socioambiental. Não se pode esquecer, também, que nesse mundo contemporâneo, globalizado, responsabilidade socioambiental se torna componente obrigatório, ético e com funções também mercadológicas e, no Brasil, as empresas que possuem essa prática recebem o codinome de empresas cidadãs. As UNIMEDs estão bem localizadas nesse estrato. E não se pode descuidar que esse fato está na base da valoração da marca UNIMED (Anexo 41).

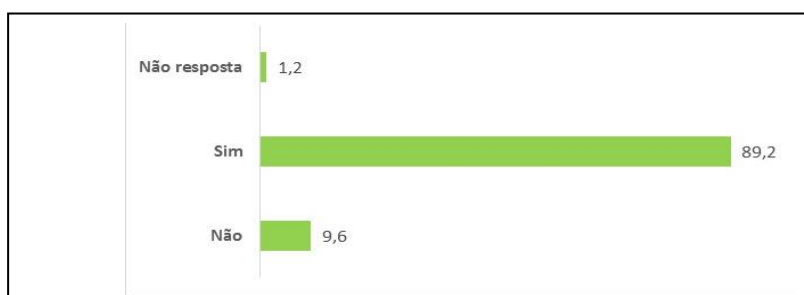


Gráfico 44. Em sua área de atuação, a sua UNIMED pratica responsabilidade socioambiental (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 33 (*As estratégias determinadas pelo Sistema UNIMED -UNIMED DO BRASIL - são aplicadas*) As respostas: sempre, 42,2%; a maioria das vezes, 45,8%; algumas vezes, 8,4%; raramente, 2,4% e nunca, 0%. A pesquisa visa às singulares, mas não poderia faltar uma questão situacional sobre o papel da UNIMED DO BRASIL, entidade ícone, real e representativa do Sistema UNIMED. É verdade que as singulares gozam de autonomia administrativa, operacional e financeira, tanto que a extinção de uma cooperativa não extingue o sistema, mas a compreensão do funcionamento sistêmico é que permite a existência de uma pequena singular, em um mundo tão competitivo, como o da Saúde Suplementar. Entender o papel sistêmico da UNIMED DO BRASIL é basilar e não pode ser menosprezado em nenhuma hipótese.

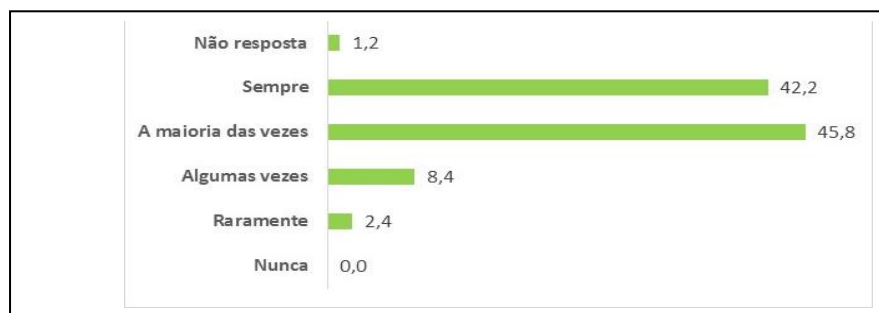


Gráfico 45. As estratégias determinadas pelo Sistema UNIMED -UNIMED DO BRASIL - são aplicadas (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

As questões 34 e 35 abordam, de forma diferente, de um mesmo conteúdo: tempo dispendido dos diretores para os negócios de sua singular. Sempre foi uma questão emblemática, como compatibilizar a atividade médica, assoberbada, envolvente e a atividade gerencial, sempre muito absorvente. Não seria melhor que o diretor, principalmente o presidente, ficasse integralmente à disposição dos negócios de sua singular? A resposta guarda vieses interessantes que passamos a discorrer abaixo.

O cooperado é dono, e o dono não pode cobrar nenhum direito trabalhista para si mesmo, nem previdenciário: ninguém se aposenta como diretor de cooperativa. Doutra forma, a ascensão a cargos de conselheiros e diretores é, obrigatoriamente, via eleições diretas, o que por si só guarda o risco da não reeleição. Caso o diretor se afaste de todas as suas atividades médicas individuais, ao perder a reeleição será um simples desempregado, do ponto de vista formal, mesmo que do ponto de vista da gestão, seja o “dono da cooperativa”. Não há nenhuma compensação financeira para quem perde a eleição. É importante destacar, nessa questão, que as UNIMEDs estão crescendo e a operacionalização dentro do setor Saúde Suplementar é cada vez mais complexa, o que resulta de uma maior exigência, tanto de qualidade do profissional diretor (como visto nessa tese), quanto do tempo dispendido no mister de dirigir (aumento da complexidade da empresa)

Apresentados os vieses, segue-se com os percentuais e a discussão da **questão 34** (*O tempo dispendido pelos diretores da cooperativa, para a gestão propriamente dita, diariamente, está por volta de*): menos de 2 horas, 9,6%; de 2 a 4 horas, 57,8%; mais de 4 horas, 30,1% e não é possível mensurar, 2,4%. As respostas mostram que a atividade diretiva disputa espaço com a atividade do profissional médico, mesmo com todas as objeções apontadas no parágrafo anterior. O que explica isso? Nosso estudo demonstra que, desde o nascedouro, a UNIMED foi a realização de um grande sonho. O sonho persiste, envolve e continua a ser determinante para as escolhas profissionais de muitos médicos. Mas os dados evidenciam, de igual modo, que a segurança econômico-financeira é um fator determinante para o cooperado dirigente, o que indica a necessidade de o Sistema UNIMED pensar na segurança econômico-financeira de quem é dirigente, principalmente se ele tiver dedicação exclusiva, fato a ser tratado na questão a seguir (Anexo 41).

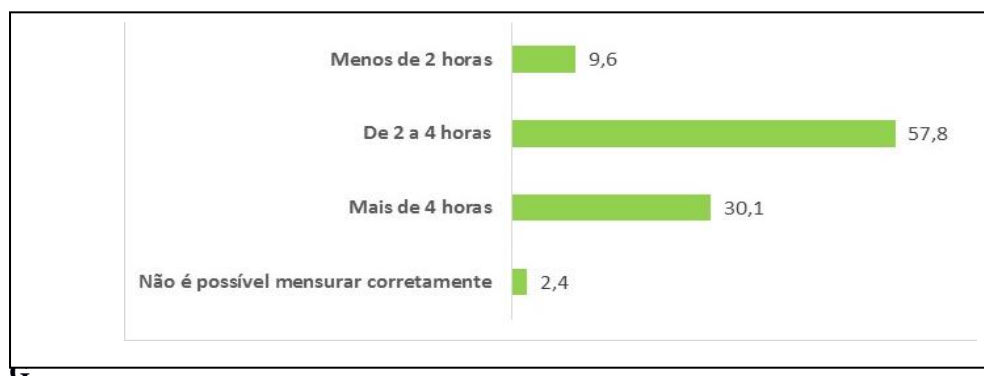


Gráfico 46. O tempo dispendido pelos diretores da cooperativa, para a gestão propriamente dita, diariamente (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

Questão 35 (*Quantos diretores têm dedicação exclusiva para o gerenciamento da cooperativa*) – As respostas foram: nenhum, 60,2%; um, 8,4%; dois, 8,4%; três, 13,3%; quatro, 3,6% e cinco ou mais, 6,0%. Essa questão segue a lógica da questão anterior, quanto ao médico deixar sua atividade médica clínica, para adentrar nos meandros da administração, no caso em epígrafe, na direção de uma UNIMED. As respostas apresentaram-se fora das hipóteses do pesquisador, ou seja, esperava-se que o grupo “nenhum” fosse o mais frequente e que a frequência diminuiria do “um até o cinco ou mais”. Não foi o que ocorreu. Surpreendentemente, no grupo de cinco ou mais diretores com dedicação exclusiva, encontram-se 6% de singulares e, convenha-se, um percentual significativo. Entretanto o percentual de quase 60% de UNIMEDs nas quais nenhum diretor tem dedicação exclusiva mostra, claramente, concordância com o arrazoado da questão anterior: não é fácil, para o médico, deixar suas atividades e dedicar-se plenamente aos negócios cooperativos(Anexo 41).

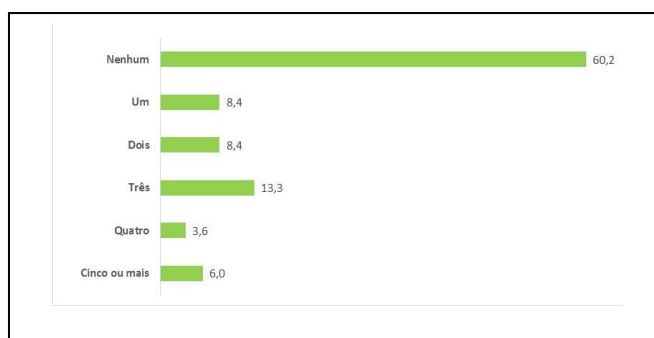


Gráfico 47. Quantos diretores têm dedicação exclusiva para o gerenciamento da cooperativa (%) (Elaboração própria, com base na análise do questionário)

7.3. Da liderança em relação ao Sistema UNIMED:

A dificuldade de se definir liderança foi exposta no corpo dessa tese, desde a discussão sobre o significado do termo liderança na concepção de: chefiar ou guiar ou alguém que adquirisse o direito de ser chamado de líder (Ramos da Silva, Penão, Pereira e Dellalibera-Joviliano, (2013) até as teorizações mais evidenciadas na literatura contemporânea. É importante ressaltar que a noção doutrinária sobre liderança, tanto no campo da ciência, como no entendimento comum das pessoas, ainda sintetiza alguém imponente, com poderes desmedidos, quase sobrenaturais. (Maximiano, 2008), apesar de as teorias contemporâneas terem abandonado esse paradigma. A difícil conceituação de liderança não impede de ela ser reconhecida e, em toda história da humanidade, o foi, principalmente porque a liderança há sempre de ser testemunhada. Ninguém é líder de si mesmo (Barros-Neto, 2006). Ressalva-se, por oportuno, que o exercício da liderança (que precede a quaisquer teorizações) não é novo, pois palmilha com o homem, desde os primórdios, quer no campo político, empresarial ou desportivo, por meio de pessoas, que influenciam o grupo para alcançar determinado objetivo (Mejia, 2007).

A questão posta nessa tese é desvendar que tipo de liderança ou lideranças explicam o Sistema UNIMED. Alguns informações já apresentadas no enquadramento teórico, são importantes na análise. Primeiro, a UNIMED surgiu de uma necessidade de um grupo, em um momento dramático da vida brasileira, no qual os seus fundadores tinham um grande ideal e um mar muito maior de dúvidas e incertezas. Segundo, o “negócio UNIMED” era de um risco absoluto. Uma cooperativa de trabalho, cujos trabalhadores não eram trabalhadores na definição mais castiça do que seria relação de trabalho; uma cooperativa de trabalho para um grupo incipiente e inusitado (médicos) e em um nicho de mercado nunca alcançado por cooperativas: plano de saúde. Terceiro, não havia crédito para o empreendimento. Não era descrédito, era crédito. Crédito na acepção diversa de valores financeiros. Os médicos, a sociedade e o próprio governo, pelo inopino do empreendimento, nem tinham razões para acreditar. Faltava experiência anterior, sobretudo porque qualquer atividade industrial, comercial ou similar instituída tinha parâmetros de sucesso ou desastre. A UNIMED, pela singularidade e pioneirismo, não tinha nenhum parâmetro comparativo. Não havia como acreditar. Não tinha crédito, reafirma-se.

Todo o contexto explicitado conduziu a uma indagação nesta pesquisa: que tipo de liderança emergiu para formar e consolidar a UNIMED no nascedouro desse empreendimento? No escopo desse trabalho, não há documentos que possam elucidar de forma incontestável esse questionamento, porém trazem-se à cena depoimentos históricos de quem vivenciou aqueles momentos, como vistos no Capítulo V (A Organização UNIMED) de autoria dos médicos Edmundo Castilho e Irion (1997).

Naquele momento inicial, é possível se ver uma forma de liderança descrita por Taylor: seleção cuidadosa de trabalhadores, adequados a repetitivas tarefas (médicos); recompensa pela produtividade (cooperativa de trabalho); com prosperidade máxima do empregado (deixou de ser explorado, para ser dono) e contributo para organização (como dono a sua contribuição seria sempre maior). Mesmo que o médico/pioneiro Edmundo Castilho não pensasse e nem conhecesse Taylor, esse já tinha descrito o caminho que Edmundo Castilho, naquele momento, palmilhava. E Edmundo Castilho, então, tinha as capacidades abstratas de um líder: energia, intuição, percepção fina, coragem, maturidade e autoconfiança. Era o líder certo, para o momento decisivo (Op. cit.)

Mas como se coadunaria o Sistema UNIMED, na perspectiva da liderança, ainda pensando no seu nascedouro, na visão de Henri Fayol? Dos catorze princípios (Op. cit.), somente alguns não podem ser percebidos, naquela UNIMED nascente, como, por exemplo, estabilidade dos trabalhadores e divisão de trabalho. Estabilidade, porque nas cooperativas não há esse instituto da divisão de trabalho, tendo em vista que o trabalho médico não se insere como se fosse uma linha de montagem; nessa, a divisão de trabalho é imprescindível e necessária, mas no trabalho médico, o trabalho é o mesmo para todos, todos prestam assistência ao usuário e não há divisão de trabalho, já que as diferentes especialidades médicas não podem ser confundidas com divisão de trabalho. O trabalho é o mesmo, repita-se, assistência médica.

Pelo que se deduz da reflexão e da leitura realizada, a UNIMED que nascia aplicava as diretrizes propostas por Henri Fayol: planejamento, organização, direção, coordenação e controle. Nesses termos, convém perguntar: Que liderança se pressupunha, então? Autoritária, liberal ou democrática, na visão de Max Weber? A resposta possível para tal questionamento provém do fato de que, ainda que a presença do médico Edmundo Castilho fosse, naquele momento, exponencial; por mais que fosse

enorme a sua importância, mesmo assim, é impossível ter, em cooperativismo, uma autocracia, pois o cooperativismo é e será sempre democrático.

A pertinência de se retomar a figura do fundador do Sistema UNIMED, Edmundo Castilho, nesse momento da análise sobre os tipos de liderança do Sistema UNIMED, deve-se ao fato de que o seu papel foi tão proeminente, marcante e fundamental, que uma tese sobre a gestão e liderança do Sistema UNIMED apresentaria lacunas se não se desse a devida importância a esse personagem. Tratar, pois, de Edmundo Castilho, quando se trata do Sistema UNIMED, nunca será desarrazoado e, na pior das hipóteses, faz-se uma justiça histórica ao mais importante UNIMEDiano de todos os tempos.

Essa tese, portanto, trata o Sistema UNIMED, não pelos seus nomes maiores, seus ícones, mas pelas suas singulares, hoje; trata da realidade vivida atualmente e, por isso, cumpre observar o Sistema UNIMED no agora, com a possibilidade de projetar-se o porvir. Faz-se necessário entender o interior de cada singular, as relações estabelecidas dentro do espaço de cada singular, que pode se denominar “espaço UNIMED”. Um espaço que não é pacífico, é conturbado e, nele, se estabelecem múltiplos microcosmos gerenciais, distintos, às vezes conflitantes e outras vezes convergentes.

Pesquisar os tipos de liderança de uma instituição tem como pressuposto esclarecer as relações de poder que se estabelecem na empresa, sobretudo quanto à centralidade ou não dos processos de decisão. Interessa a análise dessas relações. A primeira relação é a que se estabelece entre os médicos cooperados, em uma Assembleia Geral; a segunda, é a relação entre a Diretoria Executiva e os cooperados e, finalmente, as relações entre cooperados (leia-se Diretoria Executiva) e colaboradores. Ainda poderiam ser vistas as relações entre cooperados e os usuários, parte final do objetivo maior de uma cooperativa UNIMED, tanto que já mereceu atenção de muitas publicações. Também as relações da cooperativa com a rede de serviços necessárias à atividade meio da cooperativa. Nesse caso, trata-se de uma relação puramente contratual, fugindo do foco desse trabalho. Finalmente, ainda poderiam ser tomadas considerações do relacionamento legal do Sistema UNIMED e o estado brasileiro, fato descrito, no início dessa obra e que, de certa forma, é determinante para o

posicionamento da cooperativa dentro daquilo que abordaremos agora, sobre liderança e cultura organizacional.

Dentre todas as relações que se apontam acima, a relação entre cooperados, na Assembleia Geral, é o clímax do ideário do cooperativismo. A relação inequívoca de um homem, um voto faz da Assembleia Geral o apogeu da democracia. Todos são iguais, todos possuem a mesma importância, todos são igualmente ouvidos e todos têm o mesmo valor em tomada de decisões. Nesse mister, os modelos teóricos de liderança descritos pela literatura, pelos mais variados doutrinadores, não dão conta de explicitar, muito menos de categorizar o tipo de relação entre os cooperados dentro do Sistema UNIMED. A questão é política, econômica e ideológica posto que os principais modelos de lideranças existentes, na teoria e/ou na prática, foram determinados dentro de duas versões ideológicas do mundo: o capitalismo e o socialismo.

No capitalismo, em que a busca do lucro é fulcral e determinante, a existência de alguém com as características de líder, com a capacidade de satisfazer as ambições, visões e necessidades do grupo, é necessária e desejável, a despeito dessa condição, não são estáveis as lideranças, pois estas dependem do movimento próprio das sociedades democráticas, corporificado nos processos eleitorais. Já no socialismo, no qual a planificação da economia é a regra, a propriedade é proscrita, a história do mundo, em repetidas oportunidades, mostrou e mostra que a consolidação dos regimes socialistas não se acompanha das práticas da democracia, por essa razão, formatam lideranças bem definidas, visíveis e de longa permanência. Em que pesem, porém, as diferenças entre os modelos econômico-ideológicos, os líderes, formatados nos dois sistemas, tornam-se de existência obrigatória, tanto que a pergunta irrespondível é a mesma: o líder nasce líder ou a conjuntura, as necessidades, o momento fazem erigir alguém que personalize essas necessidades e, principalmente, alguém que indique e materialize as soluções?

Questionamentos que remetem às reflexões teóricas do Capítulo III dessa pesquisa que trata da compreensão sobre o cooperativismo. Neste, analisaram-se as contraposições entre capitalismo (origem da maior parte das teorias de gestão), socialismo (presença marcante do ideário marxista) e o cooperativismo. Os dois primeiros são sistemas que se tornaram paradigmas, em torno dos quais se acostumou pensar as sociedades, mas estes não explicam todos os arranjos econômicos. O cooperativismo, por exemplo, em nenhum momento se confunde com capitalismo e

socialismo. É bem distinto dos dois sistemas, inclusive os dois sistemas validam regimes políticos e o cooperativismo não tem essa pretensão. O cooperativismo defende a propriedade privada, mas nunca se submete à supremacia do capital como definidor das relações humanas e não defende supremacia de nenhuma classe: na sociedade cooperativa a igualdade entre seus membros é base indestrutível da construção do sistema. Essa igualdade é real no momento em que o investimento de cada cooperado, na cooperativa chamado quotas-partes, é absolutamente igual para todos. O que vai diferenciar é a divisão de sobras (não há lucro nas cooperativas), essas, sim, decorrentes do tamanho da participação de cada cooperado nos negócios de sua cooperativa.

Essas considerações filosófico-doutrinárias dos sistemas elencados acima se expandem para o campo das teorias de liderança que sofrem influência dos sistemas políticos preponderantes e, como o Sistema UNIMED, é um sistema de natureza cooperativa, encaixá-lo nas teorias clássicas vigentes sobre liderança. Nessa perspectiva, tem-se que, na Teoria da Liderança Situacional ou Teoria da Contingência, entre outros argumentos, sobressaem as três dimensões que se ajustam ao líder: relações entre o líder e os membros da equipe, a estrutura da tarefa e o poder do líder. Na Teoria da Liderança Transacional, observam-se dois aspectos relevantes: líder e seguidor são guiados por intercâmbios recíprocos e o líder tem a capacidade de intervir no comportamento do liderado. Por último, um enfoque na Liderança Servidora. Nessa, quase em uma religiosidade e altruísmo, o líder é o servo que serve de modelo para formação de novos líderes com mesmas características.

Essas três teorias, com aplicação mundo afora, são inaplicáveis às singulares do Sistema UNIMED. A razão da não aplicação é o modelo cooperativo que transforma todos os cooperados, independentes dos seus atributos individuais, em seres de mesmo porte, sem subordinação e sem preponderâncias. Maslow estabeleceu uma hierarquia de necessidades: fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de auto-realização. Cada uma de per si pode ser aplicada a quase todas as organizações. Todos buscam satisfazer essas necessidades, porém, quando se analisa uma cooperativa de médicos, caso específico do Sistema UNIMED, alguns raciocínios se contrapõem. Isso porque, muito ao contrário das empresas mercantis comuns, a cooperativa de médicos tem como material humano pessoas nas quais a satisfação de suas necessidades de estima, segurança, sociais e de auto-realização, se não são plenamente satisfeitas, não seriam

propriamente um problema a resolver, portanto uma cooperativa de médicos não foi criada e não é criada para resolver essas necessidades básicas.

O entendimento é que as necessidades básicas dos profissionais médicos já estão plenamente resolvidas, logo, o objetivo da criação de uma cooperativa UNIMED, como já visto no corpo dessa tese, guarda finalidades bem maiores tanto em uma perspectiva objetiva, quanto subjetiva, mas muito distintos das necessidades básicas do ser humano. Objetivamente, por exemplo, as UNIMEDs se contrapuseram às Medicinas de Grupo que queriam assalariar a classe médica e, subjetivamente, não é segredo, que o Sistema UNIMED é retrato bem acabado da auto-realização do profissional médico cooperado.

Ressalva-se, contudo, que essa explanação não está afirmando que o cooperativismo, nas suas singulares, não possui liderança ou que liderança é algo indesejável. O que está posto é que a construção do modelo cooperativo UNIMED, hoje, não se sustenta em lideranças, mas em práticas que não eliminam os líderes, porém faz com que o empreendimento UNIMED independa de lideranças A, B ou C. O sucesso do Sistema UNIMED, antes de depender de pessoas isoladas, depende de uma coletividade e isso o define e o faz plenamente mais forte. A coletividade da construção do Sistema UNIMED não faz com que, por exemplo, os seus dirigentes não possuam as características desejáveis para um líder, segundo Mejía (2007): atitude positiva, autodisciplina, caráter, carisma, compromisso, capacidade de comunicação, discernimento, capacidade de transmissão de conhecimento, capacidade de escuta, focalização, generosidade, iniciativa, paixão pela causa, boas relações, responsabilidade, segurança, capacidade de servir e resolver problemas, valor e visão. (Op.cit.)

Essas capacidades são desejáveis, a rigor, não só para os líderes, mas para todo ser humano e, evidentemente, tais qualidades estão espalhadas em todas as singulares, com maior ou menor preponderância, de acordo com a individualidade de cada um. Reafirma-se que o Sistema UNIMED não se fez e não se mantém sem líderes, mas o que deve ser destacado é que as lideranças, com seus atributos, reforçam não a individualidade, mas a coletividade do sistema cooperativo. Na dimensão empírica desse trabalho, pode-se verificar sobre liderança que, nas cooperativas, a liderança é formal, pois, na Assembleia Geral, são-lhes atribuídas, por eleição, a responsabilidade de dirigir a singular, inclusive, dando a ela a responsabilidade objetiva e subjetiva dos resultados. Não há, pois, condições legais para o desenvolvimento de liderança

informal. Cite-se que a Assembleia Geral nas UNIMEDs, ao eleger seus corpos diretivos, fazem-no dentro de uma formalidade, inclusive documental e legal. Tal condição decorre do fato de que as regras igualitárias do sistema cooperativo mitigam em muito a proeminência pessoal de lideranças ditas informais. São praticamente inexistentes.

Historicamente, na origem, o Sistema UNIMED dependeu do valor pessoalíssimo de algumas lideranças, semelhantes ao médico Edmundo Castilho, mas, na atualidade, o valor unitário de cada liderança é diminuído pelo valor coletivo do sistema, e pela cultura organizacional UNIMEDiana. Ainda no tema liderança, assinala-se que, do cruzamento entre a teoria e a empiria, nessa tese, fica evidenciado que questionamentos como o que se fizeram acima sinalizam para a problemática que se vem apontando nesse trabalho: as lideranças que emergem e se consolidam no Sistema UNIMED carecem de enquadramento classificatório como se está buscando realizar nessa pesquisa. Torna-se mais complexo ainda, quando se apresenta a relação da Assembleia Geral com a Diretoria Executiva. Ainda que sejam divididas as tarefas entre cooperados, essas nunca receberão graus de mais importantes ou menos importantes, mais superiores ou mais inferiores, conforme preconiza Taylor. Ademais, quando Taylor reconhece que a prosperidade da organização está diretamente relacionada com a prosperidade máxima do empregado e do seu contributo à organização, o que é correto, refere-se, sem dúvida, com respeito às relações industriais ou mercantis normais. No mundo cooperativo, de maneira específica na relação dos cooperados na Assembleia Geral, conforme o parágrafo anterior, a tese de Taylor, quanto à hierarquia e à centralização do poder nas instituições, perde sentido por faltar, entre os cooperados, uma condição fundamental, no postulado de Taylor: a figura do empregado.

Tudo isso porque a cooperativa não tem médicos cooperados como empregados, todos os cooperados são donos, portanto contrariam o postulado de Taylor quando afirma que, nas organizações, existem os escalões mais superiores que planejam e controlam as tarefas e os escalões mais inferiores, responsáveis por tarefas mais simples. Isso é inaplicável nas organizações cooperativas. A comprovação dessa assertiva se apresenta clara, na pesquisa elaborada. Ao se perguntar, na questão 27, se as decisões da cooperativa são colegiadas, 92,3% responderam “sempre e maioria das vezes”, pontuando-se o “sempre” com 60,2%. No tema, a questão 28 inquire se a Diretoria Executiva cumpre as decisões da Assembleia Geral e o resultado é mais

expressivo que o anterior: 100%. Decisão colegiada se alinha com a democracia e se distancia da pessoalidade. a decisão compartilhada dificulta o nascimento de lideranças autocráticas.

É importante trazer à análise os dados que tratam da integração entre diretores e cooperados (questão 26). Identifica-se uma contradição que emerge das inferências: embora as decisões ocorram de forma colegiado e em processo democrático, a prática da integração verificada entre cooperados e Diretoria Executiva apresenta níveis percentualmente baixos e incongruentes, relacionando-os aos percentuais dos processos de decisão da cooperativa. Dois componentes que determinam o tipo de liderança: os processos decisórios e a integração entre os entes da instituição. No caso da integração, convém retomar o enquadramento teórico quanto à importância da singularidade na construção do Sistema UNIMED: o sistema baseia-se nas singulares, repita-se. As singulares, porém, só têm sentido se estiverem integradas umas às outras no Sistema UNIMED. Essa interdependência é o ponto primordial: sem singular, não há Sistema UNIMED e sem o Sistema UNIMED, as singulares não sobreviveriam no mercado acirrado da Saúde Suplementar do Brasil.

Comprova-se tal assertiva pela inferência extraída da questão 31 a qual informa que as estratégias emanadas da UNIMED DO BRASIL são cumpridas pelas singulares. O “sempre e maioria das vezes” chegaram ao percentual de 88%. Essas políticas e determinações de caráter nacional, emanadas dos corpos federativos e cumpridas, Brasil afora, pelas singulares, determinam uma maior impessoalidade e menor criatividade nas singulares. As federações e confederações são mais preparadas para pensar nas soluções dos problemas, inclusive porque o problema de uma singular, em regra, é o mesmo problema da outra. Essa conjuntura diminui, sobremaneira, a possibilidade de aparecer, no âmbito da singular, uma liderança autóctone, fundamental e emblemática. O melhor momento para o despontar de lideranças são os tempos de crise, e crise significa existência de problemas que demandam soluções. Todas essas evidências conduzem à constatação de que o funcionamento sistêmico nas UNIMEDs diminui a possibilidade de individualização de líderes.

As conclusões extraídas da pesquisa, da dimensão empírica do fenômeno liderança UNIMED, remetem pensar os postulados dos clássicos sobre liderança, como Max Weber e seus estilos de liderança: autoritária, liberal e democrática. Ainda nesse

capítulo, fez-se referência à figura emblemática do médico Edmundo Castilho, dentro da visão weberiana. Conforme visto nessa tese, no ideário weberiano, as lideranças citadas, são, assim, descritas: autoritária - centra-se no líder; democrática - no líder e nos subordinados e a liberal - foco absoluto nos subordinados. Ainda nesse capítulo foi afirmado que, nas cooperativas, era sublimado o ideal da democracia. É verdade, mas esse ideal de democracia diz respeito à supremacia do voto livre e igualitário nas decisões, entre cooperados; ninguém tem voto maior, nem menor. Quando, porém, houver referência à liderança democrática, na visão de Max Weber, nada há que possa se referir à relação democrática dos cooperados, na Assembleia Geral. Por Weber, a liderança democrática pressupõe a figura do líder e, ainda que se encontre alguém que possa didática e realmente assumir esse papel, em uma cooperativa, não há na doutrina cooperativista um único espaço para se denominar um cooperado de subordinado. Pode até se afirmar que fulano, ou cicrano seja líder, mas nunca se pode dizer que um cooperado é um subordinado.

Importa ainda problematizar a questão da liderança desenvolvida na UNIMED, confrontando intelectuais dos dois sistemas: se em Weber não se coaduna o tipo de liderança UNIMED, também em Carl Marx, a sociedade é vista e descrita com uma lógica que destoa da visão intrínseca do cooperativismo. Marx via a sociedade industrial com a classe operária em confronto perene contra os patrões, com a manufatura em contraposição à grande indústria. Dentro da cooperativa, não há luta de classes: todos são da mesma classe, do mesmo estrato social, todos são proprietários. O ponto de vista concordante é que, tanto na visão marxista, quanto no cooperativismo médico, o mais importante é a força de trabalho. Mas as relações de poder construídas e desenvolvidas no Sistema UNIMED, ainda que difiram daquelas usualmente colocadas em prática nos sistemas paradigmáticos para se pensar as sociedades ocidentais: socialismo e capitalismo, não são necessariamente satisfatórias ou isentas de desequilíbrios nas relações e no poder de decisão.

Nesse sentido, convém retomar que, no Sistema UNIMED, conforme a pesquisa identificou, coexistem diferentes modos de gestão. Esta variedade estabelece um sistema de microgestões dentro das UNIMEDs que se comunicam e sofrem interseções. Desse modo, o funcionamento do Sistema dá-se pela interseção entre colaboradores e diretoria executiva, sobre os mecanismos decisórios dentro da cooperativa. Nessa perspectiva, o dono é o médico, mas a operacionalização é dos

colaboradores, em regra, divididos em gerências específicas. Considerando esse movimento, o médico depende dos colaboradores nos diferentes estágios do atendimento ao paciente. O que implica reconhecer que cooperados e colaboradores deveriam estar em um mesmo plano de discussão, ainda que jamais possam estar em mesmo plano de decisão. Observando-se, porém, os dados da pesquisa de que entre estes profissionais só em 24,1% a comunicação e a interrelação se dão de maneira plena (sempre), entende-se que a instituição tem um passivo a recuperar neste âmbito. O que, para uma instituição que se orienta pelo sistema democrático de gestão, revela-se um desafio.

Apraz reconhecer que, mesmo quando os dados apontam contradições na operacionalização do sistema, o que se sobressai em nossa pesquisa é que o Sistema UNIMED é constituído por uma pluralidade de singulares e cada singular com sua independência e autonomia, o que o torna não monolítico e não vertical. Contudo essa aparente labilidade e flexibilidade o fazem mais resistente. Há líderes, decerto, mas lideranças são muitas, pois se espalham por cada singular e, se, por exemplo, houver a desativação ou dissolução de uma singular (fato grave), levando, inclusive, seus líderes, o sistema não desestruturará, pois está protegido por algo que teoricamente o enfraqueceria, a singularidade. Essa ocorrência revela-se importante achado de nosso estudo: a singularidade promove uma proliferação e uma multiplicação de líderes e essa multiplicidade não faz nenhum líder desimportante, mas, ao mesmo tempo, não faz o Sistema UNIMED depender de nenhuma liderança em particular para o seu desenvolvimento e evolução.

Uma última abordagem: a liderança relacionada ao setor saúde. A gerência de organizações destinadas ao atendimento de pessoas é de natureza complexa e se constitui a atividade fim do Sistema UNIMED. De certa forma, a direção de uma unidade de saúde não é uma função médica, mas sobretudo gerencial, muito mais próxima da economia, que da medicina, pois o maior desafio de qualquer gestor de uma unidade de atendimento, em saúde, é a compatibilização entre receitas e despesas. O Sistema UNIMED tem sua rede própria e cada unidade necessita de gestão, entretanto a gestão e lideranças nas unidades de saúde das singulares não guarda nenhuma relação com o cooperativismo. Pode até ser a direção de um médico e ele ser um cooperado, mas as relações entre o diretor de unidade e seus funcionários não se confundem com a atividade cooperativista.

7.4. Da cultura organizacional em relação ao Sistema UNIMED:

Como se comportam os componentes de uma organização? Quais são os fatores internos e externos que determinam o ambiente e as práticas culturais de organização? Essas questões perpassam as discussões, tanto no campo acadêmico quanto no mundo corporativo e se revelam, quase sempre, um tema de muitas vozes e muitas postulações, sobretudo porque o comportamento humano, em todas as esferas sociais, é estritamente cultural. Essa afirmação, normalmente aceita e aparentemente simples, guarda uma severa dificuldade: é que o cultural reveste-se de inumeráveis dimensões. De todas, a mais problemática é o reconhecimento do que significa realmente o termo cultura. Cultura são regras, padrões, comportamentos, modo de ser, modo de agir, entendimento do mundo, aspectos civilizatórios, educação, conhecimento, significados ditos e não ditos, entre outros aspectos. Associar o termo cultura com o igualmente complexo termo organização torna a tarefa mais problemática. Para auxiliar nessa tarefa, traz-se à cena duas citações, ínsitas no Capítulo I de Pires e Macedo (2005) e de Bilhim (2005).

No tema, Luz (2003) enfoca que a cultura de uma organização se expressa através de um código de ética, declaração de visão, missão e dos valores da organização, dos seus slogans e, finalmente, através do comportamento da empresa e do comportamento dos seus colaboradores, salientando-se aqui a influência do meio sociocultural ao qual a organização está inserida. (Op. cit.)

No entendimento de Silva e Zanelli (2004) compreende-se cultura organizacional como sendo a forma de pensar, de agir e sentir de cada organização, e que, esta forma particular de ser provém dos princípios que seus precursores idealizaram e “uma vez estabelecidos, os comportamentos considerados apropriados são apresentados e transferidos às gerações futuras de dirigentes e aos demais integrantes da comunidade organizacional, como o modo certo de conceber a realidade.” (op. cit)

Todas essas considerações orientaram e determinaram a concepção e aplicação do inquérito por questionário aplicado nas singulares, visando encontrar elementos que respondessem qual a cultura organizacional UNIMEDiana? Partiu-se de algumas indagações: a UNIMED recebeu herança de alguma organização para aplicá-la e reproduzi-la? Há um comportamento cultural que caracterize e diferencie, do ponto científico, as atividades dentro do Sistema UNIMED? Ou o Sistema UNIMED se

comporta como uma empresa qualquer, no segmento de plano de saúde, dentro do conglomerado denominado Saúde Suplementar, adotando uma cultura similar às outras empresas do mesmo segmento?

Voltando-se ao momento zero do Sistema UNIMED, é possível afirmar que aquela cooperativa inicial podia ter muitas qualidades, muita vontade de realizar algo, muitos sonhos a serem atingidos, mas, em termos de cultura organizacional, absolutamente o espontaneísmo e o imprevisto deviam ser suas marcas. O pioneirismo nega o aspecto de cultura organizacional naquela incipiente organização (pelo menos com a concepção que conhecemos hoje). Afinal, como referido antes, a cultura não é inata, é comportamento aprendido. Pelo histórico daquele momento inicial, pode-se afirmar que não houve nem tempo e nem oportunidade para qualquer aprendizado, naquela ocasião. Mas poderia haver uma argumentação totalmente diferente para aquele empreendimento chamado primeira UNIMED. A UNIMED nascente era uma cooperativa e as teorias e historiografia sobre o cooperativismo, também expostas nesse tese, advêm desde os pioneiros de Rochdale, em dezembro de 1844. Mais de uma centena de anos de cooperativismo poderia ser um argumento para se afirmar a existência de um determinado tipo de cultura organizacional. Além do mais, o Brasil recebeu os argumentos teóricos do cooperativismo, exatamente pela imigração de contingentes europeus, com cultura voltada para o sindicalismo e cooperativismo.

Um registro histórico é fundamental nesse entendimento. Para o cooperativismo brasileiro se assemelhar mais e mais com o cooperativismo europeu, falta algo que existiu lá e não existiu no Brasil: uma revolução industrial. O cooperativismo brasileiro, portanto, evoluiu em um país rural, pois a incipiente industrialização brasileira foi estabelecida somente a partir de meados do século passado. Não há como se supor que a cultura cooperativista europeia se espalhou em terras brasileiras. Bem ao contrário disso, criou-se, no Brasil, um modelo próprio de cooperativismo. Mais particular foi ainda o cooperativismo médico, surgido em um tipo de cooperativa chamado cooperativa de trabalho. Caso houvesse algum tipo de cultura organizacional nas cooperativas de trabalho, era para qualquer outro tipo de atividade, mas jamais se vislumbraria ser na atividade médica e assistencial. A instalação da primeira UNIMED deu-se em uma absoluta e total inexperiência e, naquele momento, se alguma cultura organizacional existisse seria descrita pelo conjunto não organizado e bastante individualizado de entendimentos e práticas dos fundadores. Não é propósito

desse tópico apresentar uma trajetória histórica do tipo de cultura que o Sistema UNIMED construiu até o presente, contudo, partindo do histórico, buscou-se entender e descrever a situação atual das práticas organizacionais do Sistema.

Nesse sentido, o enquadramento empírico dessa pesquisa traz informações relevantes da cultura organizacional do Sistema UNIMED, em questões relacionadas à formação, ao treinamento e à integração dentro das singulares, abordando-se temáticas como: conhecimentos dos funcionários sobre a empresa; mecanismos de integração entre funcionários e dirigentes; mecanismos de integração entre diretores e cooperados; política de desenvolvimento profissional; educação corporativista. Destaca-se que, a rigor, outras temáticas também contempladas no inquérito por questionário poderiam ser analisadas no enfoque cultural, tal como a liderança, comunicação e avaliação.

No que se refere ao conhecimento dos colabores sobre a empresa, ficou evidenciado que estes conhecem o “negócio UNIMED”. Como conhecer é introspecção, é capacidade de entendimento, também, capacidade de modificar conceitos e possibilidade de adaptação, deduz-se que o conhecimento dos colaboradores resulta em competência e habilidade para as atividades pertinentes às suas funções, revelando-se um aspecto positivo da cultura organizacional do Sistema UNIMED. No tema integração entre colaboradores e dirigentes, como a questão comentada anteriormente, os percentuais afirmam ser a integração uma prática, ainda que não seja tão expressiva quanto o conhecimento sobre a empresa. Ainda na temática integração, agora entre diretores e cooperados, registrou-se também uma prática organizacional frequente, nos dois subgrupos que compõem o grupo dos cooperados: cooperados e cooperados diretores. Os percentuais indicam que há integração entre esses subgrupos, também evidenciam a possibilidade de melhorá-la. Achado de pesquisa que não obscurecem o fato de que, dentro do Sistema UNIMED, em suas singulares, há práticas repetidas, aprimoradas que determinam, portanto, a existência de um comportamento cultural.

Nas temáticas política de desenvolvimento profissional e educação corporativista, a pesquisa aponta para um aspecto, talvez mais relevante do estudo, para a determinação da existência de uma cultura organizacional UNIMEDiana: o treinamento, tendo em vista que, na concepção da empresa, treinar é o caminho para o conhecimento se tornar natural, quase automático, determinando práticas a serem seguidas, consolidadas e repetidas. Nessa lógica, é que se pode constatar que, no

Sistema UNIMED, os colaboradores e diretores são os principais agentes dos mecanismos ditos culturais dentro do sistema. Faz-se aqui observação fundamental para demarcar um diferencial de um tipo de organização como uma cooperativa médica: a atividade fim, do médico cooperado também é cultural, decerto, mas faz parte da cultura médica e se institui com as mesmas características, quer o médico atenda usuários do Sistema UNIMED, ou qualquer outro tipo de usuário. Tudo isso porque o atendimento clínico e/ou cirúrgico, realizado pelo médico cooperado, não faz parte da “cultura organizacional UNIMEDiana.”

O que se pode recolher, inferir e descrever do material empírico conduz, mais uma vez, ao diálogo com o referencial teórico, de modo que se possa dessa relação indicar elementos definidores da cultura UNIMEDiana. Passe-se, então, a apresentar enfoques teóricos relativos à cultura organizacional. Inicia-se com Hofstede que afirma ser a “cultura é uma idealização de uma mentalidade coletiva que distingue os membros de um grupo (ou categoria de pessoas) uns dos outros, e pode ser aplicada a nações, organizações, profissões, grupos religiosos ou étnicos”.

Por sua vez, Schein (1991) diz que a Cultura Organizacional é o conjunto de pressupostos básicos que um determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao compreender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionam bem de forma a serem considerados válidos e ensinados a novos membros da organização como: a forma de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas.

Compreende-se que os pressupostos expostos podem ser visualizados dentro do Sistema UNIMED na construção de sua própria cultura organizacional. O início foi em um ambiente hostil, em todas as suas dimensões. O médico, profissional liberal por excelência, via-se na perspectiva de ser mão de obra barata e desrespeitada. Teve que se adaptar a algo absolutamente novo: uma cooperativa de trabalho. O médico, cuja formação acadêmica básica, nas Faculdades de Medicina, mesmo agora, passa longe de conceitos como gestão, empresa e empreendedorismo, naquele momento, nos meados do século passado, muito mais longe estava desses conceitos e teve que se adaptar a ser empresário e empreendedor. Era, no dizer de Schein, aprender lidar com “os problemas de adaptação externa e integração interna”. Cumpriu esse desiderato.

Em continuidade ao diálogo com a teoria, traz-se Trompenaars e sua comparação da cultura organizacional a uma cebola. Na metáfora de Trompenaars, de comparar cultura a uma cebola, não é possível se colocar, nos três níveis descritos pelo autor, toda complexidade do Sistema UNIMED. Os níveis, recorde-se, externo, com os artefatos e produtos explícitos; nível intermediário, com normas e valores e o centro, com as premissas implícitas sobre a existência. Cada uma dessas variáveis pode ser encontrada de maneira isolada, mas o Sistema UNIMED tem uma complexidade que nunca poderá ser resumida à metáfora das três camadas. A dificuldade base, a ser melhor dissecada à frente e já mostrada nessa tese, está em que nas singulares convivem diferentes tipos de relacionamentos: entre cooperados; da Diretoria Executiva e os cooperados; da Diretoria Executiva com os colaboradores; dos colaboradores com os usuários. Mas, além dos níveis, Trompenaars aponta sete dimensões que explicam o gerenciamento cultural, nessas, não há incompatibilidade com o Sistema UNIMED: universalismo x particularismo, individualismo x coletivismo, neutro x emocional, específico x difuso, conquista x atribuição, atitudes em relação ao tempo e atitudes em relação ao ambiente. Dimensões que se podem inferir da estrutura organizacional de qualquer organização.

Contudo, quando se tenta enquadrar o Sistema UNIMED nos modelos propostos por esse autor: família, Torre Eiffel, míssil guiado e incubadora, nota-se uma não compatibilização com o objeto de estudo dessa pesquisa. Descrevendo-se os modelos, tem-se que: Família: o líder é um “pai carinhoso” que conhece e determina os destinos do subordinado; Torre Eiffel: a hierarquia funda-se nos cargos e cada um executa o seu papel, os chefes informam os objetivos; Míssil guiado: como é voltada ao projeto, sobressai a impessoalidade e a lealdade, por exemplo, é muito mais ao projeto, que para a organização; Incubadora: cultura da satisfação e, novamente, a empresa adquire papel secundário; os objetivos da organização não são os mais importantes no processo. Ainda que se encontre um ou outro aspecto destes modelos dentro do Sistema UNIMED, não há a menor similitude para com aquilo que se entende existir e que se aprendeu na experiência empírica como cultura organizacional do Sistema UNIMED.

Em Fleury (1996) podem ser abstraídos aspectos que falam a respeito da cultura organizacional dentro do Sistema UNIMED para tal, o autor recomenda: mapear as relações de poder presentes; processos e práticas administrativas, recursos humanos e de comunicação. Nas questões analisadas nesse capítulo, foram mostrados os

microcosmos culturais dentro das singulares e os modos como se relacionam, os processos e práticas que se repetem e se reproduzem, dentro de um aprendizado contínuo, a preparação de recursos humanos, principalmente os cooperados e colaboradores e a política de comunicação dentro das UNIMEDs, que já se reconheceu como eficiente. Também, na visão do mesmo autor, destaque-se a importância do simbólico na construção da cultura organizacional. O simbólico atribui significados às pessoas, às coisas e aos atos e esse conjunto pode construir uma identidade. Não há identidade sem esse simbolismo. Na cultura organizacional do Sistema UNIMED, decerto, os símbolos e demais categorias consideradas fundamentais para a compreensão da cultura organizacional, são importantes, mas não são mais determinantes que outros valores mais próximos da práxis como, por exemplo, as tensões entre o meio interno e meio externo, não contemplados por Fleury.

Convém esclarecer que os autores que deram sustentação teórica ao tema, pela concordância e/ou pelo confronto de ideias, contribuíram para a orientação ao encontro da compreensão da cultura organizacional do Sistema UNIMED, todavia nenhum modelo de cultura organizacional se adequa melhor ao objeto de estudo da tese, como o proposto por Cameron e Quinn (2006). As contraposições flexibilidade x controle e ambiente externo x ambiente interno são achados do autor e uma iluminura para a descrição mais aproximada do fenômeno estudado. A tese de Cameron e Quinn foi e é o que há de melhor para explicar a cultura organizacional do sistema. Entre esses quatro polos interagem a hierarquia (lideranças, monitoramento, organização, regras, tarefas, funções, etc); a clã (equipe, parceiros, ambiência de trabalho, participação, comprometimento, lealdade, etc); adhocracia (dinamismo, empreendedorismo, criatividade e liderança voltada ao risco) e, finalmente, o mercado (foco na produtividade, resultados e lucros). Desse modo, olhando-se, estaticamente, clã e hierarquia são retratos do ambiente interno e adhocracia e mercado traduzem o ambiente externo. Clã e adhocracia, relacionados à flexibilização dos procedimentos e hierarquia e mercado, vinculados ao controle das atividades. De acordo com os autores, quando esses quatro padrões interagem, as resultantes validam a cultura organizacional do grupo em estudo: participação, coesão, informação, crescimento, participação, planejamento, informação e estabilidade.

Nos termos dos autores supracitados é que se entende e se pode explicitar como se criou e se desenvolveu a cultura organizacional dentro do Sistema UNIMED.

Nessa tese já se fez alusão a que a primeira UNIMED surgiu em um ambiente hostil, em condições extremas e em um contexto de inexperiência abissal. A adaptação às intempéries surgidas a cada dia, quer pela concorrência, quer por políticas públicas, quer por fatores meramente internos constituíram um aprendizado, que hoje é retransmitido de maneira clara e quase com automação. Essas são evidências que a tabulação dos dados traz ao estudo, demonstrando que, quando se desenvolve, de forma efetiva, a comunicação entre os dirigentes; entre funcionários; entre dirigentes e funcionários; quando se faz uso de ferramentas de marketing; faz-se a contratação profissional de colaboradores; usam-se os procedimentos formalizados; estimula-se a participação dos colaboradores em ideias e sugestões; investe-se na integração entre colaboradores e dirigentes, na avaliação de colaboradores e dirigentes, nos mecanismos de decisão dentro das singulares, na obediência das decisões de Assembleia Geral e na concordância com as decisões emanadas da UNIMED do BRASIL, não custa repetir que são comportamentos repetidos, validados, transmitidos, portanto culturais.

Em conclusão, pode-se afirmar do diálogo entre a empiria e a teoria que o Sistema UNIMED construiu uma identidade cultural própria, partindo do nada, repetindo práticas à exaustão, observando erros e acertos e modificando-se ao longo do tempo. Entender que existe essa cultura organizacional UNIMEDiana não significa entender que ela é definitiva e imutável, principalmente porque o referencial teórico que melhor a explica é o proposto por Cameron e Quinn (2006). Cultura, porém, não é um monolito, é um conjunto de práticas, relacionadas a cada problema de per si, de tal forma que a um determinado problema a resposta tem ambiguidades. Nesse momento, essa prática passa a ser cultural. Mas, caso se modifique o problema, ou se surgir outro problema, tudo volta ao início e de novo se caminha para o extermínio da ambiguidade e, de novo, se estabelecerá uma prática cultural. Não se pode esquecer, porém, o valor do ambiente e ambiência dentro do aspecto de cultura organizacional. O Sistema UNIMED ultrapassou fronteiras e, hoje, diferente da UNIMED pioneira, em qualquer lugar que se instalar uma singular, ela estará respaldada por um ambiente cultural. Não mais será uma experiência de uma absoluta inexperiência, mas uma experiência testada, que receberá reflexos de novas situações e criará um novo ambiente cultural, se necessário.

Conclusões e recomendações

1.Introdução

Das conclusões e recomendações.- na conclusão do estudo procuraremos responder à nossa pergunta de partida e às outras questões levantadas a partir dela, assim como verificaremos se o objetivo geral e os objetivos específicos do nosso estudo foram ou não atingidos, fazendo a respetiva justificação.

2. Principais conclusões da Investigação

A pergunta base da pesquisa, conforme já explicitada na introdução desse trabalho, é: em que medida o Sistema UNIMED contribui para alterar a Política de Saúde no Brasil? Além de possibilitar resposta possível ao questionamento, nesta pesquisa, foram observados os aspectos de liderança, cultura organizacional UNIMEDiana, os mecanismos de avaliação intra-sistema, as formas de comunicação, a inserção do Sistema UNIMED nas práticas de transformação social e o que o Sistema UNIMED propiciou na mudança de paradigma no cooperativismo.

- Sobre a contribuição, o questionamento nuclear da pesquisa, somente pela dimensão quantitativa (os números apresentados assim o dizem) concluiu-se que, sem o Sistema UNIMED, a saúde pública no Brasil, já caótica, atingiria dimensões bem maiores de precarização. Já no plano da análise qualitativa, sobretudo dos pressupostos de gestão colocados em prática pelo Sistema UNIMED e identificados em nossa pesquisa, concluiu-se que a existência do Sistema UNIMED é marcador de qualidade, tanto para o SUS, quanto para a rede de seguradoras, autogestão e Medicina de Grupo. Assim, a presença do Sistema UNIMED aponta para gestão de qualidade e estabelece um diferencial simbólico que, queira-se ou não, o SUS e os outros segmentos da Saúde Suplementar devem, obrigatoriamente, ser impactados e, reafirme-se, principalmente a concorrência dentro da Saúde Suplementar. Uma outra perspectiva. A Saúde Suplementar, aprovada no texto constitucional, é prova do reconhecimento de que o SUS é absolutamente incompetente no objetivo de propiciar uma saúde de qualidade, principalmente aos mais carentes. Dessa forma, a existência do Sistema UNIMED, o mais importante segmento do setor, insere-se como um fator da paz social e melhor qualidade de vida para a população brasileira. Face ao exposto, o nosso objetivo principal da investigação foi atingido -

Determinar a importância da UNIMED na Política de Saúde no Brasil.

Sobre o modelo de liderança, os resultados da pesquisa apontam para o fato de, no Sistema UNIMED, não haver um tipo específico de liderança, dentro das mais variadas tipologias descritas nessa tese, até porque elas (as lideranças identificadas pela literatura) estão lincadas, em regra, pela ideologia capitalista ou socialista e o cooperativismo é absolutamente diverso das duas e, como dito no corpo da tese, o cooperativismo poderia servir de modelo político para o mundo. Não foi, talvez a transparência obrigatória do sistema cooperativo seja uma barreira intransponível para sua adaptação ao mundo político. Para essa argumentação não deve ser olvidado que se está analisando liderança centrada nos cooperados e isso faz a diferença. As empresas e organizações mundo afora são propostas em uma descrição vertical. Nessas organizações, independentemente do tipo de liderança, repita-se, há o escalão superior, no qual estão os líderes, os escalões intermediários e inferiores. No Sistema UNIMED, entre os cooperados, essa gradação de importância é impossível.

Outro componente relevante para análise e inferências é o colaborador. Na relação entre Diretoria Executiva (leia-se cooperados) e os colaboradores, a relação é comum, de patrão e empregado, regida pelas leis trabalhistas. O diferencial é que, no Sistema UNIMED, o patrão, o dono, é o responsável pela atividade fim e o colaborador (o empregado) é o dono da atividade meio. A interseção dessas duas atividades é a razão da existência e sucesso do Sistema UNIMED. Nessa relação, Diretoria Executiva (cooperados) e colaboradores, teoricamente, pode ser encontrado qualquer dos tipos de lideranças descritos na teoria, mas, quando se olha a singular na sua totalidade, conclui-se ser um sistema híbrido, com interseção de dois tipos, bem distintos, de gestão e liderança. Assim, o Sistema UNIMED não se adequa a nenhum tipo de liderança descrito, podendo se afirmar que, dentro do sistema, se desenvolveu uma tipologia sui generis, tal que não pode ser replicada em nenhuma outra organização que não seja uma cooperativa, e cooperativa de trabalho e, obrigatoriamente, cooperativa de atenção à saúde.

No campo da cultura organizacional, o Sistema UNIMED está perfeitamente descrito por Cameron e Quinn (2006). Pode-se afirmar, com base nos dados, que o Sistema UNIMED criou uma cultura organizacional própria, singular, que não é a cultura de uma cooperativa de trabalho, não é a cultura de um plano de saúde, não é a

cultura de uma empresa de prestação de serviços. É uma cultura própria, repetível, aprendível, modificável, inteligente, provada, chamada de cultura organizacional UNIMEDiana. Em resumo, pode-se afirmar que a primeira cooperativa UNIMED não possuía qualquer atributo que se pudesse dizer, pelo menos semelhante ao que conhecemos como cultura organizacional, Hoje, entretanto, qualquer UNIMED que se criar, qualquer que seja a cultura local, qualquer que seja a nação do mundo, receberá informações, ideários, condutas e modos de ser que deverão ser seguidos e avaliados. Criou-se, sem dúvida, uma cultura organizacional UNIMEDiana, que é, seguramente, uma das explicações para o sucesso do Sistema UNIMED. Assim, o nosso primeiro objetivo específico - Identificar o tipo de liderança da UNIMED – foi atingido.

Dessa forma, o mais importante é entender a coabitação de dois sistemas distintos determinantes na existência do Sistema UNIMED: o grupo formado pelos cooperados e o grupo formado pelos colaboradores. Distintos, diferentes e com valoração também diferente. O conceito que melhor se encaixa nessa explicação é a avaliação, conforme exposto no resultado da pesquisa. Quando a avaliação diz respeito aos colaboradores e, evidente, determinada pelos cooperados, a percentagem de singulares que a realizam é 67,5%. Mas quando essa mesma avaliação se volta para os cooperados, fica em parcos 22,9% para os cooperados e 21,7% quando se refere aos diretores.

Posta está, pois, a primeira recomendação para o Sistema UNIMED. A avaliação tem que ser aprofundada. Caso a avaliação dos cooperados e diretores ocorresse, por exemplo, em 70% de singulares, o Sistema UNIMED seria mais forte e estaria em patamares melhores que os atuais, que são satisfatórios, decerto, mas distantes dos patamares ideais. Mais ainda, caso os cooperados e diretores tivessem o percentual hipotético aqui formulado, 70% de avaliação, seguramente o percentual de singulares que avaliariam os seus colaboradores atingiria a plenitude. A avaliação, portanto, de cooperados, diretores e colaboradores tem que ser política do Sistema UNIMED e não vontade particular de uma ou outra singular. Sem esquecer que toda avaliação pressupõe, depois, uma manutenção de condutas, que se acreditem excelentes ou uma correção de rumos de outras condutas, rumo à excelência. Identificámos que existe alguma avaliação na UNIMED, mas que esta prática deve ser aprofundada, assim o nosso objetivo - Verificar se a UNIMED possui mecanismos de avaliação – foi atingido.

Quanto à cultura organizacional identificada no Sistema UNIMED, dentro do aspecto comunicação, os achados da pesquisa reiteram o modelo de cultura organizacional proposto por Cameron e Quinn. Convém lembrar a dimensão dos ambientes interno e externo. No interno, representado pela comunicação entre os dirigentes, entre funcionários e entre dirigentes e funcionários, os números são excelentes, todos próximos a 80%. Não se trata, portanto, de uma casualidade, mas de uma política seguida pelo Sistema UNIMED. Bom lembrar os altos percentuais que mostram a existência de manuais, fluxogramas e protocolos, bem como a intercambiação de ideias, entre dirigentes e colaboradores. O máximo que se recomendaria, na busca eterna da excelência, é que o Sistema UNIMED caminhe para o percentual definitivo (100%), em cada uma dessas facetas que compõem o processo de comunicação.

Nos mesmos percentuais, por volta de 80%, está, sintomaticamente, a oportunidade de treinamento tanto para colaboradores, quanto para diretores. O ideal que esse treinamento atinja, também, a plenitude. Do mesmo modo, as políticas de reforço da marca UNIMED tratam pontualmente da relação do Sistema UNIMED com o mundo não UNIMEDiano e os percentuais são positivos. Vale, aqui, a mesma recomendação anterior, em outras palavras, a comunicação, tanto interna, como externa, se faz em padrão de muita qualidade, que deve ser mantido e, melhor ainda, melhorado rumo à excelência. O nosso objetivo - Conhecer o tipo de comunicação existente na UNIMED – também foi atingido.

Acrescenta-se que essa pesquisa reafirma que o Sistema UNIMED promove práticas de transformação social. A primeira transformação deu-se entre os cooperados, mais especificamente entre os dirigentes. No início da história da UNIMED, eram mono graduados, somente médicos, agora, 56,6% dos seus diretores possuem pós-graduação em Gestão/Administração e esses, em 81,9% de singulares, recebem capacitação. Nos colaboradores, essa capacitação, que significa sempre uma transformação social, pois estará sempre lincada com estabilidade e melhoria salarial, atinge 90,4%. Ainda, nesse viés, não se pode esquecer que o sistema dá empregos diretos a quase cem mil brasileiros e a mais de cem mil médicos, com presença em 83% do território brasileiro, sem olvidar vinte milhões de clientes. Finalmente, nesse particular, a intersecção do Sistema UNIMED com as práticas de responsabilidade socioambiental. Em 89,2% de singulares, é uma prática e, em 2013, esses programas, enfocando saúde, esporte e

educação atingiram 5,6 milhões de pessoas, com um investimento de 1,56 bilhão de reais. Registamos que também a nossa investigação nos permitiu atingir o objetivo – Identificar em que medida a UNIMED é promotora de práticas de transformação social.

Todos esses dados possibilitam afirmar que o cooperativismo brasileiro não é o mesmo depois da existência do Sistema UNIMED. A visão menos aprofundada poderia entender que o cooperativismo, existente em todo mundo, criado em terras inglesas, aportou no Brasil de maneira definitiva e por mais que se criem cooperativas, essas manteriam o modelo original. É uma meia verdade. Os princípios básicos do cooperativismo são mantidos, mundo afora, e, possivelmente, devem se constituir imutáveis para a eternização do sistema cooperativo. Entretanto, exposto à exaustão, nessa tese, a capacidade de adequação do cooperativismo aos novos ambientes, etnias e culturas, naquilo enfatizado dentro do conceito de cultura organizacional é uma realidade que permite eternizar a cooperação. Nessa visão, o Sistema UNIMED é um criador de novos paradigmas dentro do cooperativismo.

Tudo isso porque as cooperativas de trabalho foram, no passado, quase por definição, para profissionais pouco qualificados. A UNIMED mostrou que poderia albergar profissionais altamente qualificados, como os médicos. O médico, por sua vez, um não qualificado em gestão, mostrou, na UNIMED, uma realidade, então improvável: era também um gestor. O exemplo da UNIMED estimulou a outros segmentos do setor saúde a adentrar na atividade cooperativa, principalmente odontólogos. Relembrando que a cooperativa inicial tinha sonhos bem modestos: assegurar mercado de trabalho, ante a ameaça de proletarização do médico, frente às empresas detentoras de planos de saúde. O que aconteceu, já descrito com detalhes nessa tese, pode ser simplificado em poucas palavras: a modesta cooperativa de trabalho transformou-se em um complexo empresarial. Foi mudança de paradigma.

Acrescenta-se que, no início, as cooperativas UNIMED apresentavam-se comprando serviços de hospitais e laboratórios. De repente, de maneira insidiosa, apresentou-se a ideia de que quem compra serviços poderia tê-los. As cooperativas UNIMEDs continuaram contratando serviços de terceiros, mas passaram a criar seus serviços próprios de internação e diagnóstico (já mostrados nessa tese). Esses serviços próprios possuem quatro finalidades principais: barateiam custos; balizam os preços da rede credenciada; dão uma referência real do preço dos insumos e dão segurança operacional para o sistema. Não seria desarrazoado dizer que o cooperativismo

brasileiro, principalmente o de trabalho, poderia ser classificado, do ponto de vista histórico, em antes e depois da UNIMED. Decorrencia da mudança de paradigmas. Pelo exposto verificamos que a UNIMED teve e continua a ter um papel importante na mudança de paradigma do cooperativismo. Deste modo o nosso quinto objetivo foi atingido.

3. Algumas sugestões/recomendações para futuras investigações

Primeiro, que as singulares, federações e confederações, principalmente a UNIMED DO BRASIL, promovam um esforço conjunto para a qualificação de dirigentes e de cooperados em pós-graduações em Gestão/Administração;

Segundo, seria o incentivo a criação de novas singulares. A pesquisa mostra que, nesse critério, o Sistema UNIMED encontra-se envelhecido (singulares com 20 anos ou mais são 79,5%). Em parte, entende-se que as dificuldades legais e operacionais concorrem para isso, mas não se pode esquecer a importância social de uma singular. Na administração pública brasileira existe a figura dos consórcios intermunicipais, quando municípios limítrofes, com semelhanças, se unem e partilham dos serviços públicos em uma economia que não seria alcançada se estivessem cada um em sua administração. Penso que o mesmo poderia ser feito pelo Sistema UNIMED, ou seja, espriar a ideia dos “consórcios cooperativos intermunicipais”. Seriam mais cooperados, mais usuários, mais inserção social, mais empregos e mais desenvolvimento.

Terceiro, fica na observação da não existência de dirigentes jovens (0% de dirigentes na faixa de 25 a 34 anos). A sugestão é que o assunto UNIMED não chegue ao médico somente depois de formado. O melhor momento seria, sem dúvida, apresentar o Sistema UNIMED ao médico, antes de ele sê-lo, ou seja, ainda na Faculdade de Medicina. O assunto cooperativismo médico poderia adentrar na graduação sob forma de seminários ou palestras, por exemplo, e já seria, então, o momento precursor da educação cooperativista, portanto, um investimento antecipado no futuro cooperado.

Quarto, um enfoque sobre avaliação. Avaliar a performance da Diretoria Executiva, como exposto antes, seria desejável, mas passa por uma quase

impossibilidade. Avaliar o cooperado deveria ser uma obrigação, uma norma de cultura organizacional a ser seguida. A avaliação sistemática do cooperado é o maior antídoto para os desvios éticos que ocorrem nas singulares. Os Conselhos Regionais de Medicina trabalham com dois instrumentos: o Código de Ética e o Código de Processo Ético. O primeiro caracteriza a conduta do médico e o segundo, as regras que devem ser seguidas nos julgamentos. Em casos de desvios éticos de cooperados, as singulares, em regra, não possuem nenhuma orientação para o “como agir” e isso, geralmente, determina inação. A UNIMED DO BRASIL deveria e poderia, portanto, formalizar um roteiro a ser seguido para apuração de desvios éticos, porventura praticados por cooperados. Essa providência resultaria em uma melhor qualidade na prestação dos serviços, redução de custos, economia, premiação aos cooperados corretos (absoluta maioria) e a segurança jurídica necessária para o crescimento e integração de qualquer grupo social.

Quinto, a reafirmação de que a educação cooperativista é a ação mais premente do Sistema UNIMED. A UNIMED DO BRASIL deveria estabelecer, em educação cooperativista, metas e, mais importante ainda, cobrá-las. Grande parte dos problemas existentes nas singulares decorre do cooperado sentir-se “credenciado” e a educação cooperativista é a grande saída para resolver essa inadequação.

Sexto e finalmente, uma ideia para o futuro, melhor, futura pesquisa. Essa tese focou-se na visão do dirigente de singular, mas seria interessante que um outro trabalho se debruçasse na visão dos colaboradores, principalmente as gerências ou secretários/secretárias de diretorias. Creio que outras verdades seriam apresentadas para o bem e caminho da excelência do Sistema UNIMED.

Não há dirigente jovem, no Sistema UNIMED. Pode haver jovem dirigente. Na pesquisa, nenhum dirigente tinha menos que 35 anos e o maior percentual de dirigentes estava na faixa de 55-64 anos, dados concordantes com o percentual de 90,8% de dirigentes que são médicos há mais de 20 anos. Além do mais, dirigir uma singular pressupõe, em 70,5% ,ter mais de 20 anos de cooperado. Concluiu-se que o Sistema UNIMED, por esse perfil etário de dirigente, premia a experiência, como fator de estabilidade e segurança. Também é fato que as dirigentes de singulares caminham de maneira sistemática para especialização em Gestão/Administração. Como se entende que os colaboradores, pessoas selecionadas no mercado, são, por definição, qualificados, conclui-se que, nessa perspectiva da qualificação de dirigentes e

colaboradores, o Sistema UNIMED apresenta um bom perfil, mas o percentual daqueles não qualificados, no valor de 38,5%, representa um longo percurso a ser vencido.

A pesquisa reforçou a convicção comum entre todos colaboradores, cooperados e dirigentes em um ponto fundamental: a visão sistêmica dentro do Sistema UNIMED. Não há resistência às decisões emanadas das Assembleias Gerais e são cumpridas pelos cooperados e Diretoria Executiva, sendo essas decisões colegiadas. Por outro lado, mas no mesmo caminho da visão sistêmica, as singulares cumprem as decisões e ideários emanados da UNIMED DO BRASIL. Os executores dessas políticas são os dirigentes de singulares e esses não tratam os afazeres de direção como se fosse uma atividade eventual. O tempo dispendido para dirigir uma singular, em média são 04 horas, o que demonstra que a atividade diretiva está em patamar de igualdade com a atividade médica. Deixou, definitivamente, de ser uma atividade secundária, que no jargão comum e popular denomina-se como “bico”.

Finalmente, a última consideração. Uma das afirmações mais marcantes do marketing UNIMEDiano é que, quando se fala com o cooperado, fala-se com o dono. De certa forma essa afirmação não corresponde totalmente à realidade, pois o médico cooperado, para ser, realmente dono, teria que se sentir e se comportar como dono, em todos os momentos. No cooperado há dois interesses em jogo que podem ser, de acordo com a conjuntura, conflitantes ou convergentes. O médico vive da renda que obtém do seu trabalho individual, como médico e, como dono, deseja que a sua cooperativa tenha o máximo de resultados, mas o lucro individual do médico e o resultado final da cooperativa são grandezas inversamente proporcionais. Caso se sinta como realmente dono, essas duas variáveis perdem a dimensão do conflito e se tornam convergentes: ele ganhará do seu trabalho e, ao final do exercício, participará das sobras, lembrando que essas são proporcionais ao trabalho e participação individual e divididas por todos os cooperados. Caso não se sinta realmente dono, sentir-se-á como simples credenciado e a sua cooperativa será vista como se fosse um plano de saúde qualquer. Nesse momento se estabelece o conflito e quanto mais o médico auferir, melhor para ele e pior para a cooperativa.

A solução para isso, todos que fazem a UNIMED recitam como se fosse um salmo: educação cooperativista. Há uma questão específica do questionário que trata exclusivamente desse aspecto. Na análise da questão, foi mostrado que o percentual

desejado e desejável seria que 100% dos cooperados tivessem informação e formação no tema. Na pesquisa, quase 50% estão longe dessa hipótese. Como se trata de “educação”, educação pressupõe não um fato ou acontecimento, mas um processo, com variáveis, das quais as mais destacadas são: quando, como e até quando. Respondendo pelo final, o processo de educação não tem ponto final: é perene. Portanto, o cooperado, enquanto for cooperado, tem que se sentir na condição de aprender. Esse entendimento, como guarda uma dimensão filosófica e imaterial, precisa ser exaustivamente ensinado e repetido.

Como fazer a educação cooperativista? Essa metodologia precisa da colaboração de quem entende do processo de ensino e aprendizagem de maneira eminentemente técnica. Há inúmeros profissionais e organizações abalizadas para propor e proporcionar a metodologia mais adequada ao assunto e ao aluno (o cooperado). E quando fazer a educação cooperativista? A resposta mais simples seria sempre, mas entende-se que há um momento mais importante e mais fundamental: o momento da cooperação, momento em que o médico vai adquirir a condição de cooperado.

Ninguém poderia se cooperar, mesmo sendo uma sumidade médica, sem um curso completo de cooperativismo, com critérios de avaliação severos, incluindo reprovação. Ser cooperado tem que ser encarado como mais que um desejo, mas como uma escolha e decisão. Teria que haver um cronograma de reciclagem em cooperativismo, quem sabe, com premiação aos cooperados que melhor se interessassem por ela. Como a ética anda passo a passo com o cooperativismo, a UNIMED tem que ser um veiculador dos conhecimentos bioéticos e o momento da educação cooperativista e da ética médica são tão concordantes que se confundem. Assim, se pudesse ser resumida a contribuição que essa tese proporcionará ao Sistema UNIMED é que a UNIMED DO BRASIL tenha como objetivo maior, nesse milênio, fazer com que a educação cooperativista seja, definitivamente, prática e não mais desejo e teoria.

Bibliografia

- Akamine, O. (coord.) (1997). *UNIMED 30 anos*. São Paulo: Cartaz Editorial.
- Alcadipani, R.; Crubellate, J.M. (2003). Cultura organizacional brasileira: generalizações improváveis e conceituações imprecisas. *In Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 43, n. 2, abr./jun.
- Almeida M.E.M.B. & Peake, R. (Coord.) (2006). *Cooperativas à Luz do Código Civil*. São Paulo: Quartier Latin, p. 76/ 77.
- Almeida, M. E. M. e Braga, R. P., (2006). *Cooperativas à luz do Código Civil*. São Paulo, Quartier Latin.
- Alves, C.T. (2003). *Satisfação do Consumidor*. Lisboa: Escolar Editora.
- Alves, C.T. (2006). O Direito do Consumo e a Liberdade de Expressão Publicitária. In: *Revista Jurídica. UNISEP*, vol.1-2. Paraná- Brasil.
- Alves, C.T. (2007). Administração Pública – Que mudança. In *Governância nº1*. Porto: Arroja.
- Alves, C.T. (2007). *Comportamento organizacional – A gestão de crise nas organizações*. Lisboa: Escolar Editora.
- Alves, F. de A. (2003). *Sociedades cooperativas: regime jurídico e procedimentos legais para sua constituição e funcionamento*. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, p.15.
- Alves, F.de A.(2003). *Imaculada Abenante Milani. Sociedade cooperativas: regime jurídicos e procedimentos legais para sua constituição e funcionamento*. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, p. 26/27.
- Alves, J.H. (2014). *Líderes para hoje e para amanhã. RH Magazine*, 90, 64-65.
- Alves, M. A. P., (2002). *Cooperativismo – “arte e ciência”*. São Paulo, Liv. e Ed. Universitárias de Direito.
- Alves, M. P (2012). *Metodología Científica*. Lisboa: Escolar Editora
- Alves, M.P (2009). *Avaliação e Qualidade das Organizações*. Lisboa: Escolar Editora
- Alves. F. de A. & Milani. I. A. (2003). *Sociedades cooperativas: regime jurídico e procedimentos legais para sua constituição e funcionamento*. São Paulo: Ed. Juarez de Oliveira, p. 9.

- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (2014). *Caderno de Informação de Saúde Suplementar*. Benefícios, Operadoras e Planos, Ed. dezembro.
- Aquino, E. de F. (2010). *Momento atual do Sistema UNIMED*. Disponível em WWW1.UNIMED.com.br/boletim.../eudes_momentoatual.pdf.
- Aquino, Eudes de Freitas, (2003). *Os 7 Princípios e Outras Histórias*. Ribeirão Preto-SP: Ed Paulista.
- Arouca, J.C. da S. (1995). Em defesa da unidade sindical. In *Revista da Federação dos Trabalhadores na Indústrias de Alimentação do Estado de São Paulo*. Dezembro, p. 8.
- Arruda, M. F. de (2006). *Cultura Organizacional e Inovação: estudo de caso em um hospital privado com características de inovação no município de São Paulo*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Administração de Empresas. Fundação Getúlio Vargas Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo.
- Alves, M.P.(2009). *Avaliação e qualidade das organizações*. Lisboa: Escolar Editora.
- Avolio, B.J.; Walumbwa, F.O. & Weber, T.J. (2009). Leadership: Current Theories, Research, and Future Directions. *Annual Review of Psychology*, 60, 421-449.
- Ayres, R. (2008). *Cooperativas de Trabalho e os Impactos da Econômicos de sua contratação*. Disponível em www.rosimeireayres3.com.br/.../Artigo%20Cooperativas%20de%20Trab... [Acedido a 12 de setembro de 2014].
- Ayres, R. (2008). *Cooperativas de Trabalho e os impactos econômicos da sua contratação*. Disponível em [ww.rosimeireayres3.com.br/.../Artigo%20Cooperativas%20de%20Trab](http://www.rosimeireayres3.com.br/.../Artigo%20Cooperativas%20de%20Trab). [Acedido a 26 de Março de 201].
- Baldassare, R. M. (2014). *Análise do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Administração de Empresas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. Nova York: Holt, Rinehart & Winston.
- Baranãno, A.M. (2008). *Métodos de Técnicas de Investigação em Gestão*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Barros-Neto, J.P. (2006). Liderança servidora: Teoria, Conceito ou Mais um Modismo? In *Revista Científica FAMEC / FAAC / FMI / FABRASP*, 5 (5), 19-22.
- Bass, B. M. & Avolio, B. J. (2004). *MLQ Multifactor Leadership Questionnaire*. Redwood City: Mind Garden.

- Bass, B.N. (1990). *Handbook of Leadership - Theory, Research, and Managerial Applications* (3ª ed). Nova York: The Free Press.
- Benato, J. V. A. (2004). *O ABC do Cooperativismo*. 7ªed. São Paulo: OCESP/SEESCOOP
- Benato, J. V. A. (2000) *Administrar. A arte de criar cooperativas de trabalho*. São Paulo: Dinâmica Gráfica e Editora Ltda.
- Benchimol, J. (2010). *Epidemias e medicina no Brasil Império – 1822/1889*, Disponível em <http://www.univesp.ensinosuperior.sp.gov.br/preunivesp/657/epidemias-e-medicina-no-brasil-imp-rio-1822-1889-.html>. [Acedido a 10 de outubro de 2014].
- Bennis, W.G. & Nanus, B. (1988). *Líderes: Estratégias para assumir a verdadeira liderança*. São Paulo: Harbra.
- Bertero, C. & Keinert, T. (1994). A evolução da análise organizacional no Brasil(1961-93). In *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, 34 (3), 81-90.
- Bertolli Filho, C. (2011). *História da Saúde Pública no Brasil - Col. História Em Movimento*.5ª ed. São paulo: Ética Editora.
- Bertuol, R.; Cançado, A.C & Souza, M. de F. A.(2012). *A prática dos princípios cooperativistas: um estudo de caso no Tocantis*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Desenvolvimento Regional. Palmas: UFT, Brasil.
- Bilhim, J. (2005). *Teoria Organizacional, Estruturas e Pessoas*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Borges, R. C. de O.; Borges, V. B.; Borges, F. C. de M. (2008). O panorama de estudos acadêmicos em cultura organizacional no Século XXI: um levantamento nos anais dos enANPADS. In V Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração. Belo Horizonte: Anais.
- Botelho, J.C. & Krom, V. (2011). Os estilos de liderança nas organizações. *XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba*.
- Bourdeau, G ; Hamon, F. & Troper, M. (1997). *Driot Constitutionnel*, 25ª ed.. Paris: L.G.D.J.
- Brasil. Constituição (1998). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília – DF – Senado.
- Bueno, M. (2002). As teorias de motivação humana e sua contribuição para a empresa humanizada: um tributo a Abraham Maslow. *Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão – CESUC*, IV (6), 1º Semestre.
- Bulgarelli, W.(1998). *As sociedades cooperativas e a sua disciplina jurídica*. Rio de Janeiro: Renovar.

- *Bulletin of the World Health Organization* (2008). Vol. 86, nº 4, pp. 241-320. Disponível em <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/08-030408/en/>. Acedido a 13 de março de 2015.
- Cameron, K. S. & Quinn, R. E. (2006). *Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework*. (Rev. ed.). San Francisco, CA: Wiley (Jossey Bass).
- Campelo, E. (2005). *Cooperativas de Trabalho: relação de emprego*. Brasília: Brasília Jurídica, p. 20 e 21.
- Canotilho, G. (2008). *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*, 7ªed. Coimbra: Almedina.
- Capelo, E. (2005). *Cooperativas de Trabalho: relação de emprego*. Brasília: Brasília Jurídica.
- Carrera, M. B. M. (2014). *Parceria Público-privada (ppp): Análise do Mérito de Projetos do Setor Saúde no Brasil*. Dissertação para obtenção do Grau de Doutorado em Administração de Empresas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Carrieri, A. de P.; Leite-de-Silva, A. R. (2006). Cultura organizacional versus cultura nas organizações: conceitos contraditórios entre o controle e a compreensão. In *MARCHORI, Marlene. Faces da cultura e da comunicação organizacional*. São Caetano do Sul: Difusão Editora.
- Carvalho, A.C.D. de (2013). Saúde Pública no Brasil: Durante a Ditadura militar. In *Instituto Superior de Ciências Havana-Cuba*. Disponível em http://medcubras.blogspot.com.br/2013_05_01_archive.html. [Acedido a 17 de junho de 2014.]
- Carvalho, C., Ronchi, C. (2005). *Cultura Organizacional. Teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura.
- Carvalho, G. (2013). Saúde Pública no Brasil. In *Estudos Avançados da Universidade de São Paulo*, vol. 27, nº78.
- Carvalho, H.H.do N. & Pinto, M.A. da S. (2010). A Evolução do Direito à Saúde Pública da Cidadania Brasileira. In *Horizonte Científico*. Universidade Federal de Uberlândia; Vol.4 Nº2.
- Castro, A. & Fernández, M. (2006). Teorías implícitas del liderazgo: Estructura factorial y generalizabilidad de una escala de atributos del líder en diferentes grupos. In *Boletín de Psicología*, 86, 85-107.
- Cechin, J. (2008). *A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação*. São Paulo: Saraiva, p.47
- Chiavenato, I. (2011). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 8. ed. São Paulo: Makron.

- Chin, J.L. (2013). Diversity Leadership: Influence of Ethnicity, Gender, and Minority Status. In *Journal of Leadership*, 2 (1), 1-10.cooperativismo UNIMED. Porto Alegre: WS
- CLT. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm. [Acedido a 20 de fevereiro de 2012].
- Consuelo, E.I.A.(2005). *El cooperativismo una alternativa de desarrollo a la globalización neoliberal para América Latina*. Edición electrónica. Texto completo em www.eumed.net/libros/2005/ceia/.
- Cordeiro, S.M., (2001). *Esc.Brasileira de Adm. Pública*. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Administração Pública no Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. RJ, FGV.
- Costa, I.T.F. da (2014). *Higiene e Educação de Infância no Rio de Janeiro no Século XX*. Dissertação para obtenção do Grau de Licenciatura Plena em Psicologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. São Gonçalo, Brasil.
- Cripe, E.J. & Mansfield, R. S.(2003). *Profissionais disputados*. 1ª ed. São Paulo: Editora Campus.
- Diogo, J. R. M. (2012). *Políticas de saúde no Brasil: período colonial, império e república velha*. Disponível em <http://www.webartigos.com/artigos/politica-da-saude-no-brasil-periodo-colonial-imperio-e-republica-velha/82992/>. [Acedido a 10 de outubro de 2014].
- Doustdar, N. M. (2013). *O paranismo atualizado: a democracia cristã e o planejamento no primeiro governo ney braga*. Dissertação para obtenção do Grau de Doutorado em Ciências Humanas. Universidade Federal do Paraná. Curitiba
- Drucker, P. (2008). *O essencial de Drucker*. Lisboa: Actual Editora.
- Drumond, V. R. S. (2010). A aplicação dos princípios cooperativismo na gestão dos empreendimentos cooperativos. In *Coletânea de artigos apresentados no I Encontro Brasileiros de Pesquisadores em Cooperativismo* (EBPC). Brasília-DF, EBPC.
- Duarte, C.M.R. (2001). UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. In , 17 (4), 999-1008.
- Duarte, C.M.R. (2003). *Modelo organizacional da UNIMED: estudo de caso sobre medicina suplementar*. Dissertação para obtenção do Grau de Doutorado em Saude Publica. Escola Nacional de Saúde Pública Oswaldo Cruz. Rio de janeiro, Brasil.
- Eagly, A.H. & Chin, J.L. (2010). Diversity and leadership in a changing world. In *American Psychologist*, 62 (3), 216-224. Editorial Herrera Hermanos, 1961
- Escorel, S.& Teixeira, L.A. (2008). História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: *GIOVANELLA, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 333, 384.

- Fayol, H. (1961). *Administración industrial y general*. Buenos Aires: Editorial Herrera Hermanos.
- Felicio, A.A. de. (2000). *Fundamento do cooperativismo*. 2ed. Ribeirão Preto (SP): 176 p.
- Ferrari, I., Affonso, G. C. (2002). *Cooperativa de trabalho- existência legal*. 2ª ed., São Paulo: LTr.
- Fiedler, F.F. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. New York: McGraw-Hill.
- Filho, C. V. S. (2001). *Cooperativas de trabalho*. São Paulo: Atlas, p. 81/82.
- Filho, C. V. S. (2001). *Cooperativas de trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Filho, L. L. de M. (2012). *Efeitos do conhecimento sobre a apropriação de renda na saúde suplementar: o caso UNIMED de São José dos Campos*. Dissertação de doutorado em Administração de Empresas. Escola de Administração de Empresa de São Paulo.
- Fiúza, R. (2002). *Novo Código Civil Comentado*. São Paulo: Saraiva.
- Fleury, M. T.; Fischer, R. M. (1996). *Cultura e poder nas organizações*. São Paulo: Atlas.
- Fleury, S. & Ouverney, A. (2012). O sistema único de saúde brasileiro: Desafios da gestão em rede In *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão* vol.11 nº2-3, Lisboa.
- Fonseca, C. (2008). *UNIMED, 40 anos de cooperativismo no Brasil*. São Paulo: Museu da Pessoa-Brasil.
- Fradique, M.de J. & Mendes, L.M. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. In *Revista de Enfermagem*, III série, nº10. Coimbra, pp. 45,53
- Fraga, J.(s.d.). *O que é SUS*. Disponível em <http://www.ebah.pt/content/ABAAAAL1wAF/que-sus#>. [Acedido a 05 de março de 2015].
- Franco, L. M.; Bennett, S. & Kanfer, R. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. In *Social Science & Medicine*, Vol. 54, Nº 8, pp. 1255,1266.
- Freitas, H.; Janissek-Miniz, R.; Costa, R.S.; Andriotti, F.K. & Freitas, P. (2009). *Guia prático Sphinx*. Canoas: Sphinx.
- Freitas, M.E. de. (2007). *Cultura organizacional: evolução e crítica*. São Paulo: Thomson Learning.
- Fuhrer, M. C. A. (2003). *Resumo de Direito Comercial (Empresarial)*. 30.ª ed. São Paulo: Malheiros.

- Galvão, M.A.M. (s.d.). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf. [Acedido a 11 de outubro de 2014].
- Gelbcke, F.L. ; Souza, A. de; Nascimento, G.M. Dal S. & Bulb, M.B.C. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. In *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol.62, nº1, p.136,139.
- Gênesis 1: 26 (1993). *The Thompson Chain-Reference por The B. B. Kirkbride Bible Company. Inc.*, Indianópolis, Indiana, E.U.A. Edição em língua portuguesa: copyright 1992 por The B. B. Kirkbride Bible Company, Inc. e Editora Vida.
- Gil, A.C. (2001). *Gestão de Pessoas: Enfoque nos papéis profissionais*. São Paulo: Atlas, pp. 46,272.
- Gomes, O.C & Picanço, J.C. (1951) Fundação do ensino médico no Brasil : Trabalho apresentado ao 1.º Congresso de História da Bahia. Salvador. In *Revista de história*. - Ano II, n.º 7, julho-setembro, p. 143-172.
- Gonçalves, J.E. (2005).Histórico do Movimento Cooperativista Brasileiro e sua Legislação: um enfoque sobre o cooperativismo agropecuário. In *Congresso da sociedade brasileira de economia rural*, vol.43, Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Economia rural.
- Hallak, B. R. (2008). *O alinhamento de valores pessoais e organizacionais: um Estudo de caso em uma empresa de energia*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Sistema de Gestão. Universidade Federal Fluminense. Niterói.
- Hissa, C. E. V. (2002). *A Mobilidade das Fronteiras: inserções da geografia na crise da modernidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG. 316p.
- Holyoake, G. J., (2000). *Os 28 tecelões de Rochdale*. Porto Alegre, ES Editor.
- Hopkins, T. (2011a). *Vender em tempos de crise*. Lisboa: Editorial Presença.
- Hopkins, T. (2011b). *Técnicas de vendas para Totós*. Porto: Porto Editora.
- Horostecki, M. F.; Lima, L.; Silva, L. E. P. (2011). Cultura Organizacional. In *Simpósio de excelência em Gestão e Tecnologia*, 8. Resende: Anais. Associação Educacional Dom Bosco.~
- Indriunas, L. (s.d) *História da Saúde pública no Brasil*. Disponível em <<http://pessoas.hsw.com.br/historia-da-saude.htm>>. [Acedido a 07 de outubro de 2014].
- *Informativos sobre Planos de Saúde. UNIMED é Top of Mind pela 22ª vez*. Disponível em <http://www.saudecoopclass.com.br/informativos-UNIMED-e-top-of-mind-pela-22-vez.html>. [Acedido a 25 de fevereiro de 2015].
- Irion, J. E., (1997). Dupla militância. In: *Cooperativismo e Economia Social* (J. E. Irion, org.). São Paulo: Editora STS, pp. 157-160.

- Leitão, J. (2015). *Saúde Pública no Brasil*. Disponível em http://www.wscom.com.br/blog/rui_leitao/post/post/A+sa%C3%BAde+p%C3%BAblica+no+Brasil-7046. [Acedido a 12 de março de 2015].
- Lenza, P. (2009). *Direito constitucional esquematizado*. São Paulo: Saraiva, p. 149/150.
- Leopoldino, C.J. (2008). *A dupla qualidade dos cooperados: sócios e clientes nas sociedades cooperadas*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Direito. Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR, Brasil.
- Levine, D.; Berenson, M.; Stephan, D.; Krehbiel, T. (2008). *Estatística: Teoria e Aplicações*. São Paulo: LTC.
- Lopes, P.J. (2011). *A evolução da saúde pública no Brasil*. Disponível em <http://www.pastoralfp.com/index.php/artigos1/paulo-blog/184-pfp-adm-evolucao-saude-publica-brasil>. [Acedido a 25 de outubro de 2014].
- Lumertz, J.A. (2011). *Avaliação de operadoras de plano de saúde: Cooperativa Médica de Assistência à Saúde*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Economia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Ciências Econômicas. Porto Alegre, Brasil.
- Lupano-Perugini, M. L. & Castro-Solano, A. (2005). Estudios sobre el liderazgo: Teorías y evaluación. *Psicodebate*, 6, 107-122.
- Lupano-Perugini, M. L. (2007). Teorías implícitas del liderazgo y calidad de la relación entre líder y seguidor. In *Boletín de Psicología*, 89, 7-28.
- Luz, R. (2003). *Gestão do Clima Organizacional*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Macedo, K. B., Ximenes, J. A. (2001). *Cooperativa na era da globalização. Goiânia: cooperativa da UNIMED GO/TO*, 448 p.
- Martins, G.de A. & Domingues, O. (2011). *Estatística Geral e Aplicada*. Monte Alegre: Editora Atlas
- Martins, S. P. (2006). *Cooperativas de trabalho*. 2.ed. São Paulo: Altas,p.31/48
- Maslow, A. H. (1962). *Introdução à psicologia do ser*. Rio de Janeiro: LDourado.
- Matta, G. C.& Moura, A.L. de (2007). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz
- Mauad, M., Ladeira, J., (2001). *Cooperativas de trabalho: sua relação com o direito de trabalho*. São Paulo, Ed. Atual.
- Maximiano, A. (2008). *Teoria geral da administração: Da revolução urbana à revolução digital*, 6ª ed. São Paulo: Atlas.

- Mayer, J.A. (2009). *Relações Precárias em Cooperativas de Trabalho: Estudo de caso em Pelotas-RS*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Sociais. Universidade Federal de Pelotas, Brasil.
- Mayo, E. (1972). *Problemas humanos de una civilización industrial*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. In *EDUSER: Revistas de Educação*, vol. 2(2), pp49,65.
- Mejía, S. (2007). Liderazgo a través de la historia. In *Scientia et Technica*, Año XIII (34), 343-348.
- Merhy, E. E. & Queiroz, M. S. (1993). Public Health, Local Health Units, and the Brazilian Health System. In *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, Apr/Jun.
- Misi, M. C.(2000). *Cooperativa de Trabalho: direito do Trabalho e transformação Social no Brasil*. São Paulo: LTr.
- Misi, M.C., (2000). *Cooperativas de trabalho: direito do trabalho e transformação social no Brasil*. São Paulo, LTr.
- Monteiro, D.A. (2005). *Gestão estratégica de uma cooperativa de trabalho médico: uma análise a partir da visão baseada em recursos*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Administração. Universidade Federal de Lavras. Minas Gerais, Brasil.
- Moraes, C.R.B. e Fadel, B. (2007). Cultura organizacional em cenários de mudança. In *DataGramZero - Revista de Ciência da Informação* - v.8 n.1 fev. art 04.
- More, D.; Notz, W.; Fligner, M. (2014). *Estatística Básica e sua Prática*. Rio de Janeiro:LTC - Livros Técnicos e Científicos Editora
- Moreira, R. (2012). *Conhecendo a UNIMED: tudo o que o médico precisa saber sobre sua cooperativa e não tinha a quem perguntar* /Ricardo Moreira. – 2. Ed. Ver. Ampl. – Curitiba : Kairós, p.284).
- Moreira, R. (2012). *Conhecendo a UNIMED: tudo que o médico precisa saber sobre sua cooperativa e não tinha a quem perguntar*, 2ª ed. Curitiba: Kairós, p. 284.
- Morgan, G. (2009). *Imagens da organização: Edição executiva*. São Paulo: Atlas.
- Murati-Ruiz, F. & Pozo-Rodríguez, J. (2013). Apuntes críticos sobre teorías y tipologías del liderazgo organizacional. *Contribuciones a la Economía*.
- Nader, M. & Solano, A.C. (2007). Influencia de los valores sobre los estilos de liderazgo: un análisis según el modelo de Liderazgo Transformacional – Transaccional de Bass. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 6 (3), 689-698.

- Namorado, R. (2007). Oficina do CES, oficina 278/junho de 2007. Cooperativismo – História e Horizontes. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra- Centro de estudos sociais.
- Nitão, S.R.V. (2004). A Saúde Suplementar no Brasil: Um estudo da dinâmica industrial pós- regulamentação. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil
- Oliveira, J.A. de & Teixeira, S.M.F. (1986). (Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, p. 207.
- Olivier, A. (2011). *How ethical is leadership?* *Leadership*, 8 (1) 67-84.
- Organização das cooperativas brasileiras. (2003). *Manual de Orientação para constituição e registro de cooperativas: Organização das cooperativas brasileiras*. 8. Ed. Brasília: SESCOOP.
- Ortiz, P. & Enrique, F. (2011). Control Constitucional Abstracto, concreto maximalista y minimalista. In *Revista Prolegómenos. Derechos y valores de la Facultad de Derecho*, vol.14(27).
- Paim, J.; Travassos, C., Almeida, C.; Bahia, L. & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. In *the Lancet*, Vol. 377, nº9779, p1778–1797, 21 May 2011
- Paim, J; Travassos, C.; Almeida, C.; Bahia, L. & Macinko, J. (2011). *Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Disponível em www.thelancet.com/conteudo/web/Extra. [Acedido a 11 de outubro de 2014].
- Palma, H. (2011). La gestión empresarial, un enfoque del siglo XX, desde las teorías administrativas científica, funcional, burocrática y de relaciones humanas. In *Escenarios*, 9 (1), 38-51.
- Panorama Jul/2014.(2014) *Saúde em Números*. Disponível em http://UNIMED.coop.br/portalUNIMED/flipbook/UNIMED_brasil/panorama_saude_em_numeros_julho_2014/files/assets/basic-html/page34.html. [Acedido a 25 de fevereiro de 2015].
- Pereira, E. C (2004). A Gestão do Conhecimento entre Golfinhos, Carpas e Tubarões. Disponível em: www.ebah.pt/content/.../a-gestao-conhecimento-entre-golfinhos. [Acedido a 04 de Março de 2014.
- Pereira, M. I. (2002). *Cooperativa de trabalho: o impacto no setor de serviços*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Pereira, M.I. (2002). *Cooperativas de trabalho: o impacto no setor de serviços*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, p. 53.
- Pereira, P.C. de O. (2013). Subordinação e Autonomia nas Cooperativas de Crédito: Controvérsias acerca do grupo econômico trabalhista. In *Revista Jurídica*, v.2 nº31. Curitiba. Paraná.

- Pickina, T.A. de M. (2008). *Cultura Organizacional: Contexto de mudança organizacional*. Dissertação para obtenção do grau de Especialista em Gestão de Programas e Projetos Educacionais. Universidade de Brasília. Brasília.
- Pinho C.M. (s.d.). *Estado, Sindicato e Desenvolvimento*. São Paulo: FEA/USP, p. 93/94.
- Pinho, D. B. & Amaral, C. M. (1993). *Cooperativas brasileiras de trabalho*. São Paulo: IPE/Fipe: Fapesp/UNIMED.
- Pinho, D. B. (1982). *Pensamento cooperativo e o cooperativismo brasileiro*. São Paulo: Atlas, p. 118/122).
- Pinho, D. B., (1962). *Dicionário de cooperativismo*. São Paulo, Universidade de São Paulo.
- Pinho, D. B., (1962). *Economia e cooperativismo*. São Paulo, Saraiva.
- Pinho, D.B. (1982). (Org.). *Bases Operacionais do Cooperativismo* por Carlos Marques Pinho/e outros. São Paulo: CNPq, p. 16.
- Pires, J. C. de S. & Macêdo K. B. (2006). *Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil*. In *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 40(1):81-105, Jan./Fev.
- Polignano, M.V. (2008). *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Disponível em <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude no brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude%20no%20brasil.pdf)>. [Acedido a 07 de outubro de 2014].
- Polonio. W.A (2004). *Manual das sociedades cooperativas*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, p.29/ 70.
- Possamai, H. (2009). *União dos médicos – UNIMED: ambivalências e contradições*. Dissertação para obtenção do Grau de Doutorado. Faculdade de Psicologia. Porto Alegre, Brasil.
- Pratginestos, J. (2009). *SUS democratiza o acesso do cidadão aos serviços de saúde*. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>. [Acedido a 05 de Março de 2015].
- UNISOL (2011). *Qual é a estrutura organizacional de uma Cooperativa?* Disponível em <www.unisolbrasil.or.br>. [Consultado em 24/06/2013].
- Queiroz, C.A.R.S. (1998). *Manual da cooperativa de serviços e trabalho*. M. 5. Ed. São Paulo: STS.p. 29)
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rangel, E. (2006). *Cooperativas de Trabalho Médico: emergência e bifurcações/ Eliane Rangel, - Santa Maria*. (s.n.). Santa Maria: Pallotti Gráfica e Editora) 136p.

- Rego, A. & Cunha, M.P. (2011). *Liderança: A virtude está no meio*. Lisboa: Actual Editora.
- Rego, J. P. (1873). *Memória histórica das epidemias de febre- e cólera-morbo que tem reinado no Brasil*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, p.5
- Ribeiro, J. (2008). *Manual Técnico do Formando: Comportamento Organizacional*. Castelo Branco: ANJE
- Ricciard, L. & Lemos, R. J. (2000). *Cooperativa, a empresa do século XXI: como os países em desenvolvimento podem chegar a desenvolvidos*. São Paulo: LTr.
- Robbins, S. (2002). *Comportamento organizacional*. São Paulo: Prentice Hall.
- Robbins, S.P. (2000). *Administração: Mudanças e perspectivas*. São Paulo: Saraiva.
- Russell, R.F. & Stone, A.G. (2002). A review of servant leadership attributes: developing a Smith practical model. In *Leadership & Organization Development Journal*, 23 (3), 145-157.
- Saad (2012). Suplemento Trabalhista da Lei Trabalhista de 93/96 – p. 552. Disponível em <https://www.trabalhosgratuitos.com/search/Suplemento+trabalhista/page1.html>. [Acedido a 20 de fevereiro de 2015].
- Sales, J.E. (2010). Cooperativismo: origens e evoluções. In *Revista Brasileira de Gestão e Engenharia* – ISSN 2237-1664, numero I- trabalho 03, p.26/29
- Sampaio, A. (2004). *Comportamento e cultura organizacional*. Lisboa: Edual
- Sampaio, J. R. & Fleury, M. T. (2002). Uma Discussão Sobre Cultura Organizacional. In: *Fleury, M. T. Gestão de Pessoas*. São Paulo: Ed. Gente.
- Sánchez, E. & Rodríguez, A. (2009). 40 Años de la teoría del liderazgo situacional: una revisión. In *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol 42, 29-39.
- Santos J. V. & Sustelo, M.. (2009). Cultura organizacional e satisfação profissional: estudo desenvolvido num hospital privado. In *Psico*. 40, n. 4, pp. 467-472, out./dez.
- Santos, M. (2001). *Por uma globalização: do pensamento único à consciência universal*. 7ª Ed., Rio de Janeiro: Record.
- Schein, E. H. (1991). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schein, E. H. (2004). *Organizational culture and leadership*. 3ª ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schein, E.H. (2010). *Organizational Culture and Leadership*. 4ed. San Francisco: Jossey-Bass.

- Schidt, D. & Perius, V. (2003). Cooperativismo e cooperativa. *In*: Cattani, Antônio David (org). A outra economia. Porto Alegre: Editora.
- Schmidt, A. (1992). Memorial e UNIMED 25 anos: cooperativismo médico. São Paulo: UNIMED, p. 47.
- Schneider, J. O.(1991). *Democracia, Participação e autonomia cooperativa*. São Leopoldo: Unisinos, 1991.
- Schulze, E. (2002).Participação e Estrutura de Poder no Modelo de Gestão Cooperativa: o Caso UNIMED Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Administração. Universidade do Rio Grande do Sul/ Escola de Administração. Porto Alegre, Brasil.
- Sestelo, J.A. de F.; Souza, L. E.P.F. de & Bahia, L. (2013). Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. In *Cadernos Saúde Pública* vol.29 n.5 Rio de Janeiro May.
- Silva, A. H. & Moura, G.L. de (2013). Cultura Organizacional: uma discussão envolvendo conceitos, modelos e perspectivas. In *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Mayo. Disponível em www.eumed.net/rev/cccss/24/cultura-organizacional.html. [Acedido a 27 de maio de 2014].
- Silva, A.R da; Penão, J.; Pereira, J. & Dellalibera-Joviliano, R. (2013). Liderança, Motivação e Humanização no Ambiente Organizacional. In *Revista EPeQ/Fafibe online*, 5ª ed., 56-64.
- Silva, A.V.da (2008). *Evolução das práticas culturais: análise de uma organização autogestionável*. Dissertação para obtenção do grau de Doutorado em Ciências do Comportamento. Instituto de Psicologia da Univ. de Brasília. Brasília-DF.
- Silva, C. da. (2001). *Dissolução e liquidação de sociedade cooperativas: conhecido para evitar*. Goiânia: Gráfica Bandeirantes, 360p.
- Silva, C., Peixoto, R. & Batista, J. (2011). A influência da liderança na motivação da equipe. In *Revista Eletrônica Novo Enfoque*, 13 (13), 195-206.
- Silva, F.; Mello, R. & Kaneta, C. (2012). O uso do TLS (Teste de Liderança Situacional) como instrumento de avaliação de gestores restaurantes. RMS – In *Revista Metropolitana de Sustentabilidade*, 2 (3), 50-62.
- Silva, R. A. D. da & Nobre, M. A. de B. (coord.). (2011). *CNJ e os Desafios da Efetivação do Direito à Saúde*, 1 ed. 1 reimp. Belo Horizonte.
- Singer, P. (2000).Cooperativismo: o modelo consolidado e a novas experiências. *In Todeschini, Remígio. Sindicalismo e Economia Solidaria*. São Paulo: Editora Kingraf.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. Nova York: Macmillan.
- Skinner, B.F. (1961). *Analysis of Behavior*. Nova York: McGraw-Hill Book Company.

- Sousa, P. ; Pinto, F.J.; Costa, C. & Uva, A.S. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. In *Revista de Saúde Pública*, vol Temático, nº7, p.57,65.
- Swanwick, T. & McKimm, J. (2011). *ABC of Clinical Leadership*. Oxford: Blackwell Publishing, Ltd.
- Tamayo, A. (2004). Cultura e saúde nas organizações organizações. In: *PAZ, M. das G. T.; Tamayo, A. Perfil Cultural das Organizações*. Porto Alegre: Artmed.
- Taylor, F.W. & Fayol, H. (1981). *Principios de administración científica. Administración Industrial y General*. Buenos Aires: El Atero.
- Tesch, W. (2000). *Dicionário básico do cooperativismo*. São Paulo.
- Torres, A. (2008). *La educación popular. Trayectoria y actualidad*. Bogotá: Editorial RI Huho.
- UNIMED (1994). *Missão da UNIMED*. São Paulo: UNIM E D. (mimeo.)
- Vargas, J. D. de (2008). *História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: revisão da literatura*. Trabalho de Conclusão de Curso de especialização. Escola de Saúde do Exército, 27-28. Rio de Janeiro, Brasil.
- Veiga, S. M. (2001). *Cooperativismo: uma revolução em ação*. Rio de Janeiro: DP&A: Fases
- Veiga, S. M. e Rech, D. (2001). *Associações - como constituir sociedades civis sem fins lucrativos*. Rio de Janeiro: DP&A: Fases.
- Veiga, S. M.; Rech, D., (2001) *Associações: como construir sociedades sem fins lucrativos*. Rio de Janeiro, DP e A: Fase.
- Vendemiatti, M; Siqueira, E.S.; Filardi, F.; Binotto, E. & Simioni, F.J. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. In *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (1), 1301-1314.
- Vial, V.D. (1982). *Cooperativas de Trabalho: Co-gestión y Autogestión*. São Leopoldo. CESCOOP/UNISINOS.
- Vial, V.D. (1984). *Cooperativas de Trabajo: Co-gestión y autogestión*, São Leopoldo, CESCOOP/UNISINOS, p. 6.
- Vieira, A. C. M. (2005). *Cooperativismo de Trabalho: alternativo de geração de Trabalho e renda*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional. Universidade de Taubaté.
- Vieira, A.C. M., (2005). *Contabilidade e Administração da Universidade da de Taubaté*. Dissertação de Mestrado pelo curso de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional do Departamento de Economia. Taubaté – SP.

- Vilarinho, P.F. (2004). O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu. Cadernos EBAPE.Brasil, vol.2 no.3 Rio de Janeiro.
- Vlainich, A. R. C. (2014). Governança Corporativa e Saúde: Cooperativas – Sistema UNIMED. Disponível em <http://www.santosediniz.com.br/2012/11/27/governanca-corporativa-e-saude-cooperativas-sistema-UNIMED/#more-1025>. [Acedido a 21 de maio de 2014]
- Vugt, M.V. (2006). Evolutionary Origins of Leadership and Followership. In Personality and Social Psychology Review, 10 (4), 354-371.
- Woida, L.M.; Gelinsky, J. V.V.; Valentim, M. L. P.(2006). Culture and corporate knowledge. In Espacios. Vol. 27 (2) p. 10.
- Wren, D.A.; Bedeian, A.G. & Breeze, J.D. (2002). The foundations of Henri Fayol's administrative theory. Management Decision, 40 (9), 906-918.
- Younes, S. D. (2009). *A influência da reputação do gestor na construção da identidade da empresa: um estudo de caso na UNIMED do Brasil*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestrado em Administração de Empresas. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, Brasil.
- Young, L. H. B. (2006). *Sociedades cooperativas-resumo prático*, 5ª ed. (2005), 2ª tir. /Curitiba: Juruá.
- Zanelli, J.C.; Borges-Andrade, J.E.; Bastos, A.V.B. (2004). Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. In *Silva, N.; Zanelli, J.C. Cultura Organizacional*. Porto Alegre: Artmed.
- Zanatta, C.L. (2013). *Principais efeitos da regulamentação dos contratos entre operadoras e prestadores de serviços no mercado de saúde suplementar*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Administração de Empresas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Zenger, J. & Folkman, J. (2006). *Cómo ser un Líder. Dinero*, 246, 68-69.

Legislação

- Lei nº 5.764 de 1971
- Lei nº 9.656 de 1998
- Constituição Federal (art. 192)
- Lei nº 4.595 de 1964
- Lei Complementar nº 130 de 2009
- Resolução 3.859 de 2010
- Constituição da República 1.891 (art.72 §8)
- Decreto nº 1.637 de 1907
- Decreto nº 17.339 de 1926

- Decreto nº 22.239 de 1932
- Decreto-lei nº 59 de 1966
- Decreto nº 2.3611 de 1933
- Decreto nº 979 de 1903
- Decreto nº 581 de 1938
- Decreto nº 6.980 de 1942
- Lei nº 5.144 de 1942
- Decreto nº 60.597 de 1967
- Decreto-lei nº 50.030 de 1942
- Decreto 19770 de 19.03.31
- Decreto nº 24.647 de 1934
- Decreto de lei nº 926 de 1938
- Decreto de lei nº 6.980 de 1941
- Decreto nº 5.154 de 1942
- Decreto-lei nº 5.452 de 1943
- Decreto- lei nº 5.893 de 19.10.43
- Decreto-lei nº 8.401 de 1945
- Lei nº 3.189 de 1957
- Decreto nº 46.438 de 1959
- Lei nº 4.504 de 1964
- Lei nº 9.867 de 1999
- Lei nº 12.690 de 12
- Lei nº 8.949 de 1994
- Lei nº 10.406 de 2002
- Lei nº 8.080 de 1990
- Lei nº 8.114 de 1990
- RDC nº 39 de 2000
- Lei nº 10.185 de 2001

GESTÃO DO COOPERATIVISMO MÉDICO NO BRASIL – Um estudo sobre o Sistema UNIMED
(Cooperativa de trabalho do médico)