

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
NÍVEL DOUTORADO**

BRUNO GOMES DE ASSUMPÇÃO

**A CONTRIBUIÇÃO DA SOCIEDADE COOPERATIVA NO ACESSO DA
POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O caso da Unimed – Cooperativa de
Trabalho Médico**

São Leopoldo - RS

2023

BRUNO GOMES DE ASSUMPÇÃO

**A CONTRIBUIÇÃO DA SOCIEDADE COOPERATIVA NO ACESSO DA
POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: o caso da Unimed – Cooperativa de
Trabalho Médico**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriane Vieira Ferrarini

São Leopoldo - RS

2023

A851c Assumpção, Bruno Gomes de.
A contribuição da sociedade cooperativa no acesso da população aos serviços de saúde: o caso da Unimed – cooperativa de trabalho médico / por Bruno Gomes de Assumpção. – 2023.
210 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, São Leopoldo, RS, 2023.
“Orientadora: Prof^a. Dra. Adriane Vieira Ferrarini”.

1. Saúde. 2. Cooperativas. 3. Serviços de saúde. 4. Unimed. 5. Sociedade. 6. Saúde suplementar. 7. Cooperativismo médico. I. Título.

CDU: 334.6:614

BRUNO GOMES DE ASSUMPÇÃO

**A CONTRIBUIÇÃO DA SOCIEDADE COOPERATIVA NO ACESSO DA
POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: o caso da Unimed – Cooperativa de
Trabalho Médico**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Aprovado em 07/03/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Adriane Vieira Ferrarini – PPGCS Unisinos

Prof.^a Dra. Marília Verissimo Veronese – PPGCS Unisinos

Prof.^a Dra. Monika Weronika Dowbor – PPGCS Unisinos

Prof.^a Dra. Julice Salvagni – Escola de Administração da UFRGS

Prof. Dr. José Sérgio de Jesus – Centro Universitário Projeção

AGRADECIMENTOS

“E quanto mais remo mais rezo, pra nunca mais se acabar, essa viagem que faz o mar em torno do mar, meu velho um dia falou com seu jeito de avisar: olha, o mar não tem cabelos que a gente possa agarrar”.

Os dias sempre iniciavam com uma frase pronunciada pelo meu pai, desconcertante para a maioria das pessoas: BOM DIA! SAÚDE, PAZ E ALEGRIA! No período da tarde, o bordão se desdobrava em: BOA TARDE! SAÚDE, PAZ E FELICIDADE! E ao cair da noite: BOA NOITE! SAÚDE, PAZ E...

Ele ainda não havia achado uma expressão que pudesse fazer uma boa rima para a saudação noturna. E, em busca da rima perfeita, mobilizava sua esposa, filhos, noras e netos.

O ano de 2022 foi marcante sob diversos aspectos, alguns inesperados e imprevistos e, por isso, permito-me trazê-los para este momento tão singular na minha trajetória de vida. A vida é um sopro, e essa frase passou a ter sentido mais intenso nos dois últimos anos, quando o meu pai foi acometido por um câncer e lutou bravamente pela vida, me permitindo dividir com ele esse momento de síntese da sua jornada. Já éramos amigos e nos tornamos ainda mais próximos e íntimos. Em fevereiro/22 ele se foi, após 25 dias de internação hospitalar. Ele foi curado da Covid-19, mas contraiu uma infecção hospitalar que tomou conta do seu corpo e o fez sucumbir definitivamente.

Carregarei sempre comigo, as suas expressões de alegria, serenidade, sofrimento e gratidão. Por isso e por tudo que me fez chegar até aqui, te agradeço e te dedico esta etapa da minha caminhada acadêmica e da minha vida, por absolutamente tudo que vivi ao teu lado. Sim, *“meu velho um dia falou com seu jeito de avisar: olha, o mar não tem cabelos que a gente possa agarrar”!* Hoje compreendo o que você me dizia ao cantar que *“não sou eu quem me navega, quem me navega é o mar”*. Valeu pai! Que o seu encontro com Deus tenha sido eterno e acolhedor! Gratidão e amor é o que verdadeiramente sinto! Saudades eternas!

Em 2015 conheci a Prof. Dra. Adriane Vieira Ferrarini, quando fui seu aluno na primeira matéria do mestrado. Nascemos no mesmo ano, somos da mesma geração e tivemos percursos de vida que se encontraram, dos pampas até o planalto central. Então firmamos uma parceria diante do que eu estava me propondo a estudar e pesquisar. São sete anos de admiração e amizade e eu sou muito grato

por tudo que aprendi e aprendo contigo Adriane! Por tudo que nos fez chegar até aqui, de todo coração, muito obrigado!

A vida ganha sentido com as amizades que são feitas no decorrer da caminhada. E quem nos acompanha diz muito sobre nós mesmos. Por isso, agradeço ao meu colega e amigo Rodrigo Pelet! Nossa jornada conjunta e acadêmica começou em 2015, portanto, além de sermos colegas de mestrado, doutorado e de profissão, nos tornamos amigos de todas as horas e momentos. E você sabe os vales que atravessei e que venci. Um grande abraço fraterno!

Sou eternamente grato a Deus por Ele ter colocado o meu caminho na sua porta, querida amiga Maria Laudicéia (Laud). Eu jamais esquecerei a forma como me acolheu em meus momentos mais densos e delicados. Muito obrigado por me ouvir e, cuidadosamente, apesar das cicatrizes que a vida deixou, ter me mostrado um horizonte repleto de conquistas e realizações!

Meu filho tão amado João Marcos, que a minha trajetória, repleta de dificuldades e conquistas, te motive para ir muito mais adiante. Que mesmo distante da sua cidade natal e de mim, você nunca se esqueça que não há vitória sem sacrifícios e suor. Que Deus te abençoe e proteja!

A vida é repleta de surpresas e, sem esperar, te encontrei! Sempre te procurei de distintas formas e em vários lugares, mas na segunda metade da vida fui agraciado com um encontro inusitado e desconcertante. E depois que nos encontramos nunca mais ficamos longe um do outro. Sim, o amor tem nome, sobrenome e se chama Patricia Vasconcellos, minha esposa, amiga, afilhada e companheira de vida. Por tudo o que vivemos e ainda viveremos, o meu amor por ti é manifesto, crescente, imensurável, fiel, leal e cantante! E é por isso que eu preciso de você! Amo-te desde sempre e para todo sempre! Obrigado por me aceitar na sua vida exatamente como sou!

Por fim, agradeço a Deus, a quem dedico todos os dias da minha vida e a Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, meu grande exemplo de disponibilidade e bem querer!

RESUMO

A saúde é um tema socialmente relevante, atual e desafiador porque implica diretamente na reprodução da vida e na garantia de bem-estar. A Constituição Federal de 1988 definiu que o acesso à saúde é um direito de cidadania, cabendo ao Poder Público a regulamentação, a fiscalização e o controle dos serviços, podendo a sua execução ser realizada por instituições públicas ou privadas (empresas mercantis ou cooperativas), estas últimas de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo geral desta tese é analisar a contribuição das UnimedS como uma organização cooperativa na prestação de serviços de saúde suplementar (prestação de serviços na esfera privada) e nas políticas públicas, considerando os princípios preconizados pelo SUS no Brasil. Os objetivos específicos se propõem a aprofundar o tema cooperativismo e suas especificidades na prestação de serviços de saúde à população, avaliando e identificando as tensões enfrentadas diante da política pública de saúde suplementar. Trata-se de pesquisa qualitativa, cuja metodologia é composta por pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas com gestores, cooperados e clientes em duas unidades da Unimed no estado do Tocantins, assim como análise de conteúdo do material produzido. O Sistema Unimed é o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo e a maior rede de assistência médica do Brasil, presente em 86% do território nacional, sendo este um consistente diferencial em relação às outras operadoras de planos de saúde, pois se faz presente em localidades do interior do país em que as demais não possuem interesses em estar, por razões mercadológicas. Por intermédio de uma legislação pujante, o Estado transfere gradativamente para a saúde suplementar várias de suas responsabilidades constitucionalmente estabelecidas. O processo de regulação está inserido num cenário de disputas de interesses conflitantes que especificam o seu formato e extensão. O estudo constatou que a interiorização das UnimedS atesta o acesso facilitado e qualificado aos serviços de saúde, ao levar à comunidade a possibilidade de atendimento por médicos especialistas, clínicas e laboratórios, ressaltando uma forma de atendimento qualitativo e diferenciado do SUS, que realiza a maior parte dos seus atendimentos por médicos de família e generalistas. A manutenção dos princípios regedores do cooperativismo é um desafio imperativo para a própria sobrevivência das UnimedS, especialmente diante da necessária responsabilidade comunitária, e da formação distintiva do médico cooperado, com vistas a uma prática diferenciada e humanizada da medicina, o que ainda está distante de ser alcançado. O Sistema Unimed ainda não conseguiu sensibilizar o Estado de que o reconhecimento de sua natureza jurídica cooperativa possibilitaria o estabelecimento de parcerias inovadoras, com o propósito de prestar serviços qualitativos de forma complementar, ou seja, realizados na área da saúde pública em parceria com o SUS. Diante desse quadro, a Unimed é uma entidade exógena ao SUS.

Palavras-chave: saúde suplementar; Unimed; política pública; regulação; assistência à saúde; acesso à saúde.

ABSTRACT

Health is a socially relevant, current and challenging topic because it directly implies the reproduction of life and the guarantee of well-being. The Federal Constitution of 1988 defined that access to health is a right of citizenship, and the Public Power is responsible for regulating, supervising and controlling services, and may be carried out by public or private institutions (merchant companies or cooperatives), the latter in a complementary way to the Unified Health System (SUS). The general objective of this thesis is to analyze the contribution of Unimed as a cooperative organization in the provision of supplementary health services (provision of services in the private sphere) and in public policies, considering the principles advocated by the SUS in Brazil. The specific objectives propose to deepen the theme of cooperativism and its specificities in the provision of health services to the population, evaluating and identifying the tensions faced by the public policy of supplementary health. This is a qualitative research, whose methodology is composed of documentary research, semi-structured interviews with managers, cooperative members and customers in two Unimed units in the state of Tocantins, as well as content analysis of the material produced. The Unimed System is the largest cooperative system of medical work in the world and the largest network of medical assistance in Brazil, present in 86% of the national territory, which is a consistent differential in relation to other health plan operators, as it is present in locations in the countryside of the country where the others have no interest in being, for marketing reasons. Through powerful legislation, the State gradually transfers to supplementary health several of its constitutionally established responsibilities. The regulation process is inserted in a scenario of disputes of conflicting interests that specify its format and scope. The study found that the interiorization of the Unimed attests to the facilitated and qualified access to health services, by offering the community the possibility of care by specialist doctors, clinics and laboratories, highlighting a qualitative and differentiated form of care provided by the SUS, which performs most of their care by family doctors and general practitioners. The maintenance of the governing principles of cooperativism is an imperative challenge for the very survival of Unimed, especially in the face of the necessary community responsibility, and the distinctive training of the cooperative doctor, with a view to a differentiated and humanized practice of medicine, which is still far from being achieved. The Unimed System has still not been able to make the State aware that the recognition of its cooperative legal nature would enable the establishment of innovative partnerships, with the purpose of providing qualitative services in a complementary way, that is, carried out in the area of public health in partnership with the SUS. Given this situation, Unimed is an entity exogenous to the SUS.

Keywords: supplementary health; Unimed; public policy; regulation; health care; access to health.

LISTA DE SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
ACI	Aliança Cooperativista Internacional
AIS	Atenção Integral à Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CASSI	Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil
CID	Código Internacional de Doenças
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
CONSU	Conselho Nacional de Saúde
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
EURICSE	Instituto Europeu de Pesquisa de Empresas Cooperativas e Sociais
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDORT	Instituto de Organização Racional do Trabalho
IHCO	Organização Internacional de Cooperativas de Saúde
IN	Instrução Normativa
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INC	Instruções Normativas Conjuntas
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OCB	Organização das Cooperativas Brasileiras
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PIASS	Programa de interiorização das Ações de Saúde
Plus	Plano de Localização de Serviços de Saúde

PMC	Projeto Montes Claros
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
RA	Resolução Administrativa
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RN	Resolução Normativa
RR	Resolução Regimental
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 PERCURSOS TEÓRICOS ENTRE ECONOMIA E SOCIEDADE: MOVIMENTO E CONTRAMOVIMENTO.....	15
2.1 Delineando contextos históricos e econômicos.	15
2.2 A doutrina cooperativista diante da Teoria do Duplo Movimento: uma afinidade simbiótica.....	19
2.2.1 A Teoria do Duplo Movimento de Karl Polanyi.....	32
2.2.2 O movimento triplo: o encontro com a emancipação.	38
2.3 A economia imbricada nas relações sociais.	42
2.3.1 A Dádiva: o ensaio por Mauss.....	42
2.3.2 O Princípio de Redistribuição: o relacionamento da sociedade com a economia.....	47
2.3.3 A Economia Plural: democracia econômica e política?.....	51
3 O ACESSO À SAÚDE: UMA CONQUISTA HISTÓRICA E GRADATIVA.	55
3.1 O desdobramento histórico da assistência à saúde no Brasil.....	55
3.2 A Reforma Sanitária como marco de uma mudança estrutural.	60
3.3 O Sistema Único de Saúde – SUS: a saúde inserida no universo constitucional como direito fundamental.	68
3.4 O campo da Saúde Suplementar: um sistema de saúde concorrente? ...	74
3.4.1 A estruturação da saúde suplementar: o mercado regulado dos planos de saúde. 80	
3.4.2 A atenção integral como meio preventivo de promoção da saúde.	90
4 AS RAÍZES DO CONTRAMOVIMENTO E A CONSTITUIÇÃO DO MAIOR SISTEMA COOPERATIVO MÉDICO DO MUNDO: O SISTEMA UNIMED.....	95
4.1 A Pesquisa sendo exposta.....	95
4.1.1 Problematização da Pesquisa	95
4.1.2 Objetivos	98
4.1.3 Metodologia.....	99
4.1.4 A pesquisa de campo: as entrevistas semiestruturadas com os distintos atores sociais	103
4.2 A formação do cooperativismo de trabalho médico no Brasil.	104
4.2.1 A responsabilidade comunitária da Unimed: apenas um princípio?	118

4.2.2 As cooperativas diante da atração mercantilista: tensões e questionamentos.	126
4.3 A pesquisa Euricse/IHCO: avaliando a contribuição mundial das cooperativas para a assistência à saúde.	135
4.3.1 Problemas e desafios enfrentados no âmbito da saúde.....	140
4.3.2 O ressurgimento das cooperativas de saúde diante das dificuldades enfrentadas pelos sistemas de saúde e os 4 (quatro) tipos de sistemas de saúde estruturados	144
5 AS PARTICIPAÇÃO DAS UNIMEDS NO CENÁRIO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.	150
5.1 A realidade social e econômica das Unimeds singulares: Unimed Araguaína e Unimed Gurupi	150
5.2 O acesso da população aos serviços de saúde prestados pela Unimed. 158	
5.2.1 O contexto brasileiro e a Unimed.	158
5.2.2 Serviços suplementares e complementares.....	160
5.3 Os resultados obtidos referentes à pesquisa realizada.	167
6 CONCLUSÃO	178
REFERÊNCIAS	185
APÊNDICE A – ENTREVISTA ATORES SOCIAIS	194
Entrevista com os Gestores Públicos	194
Entrevista com os Gestores das Unimeds	196
Entrevista com os Médicos Cooperados	201
Entrevista com os Usuários	205

1 INTRODUÇÃO

A presente tese tem por escopo a contribuição da Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico – UNIMED no acesso da população aos serviços de saúde. Na delimitação do tema, analisar-se-á dentro do contexto da política pública de saúde suplementar, a atuação das Unimeds na prestação de serviços à saúde para a população. Também será discutida a relação existente entre as Unimeds, o sistema de saúde e as características do modelo de proteção social brasileiro.

A Carta Constitucional dispõe de significativa importância às ações e serviços de saúde, concernindo ao Poder Público estabelecer acerca da sua regulamentação, fiscalização e controle, cabendo sua execução a ser realizada diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Nesta esteira de raciocínio, estabelece que as instituições privadas poderão participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde - SUS, com preferência para as instituições sem finalidades lucrativas e para entidades filantrópicas. No mesmo contexto, veda a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

O Sistema Unimed é o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo, e a maior rede de assistência médica do Brasil, estando presente em 86% do território nacional, especialmente em regiões e localidades que as outras operadoras de planos de saúde não possuem interesse mercadológico de se estabelecer, fundamentalmente aquelas operadoras que possuem intuito lucrativo.

As sociedades cooperativas Unimeds não possuem finalidade lucrativa e, também por isso, podem contribuir muito com o Estado no atendimento da população brasileira, de forma complementar como parceira do SUS, especialmente pela sua larga presença e interiorização em todo o território brasileiro.

Importante destacar que é uma atuação congruente com o que estabelece a Constituição Federal ao deliberar que a saúde pública é direito de todos e dever do Estado, cabendo à responsabilidade de tornar possível e viável um modelo jurídico e institucional para amadurecer e implantar uma densa reforma sanitária.

No decorrer de todo percurso histórico, a importância da saúde suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil tornou-se fundamental para os governos federal, estadual, municipal e distrital, observando-se que o Estado tem dificuldades em prestar boas condições de atendimento em face

da demanda advinda de toda a população brasileira e da vasta extensão territorial do país.

Verifica-se que, por intermédio de uma legislação pujante, gradativamente o Estado transfere para a saúde suplementar parte de suas responsabilidades constitucionalmente estabelecidas no tocante à saúde pública. Mesmo diante do princípio da universalidade, princípio este norteador do Sistema Único de Saúde – SUS, há disposições legais que obrigam o ressarcimento ao SUS por parte das operadoras de planos de saúde, especialmente quando um cidadão que dispõe de um plano de saúde privado faz uso dos serviços disponibilizados pela saúde pública.

Abordar os desafios da regulação pública da saúde no Brasil implica necessariamente em adentrar na regulação dos mercados, em que o Brasil é reconhecido pelo seu elevado grau de burocracia. A regulação tem por escopo estabelecer uma rede de proteção coletiva social, sendo uma realidade globalizada, na qual a discussão é centrada em graus diferenciados de regulação, mas não em desregulamentação.

Desse modo, é de fundamental importância registrar que a regulação, antes de se modelar como assunto atrelado a ideologias, é questão técnico-econômica em razão do aperfeiçoamento das formas e da intensidade regulatória. Com fulcro nessa situação hodierna, nota-se o quanto o tema em comento é instigante, em especial, por tratar de uma política social profundamente sensível e regulada.

O problema da pesquisa é: diante da abrangência da política pública de saúde brasileira, em que medida a Unimed - Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico se torna instrumento de acesso facilitado e qualificado a serviços de saúde para a população? E quais são as implicações de seu formato cooperativista sobre a qualidade dos serviços e os efeitos a sua comunidade, a população em geral e ao sistema de saúde?

Diante da problemática suscitada, pretende-se: analisar a contribuição das Unimeds como uma organização cooperativa na prestação de serviços de saúde suplementar e nas políticas públicas de saúde, considerando os princípios preconizados pelo SUS no Brasil; aprofundar o tema do cooperativismo e suas especificidades na prestação de serviços de saúde à população, do ponto de vista teórico e empírico, em contexto nacional e internacional; conhecer a estrutura de funcionamento e organização das Unimeds e investigar o modo como elas se apresentam como instrumento de acessibilidade aos serviços de saúde; avaliar as

especificidades do cooperativismo na comunidade da Unimed e no sistema de saúde brasileiro, em seus limites e possibilidades; identificar as tensões enfrentadas pelas Unimeds diante da política pública de saúde suplementar, bem como as alternativas de superação; analisar os principais desafios e cenários possíveis do cooperativismo na saúde, considerando a realidade e perspectivas de países com sistemas de saúde semelhantes.

A pesquisa realizada nesta tese está estruturada com base na construção de um alicerce teórico sobre o tema proposto. Foram feitas pesquisas bibliográficas e documentais, com ênfase em artigos científicos e documentos oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e do Ministério da Saúde - MS, além da Constituição Federal – CF, assim como entrevistas com atores sociais das Unimeds Araguaína e Gurupi, ambas situadas no estado do Tocantins e da ANS.

As técnicas de análise utilizadas foram a Pesquisa Qualitativa e a Análise de Conteúdo – AC, tendo por paradigma a pesquisa realizada pelo Instituto Europeu de Pesquisa de Empresas Cooperativas e Sociais – Euricse - e pela Organização Internacional de Cooperativas de Saúde - IHCO. A pesquisa qualitativa centra atenção aos aspectos da realidade que não podem ser quantificados, focando na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

Sendo assim, o primeiro capítulo tratará dos percursos teóricos, o ponto de partida da tese, dissertando a doutrina cooperativista diante da Teoria do Duplo Movimento de Karl Polanyi, o Ensaio da Dádiva por Marcel Mauss, o Princípio da Redistribuição e a Economia Plural.

O segundo capítulo abordará o acesso à saúde como uma conquista histórica e gradativa, expondo o desdobramento histórico da assistência à saúde no Brasil, a Reforma Sanitária trazendo a lume o roteiro histórico e os ideais desse contexto como marco de uma mudança estrutural, a criação e implantação do SUS e o campo da Saúde Suplementar.

Também será apresentado o histórico evolutivo das políticas de saúde suplementar no Brasil, com a gênese do mercado de saúde suplementar até os desdobramentos do controle social e da regulação mercadológica, enfatizando o aspecto normativo-institucional diante do contexto socioeconômico, possibilitando uma melhor reflexão sobre as dificuldades e desafios gerados em face da forma de prestação desses serviços pelas Unimeds.

As raízes do contramovimento e a constituição do maior sistema cooperativo médico do mundo serão relatadas no terceiro capítulo, que também trará a problematização da pesquisa, os objetivos geral e específico, a metodologia utilizada e a exposição da pesquisa de campo realizada.

Este capítulo apresentará, também, a pesquisa realizada pela rede Euricse/IHCO, que avaliou a contribuição mundial das cooperativas para a assistência à saúde e os problemas e desafios enfrentados. Ainda, será posto o ressurgimento das cooperativas de saúde diante das dificuldades enfrentadas pelos sistemas de saúde e, ademais, falará sobre os 4 tipos de sistemas de saúde estruturados.

A participação das UnimedS no cenário da saúde suplementar será exposta no quarto capítulo, dos quais serão abordadas as realidades social e econômica das UnimedS singulares situadas nas cidades de Araguaína e Gurupi, ambas do estado do Tocantins, na região norte do país. O acesso da população aos serviços de saúde prestados pelas UnimedS, os serviços suplementares e complementares e os resultados do trabalho com as entrevistas realizadas com os distintos atores sociais (gestores públicos, gestores privados, médicos cooperados e usuários) também compõem o referido capítulo.

Por fim, o tema proposto nesta tese é singular diante dos estudos realizados sobre cooperativismo e saúde suplementar, vindo a preencher uma lacuna existente e descortinando um horizonte de situações que necessitam ser estudadas, especialmente diante de um contexto sociopolítico que envida um repensar das políticas de saúde pública.

2 PERCURSOS TEÓRICOS ENTRE ECONOMIA E SOCIEDADE: movimento e contramovimento.

O primeiro capítulo tratará dos percursos teóricos, o ponto de partida da tese, abordando a doutrina cooperativista diante da Teoria do Duplo Movimento de Karl Polanyi, o ensaio da Dádiva por Marcel Mauss, o Princípio da Redistribuição e a Economia Plural.

2.1 Delineando contextos históricos e econômicos.

A trajetória histórica da economia se inicia na Grécia antiga, eis que os primeiros pensadores econômicos foram os filósofos gregos que por meio das suas atividades intelectivas deram vazão ao pensamento ocidental, na qual a ciência econômica é parte integrante, podendo ser considerada como um dos pilares.

Para Kishtainy (2017), com o domínio do fogo as comunidades ancestrais conseguiram fazer coisas novas com o que se deparavam. Um simples e corriqueiro exemplo pode ilustrar as transformações mais imediatas e esse é o caso das confecções de panelas e artefatos de barro, além da preparação da alimentação com o cozimento de animais e plantas.

E dessa experiência oriunda do domínio do fogo que desbravou um novo momento da vida das comunidades, a realidade de economia latente foi gradativamente sendo construída pelo fato das pessoas terem se aperfeiçoado no plantio e na criação de animais domésticos, produzindo mais do que necessitavam para a própria sobrevivência.

A produção do excedente dessas comunidades alimentava os sacerdotes e imperadores e fazia o alimento chegar aos consumidores da época, em que requeria uma organização mesmo que bastante rudimentar. A produção das colheitas era levada aos templos religiosos como formas de oferenda e agradecimento às divindades, sendo partilhadas pelos sacerdotes.

A invenção da escrita contribuiu enormemente para a organização da distribuição de alimentos, especialmente para o registro de entrega de colheitas realizadas pelos agricultores. Desse modo, era possível a realização do controle pelas autoridades da época, inclusive com a retenção de parte da produção como uma forma de tributo (KISHTAINY, 2017).

Dentre os filósofos gregos, foi Platão quem delineou um Estado ideal, onde todos teriam o seu lugar determinado desde o nascimento. Para se ter uma melhor ideia, Platão pensava que a maioria das pessoas, incluindo os escravos, trabalharia no cultivo da terra. Em seguida viria a classe dos agricultores e, logo acima destes, estava a classe dos guerreiros. No ápice desse mosaico de classes sociais estavam os governantes. A construção da famosa academia de Platão foi no intuito de formar homens sábios e com o necessário preparo para governar a sociedade. No Estado ideal de Platão, os soldados e reis não poderiam ter propriedades privadas, pois os palácios e o ouro poderiam ser tentadores instrumentos de corrupção.

Ao se unir a Platão na academia, Aristóteles criticou o modelo de sociedade idealizado por Platão pois avaliou o que efetivamente funcionaria tendo por paradigma as imperfeições das pessoas. Para Aristóteles, seria impraticável a exclusão da propriedade privada, nos moldes defendidos por Platão.

Para ilustrar uma situação desdobrada por Aristóteles, Kishtainy (2017) assim expõe:

Se as pessoas criam riqueza utilizando as sementes e as ferramentas que possuem, como alguém obteria um novo par de sapatos, se não faz sapatos? Essa pessoa pode conseguir sapatos com um sapateiro, em troca de algumas azeitonas. Aqui Aristóteles lança luz sobre a partícula fundamental do universo econômico: a troca de um produto por outro. O dinheiro ajuda nisso, ele afirmou. Sem dinheiro, você teria que carregar azeitonas consigo para trocá-las pelos sapatos que necessita, e precisaria ter a sorte de topar com alguém oferecendo sapatos e querendo azeitonas, para simplificar, as pessoas concordam em designar um objeto, geralmente de prata ou de ouro, com, como o dinheiro com o qual comprar e vender – transacionar – coisas úteis. O dinheiro cria uma régua de medição do valor econômico – o que algo vale – e possibilita que esse valor seja passado de pessoa para pessoa. Com dinheiro, você não precisa encontrar alguém disposto a lhe dar sapatos neste exato momento em troca de suas azeitonas: você pode vender as azeitonas por moedas e, no dia seguinte, usar as moedas para comprar um par de sapatos. As moedas são pepitas padronizadas do metal designado como dinheiro. As primeiras foram feitas de eletro, uma mistura de ouro e prata, no século VI a.C. no reino da Lídia, hoje parte da Turquia. Mas foi na Grécia Antiga que o dinheiro efetivamente deslanchou. Até mesmo os campeões olímpicos eram honrados com dinheiro, recebendo quinhentas dracmas cada um. No século V a.C. havia aproximadamente cem casas fabricando moedas (KISHTAINY, 2017; p. 17-18).

No contexto acima, no qual Aristóteles se deu conta que quando as pessoas trocam produto usando dinheiro, há uma diferença entre a destinação para qual alguma será usada (como o caso das azeitonas para comer) e aquilo que pode ser trocado (azeitonas por um preço em dinheiro). Para o filósofo grego é natural que

uma família se encarregue da produção de azeitonas e promova a sua venda por dinheiro, com o intuito de obter outros bens dos quais necessite.

E quando as famílias percebem que conseguem ganhar dinheiro colocando as azeitonas à venda, podem começar a produzi-las exclusivamente por lucro, ou seja, a diferença entre o valor que vendem e o custo de produzir as azeitonas. Portanto, isso é comércio, isto é, vender algo para ganhar dinheiro. Mas Aristóteles pensava que o comércio que extrapola a situação do que é necessário para a manutenção da família era antinatural. Para ele, ao vender azeitonas para obter ganhos, as famílias efetivamente ganhariam dinheiro à custa de outros.

Nesse mesmo sentido, o filósofo afirmou que a riqueza advinda das atividades econômicas naturais possui um limite, porque uma vez que existe o suficiente para a satisfação das necessidades da unidade familiar, não há mais nenhuma necessidade em se ter mais. Olhando por outro lado, não existem limites para a acumulação antinatural de riqueza. Mas o que efetivamente o impede de acumular riquezas ilimitadas? Nada, absolutamente nada, com exceção do risco de afetar a sua sabedoria e virtude.

Para Aristóteles, o tipo de caráter que resulta da riqueza é o de um tolo afortunado. Portanto, estava claro para Aristóteles que a virtude reside nos denominados agricultores honestos, e não nos protos banqueiros sagazes. Importante ressaltar que Karl Polanyi, milênios após a elucubração do filósofo grego, desdobrará a posição aristotélica em um princípio denominado de domesticidade, que implica fundamentalmente na produção para a satisfação de um grupo específico, sem intuítos lucrativos ou vínculos mercadológicos.

Mesmo diante da pujante atividade intelectual desdobrada por Platão e Aristóteles, a Grécia estava muito distante das suas ideias sobre a economia, especialmente diante das crises enfrentadas pelas cidades-Estados. Essas crises eram oriundas da longa guerra travada entre Atenas e Esparta. Os projetos econômicos traçados pelos filósofos retratavam uma forma de apego ao passado glorioso grego, sendo que a solução de Platão perpassava pela concepção estrutural de um Estado disciplinado, ao passo que, para Aristóteles, era fundamental a elaboração de um guia prático para salvar a sociedade dos excessos da prática comercial.

As correntes de comércio estabelecidas pelos gregos se ampliaram bastante com o avanço do exército comandado por Alexandre, o Grande, o pupilo mais

famoso de Aristóteles, por todo o mediterrâneo, sendo responsável pela disseminação da cultura grega por novos horizontes.

O desdobramento da história da economia percorre um caminho de dez séculos, sendo iniciado, aproximadamente, a partir do ano 1.000 d.C. De certa forma, esse marco cronológico traz o percurso do desenvolvimento do capitalismo, sendo que por mais questionada que seja a concepção desse sistema econômico, é perfeitamente possível dizer que há aquiescência de que versa sobre um modo particular de organização da economia e da sociedade em escala mundial e que conforme a concepção adotada, se originou ou teve afirmação entre os séculos XII e XIII (SAES; SAES, 2013).

Por certo e para cada processo histórico há uma vasta quantidade de interpretações acerca do capitalismo, que envolvem subjetividades de quem se propõe a tratar do tema. Mas é necessário que se leve em conta que às tribulações e desafios desdobrados no tempo são compreendidas a partir da observação e análise dos percursos e contextos históricos.

O roteiro histórico desta tese perpassa pelos efeitos da transição do feudalismo para o capitalismo, focando em alguns aspectos dos fundamentos da economia e da sociedade capitalista, especialmente com o surgimento, como forma de resistência e inserção social, tanto das corporações de ofício como das sociedades cooperativas. Nesse sentido, a revolução industrial iniciada na Grã-Bretanha no séc. XVIII foi vetor de grandes mudanças sociais, impactando, sobremaneira, as formas de organização e condução da vida em sociedade, o que culmina com a denominada sociedade industrial.

O livro escrito por Karl Polanyi “A grande transformação: as origens de nossa época”, considerada uma das grandes obras literárias do século passado, discorrem sobre a transformação da Europa do universo pré-industrial para a efetiva era da industrialização, focando as mudanças nas ideologias, pensamentos, políticas sociais e econômicas. Nesse contexto, destacam-se os seus bravios pensamentos sustentados na defesa do não funcionamento dos mercados autorregulados, cujas consequências de sua deficiência seriam tão desastrosas que tornaria imperativa a intervenção dos governos.

É fundamental lembrar que a obra de Polanyi aborda um contexto temporal em que a relação das doutrinas de liberdade no mercado de trabalho e de liberdade

no comércio é marcada pelo histórico padrão-ouro¹. Logo, ressalta-se que a sua obra foi precursora da abordagem sistêmica preponderante nos tempos atuais.

2.2 A doutrina cooperativista diante da Teoria do Duplo Movimento: uma afinidade simbiótica.

Historicamente a Revolução Industrial representou o êxito do capitalismo como forma de produção econômica predominante e única em vários territórios da Europa. Nesse contexto, a manutenção da vida da maior parte das pessoas e comunidades seria por meio do trabalho assalariado.

De certo modo, a Revolução Industrial contribuiu em muito para que os camponeses migrassem para as grandes cidades em busca de trabalho como meio de subsistência das suas famílias. Houve uma novel compleição da estrutura social e da forma de produção, pois, mesmo diante da predominância dos latifúndios nos campos, as cidades representavam o berço das fábricas que passavam a ser o local de trabalho dessas pessoas que migravam dos campos com vistas a melhores ou talvez, possíveis condições de vida.

A inexistência de legislação laboral e de fiscalização por parte do Estado possibilitou a exploração máxima das jornadas de trabalho por parte dos empregadores, muitas vezes acima de quatorze horas, em condições insalubres e com reiterados acidentes de trabalho. Os salários pagos eram extremamente baixos. Em razão dessas adversidades, culpou-se a mecanização das indústrias pelas condições miseráveis e pelo expressivo percentual de desempregados na Europa. Porém, o excedente de mão de obra era originado na migração dos camponeses, ocasionada pelas novas formas de produção, ocupação das terras e, conseqüentemente, geração de empregos (PINTO, 2009).

No entendimento de Hartwell, citado por Saes & Saes (2013), as condições favoráveis para a Revolução Industrial foram as seguintes:

Acumulação de capital: estimulada por poupanças crescentes (do comércio e da agricultura), por taxas de juros baixas, por investimento crescente (por exemplo, em transportes), por elevado reinvestimento dos lucros industriais e de lucros inflacionários e melhor mobilização das poupanças por meio de instituições financeiras aperfeiçoadas.

¹ O padrão ouro estabelecia a obrigatoriedade dos países em manter uma parte dos seus ativos em ouro, criando reservas financeiras. Assim, o valor da moeda de cada país era estabelecido conforme a quantidade de ouro que ele possuía.

Inovações: mudanças na tecnologia e na organização da agricultura e da indústria: novas máquinas, novas fontes de energia, produto em larga escala com maior divisão do trabalho e mudanças na localização industrial (com economias externas);

Dotação de fatores favorável: de carvão, de minério de ferro e outros minerais necessários para a industrialização; tamanho adequado da economia; relações comerciais com mercados em crescimento (América e Ásia); força de trabalho qualificada; oferta de trabalho crescente (aumento da população e ampliação da força de trabalho industrial pelo aumento da produtividade agrícola e liberação de mão de obra da área rural); talento empresarial e investimento na oferta de bens;

“Laissez-faire”: mudanças de longo prazo na filosofia, religião, ciência e lei, culminando, no século XVIII no secularismo, racionalismo e individualismo econômico, propaganda pela livre empresa receptiva entre os homens de estado; mobilidade social;

“Expansão do mercado”: comércio externo crescente; consumo doméstico crescente por população crescente e aumentos de renda real; urbanização; melhoramento no transporte reduzindo custos e preços, estimulando a demanda e unificando e ampliando o mercado; preços de bens industriais relativamente mais baixos e demanda crescente;

“Diversos”: guerras continentais que favoreceram os ingleses e desencorajaram o desenvolvimento continental; a “bênção” de Deus (redução das pragas e boas colheitas nas décadas de 1730 e 1740); o crescimento autônomo do conhecimento (SAES; SAES, 2013; p. 156).

Em suma, a Revolução Industrial significou um período de profundas e densas transformações ocorridas na indústria, na agricultura, no transporte, nos bancos, no comércio, nas comunicações etc. E nesse processo de transformação, a sociedade capitalista dividiu-se em duas classes: a burguesia, proprietária dos meios de produção; e a classe assalariada, o proletariado, que para manter as suas condições de sustentação da vida aliena a sua força de trabalho (PINTO, 2009).

Diante do liberalismo econômico prevalente no séc. XIX e da Revolução Industrial, foram agravadas a exploração e as adversidades dos trabalhadores. Em busca de alternativas para a manutenção da vida e das famílias, surgiram movimentos organizados de trabalhadores como efetivos responsáveis pelo seu próprio processo produtivo, em que todos os membros eram igualmente trabalhadores, unidos e coordenados sem atravessadores, intermediadores ou exploradores (RIBEIRO; QUEIROZ, 2016).

A experiência pioneira de Rochdale é emblemática e bem ilustra o contexto histórico:

Tudo começou em 1844, na cidade de Rochdale - Manchester, no interior da Inglaterra. Sem conseguir comprar o básico para sobreviver nos mercadinhos da região, um grupo de 28 trabalhadores (27 homens e uma mulher) se uniram para montar seu próprio armazém. A proposta era simples, mas engenhosa: comprar alimentos em grande quantidade, para conseguir preços melhores. Tudo o que fosse adquirido seria dividido

igualmente entre o grupo. Nascia, então, a “Sociedade dos Probos de Rochdale” — primeira cooperativa moderna, que abriu as portas pautada por valores e princípios morais considerados, até hoje, a base do cooperativismo. Entre eles a honestidade, a solidariedade, a equidade e a transparência.

A ideia dos 28 pioneiros prosperou. Quatro anos após sua criação, a cooperativa já contava com 140 membros. Doze anos depois, em 1856, chegou a 3.450 sócios com um capital social que pulou de 28 libras para 152 mil libras. (ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS, 2022)

Ainda sobre Rochdale, no entendimento de Namorado:

Se tomarmos como referência a Inglaterra, verificamos que algumas cooperativas surgiram ainda no século XVIII e que muitas nasceram e morreram nas primeiras décadas do século XIX (cf. Verdier, 1974:7). Assim, quando, em 1844, um grupo de operários tecelões de Rochdale se reuniu para constituir a Cooperativa dos Pioneiros de Rochdale, tinha atrás de si um longo período de dinamismo social que, no campo cooperativo, se manifestou através de uma impetuosa natalidade e de uma não menos forte mortalidade cooperativa.

Foi dessa experiência, mas também do modo como os pioneiros sentiam as seqüelas do capitalismo emergente, da necessidade de lhes resistirem, da ambição irreprimível de sonharem para além dele, que resultaram as regras que identificam a sua invenção cooperativa.

Não foi, portanto, a imaginação privilegiada de um pequeno grupo que gerou, como artefacto de gênio, um conjunto pragmático de regras que viria a revelar-se fecundo e futurante. Sem retirar mérito à reflexão dos pioneiros, ela alimentou-se de um abundante leque de experiências, a partir de um ponto de vista determinado, o ponto de vista dos operários de Rochdale, um ponto de vista inserido no movimento operário.

O êxito da Cooperativa dos Pioneiros de Rochdale validou a experiência e consagrou os princípios e as regras assumidos, instituindo um paradigma cooperativo hoje, mais de 160 anos depois, dominante à escala mundial. E isso só foi possível porque esse paradigma se revelou suficientemente flexível e aberto, para incorporar ajustamentos, alterações e novidades; mas também suficientemente consistente, para se renovar sem se descaracterizar. (NAMORADO, 2007; p. 07)

O cooperativismo é um movimento mundial que mobiliza 1,2 bilhão de pessoas, 280 milhões de colaboradores e 3 milhões de sociedades cooperativas em todos os continentes (ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS, 2019). Esse movimento tem como pilar de sustentação um arcabouço principiológico estruturante que estabelece a construção de identidades e persecução de objetivos que não se reduzem ao universo eminentemente econômico, no qual preponderam as sociedades mercantis.

Para Schneider (2014) a sociedade cooperativa não é uma entidade beneficente ou filantrópica, mas sim uma empresa diferente das demais empresas existentes no mercado econômico especialmente das denominadas sociedades de capital. Baseado na semelhança de qualquer empreendimento econômico, a

sociedade cooperativa deverá ser conduzida pela racionalidade econômica, com definição dos seus objetivos e meios, demandando disciplina interna da sua organização, conhecimento mercadológico, planejamento e uso adequado dos recursos e hierarquia, visando o atingimento das metas traçadas no decorrer de determinado exercício fiscal.

Na mesma esteira de raciocínio, Schneider (2014) defende que o diferencial cooperativo é que a atividade empresarial por ela desenvolvida está a serviço de uma coletividade, uma associação de pessoas. A cooperativa, como entidade social coletiva, privilegia a cooperação, a solidariedade e a ajuda mútua entre os seus associados.

Os próprios cooperados dirigem e controlam a atividade empresarial desenvolvida, buscando a eficiência que impliquem na satisfação do quadro societário, eis que, por se tratar de uma sociedade de pessoas, segue uma racionalidade social que seja geradora de benefícios para todos, conforme os critérios de operacionalidade e lealdade de cada cooperado na sua relação com a cooperativa.

No entendimento de Namorado et al (2009) tratar de cooperativismo é falar da dinâmica cooperativa como evolução histórica, com um passado e um futuro, não deixando de dar à importância necessária para a normatividade inscrita na identidade cooperativa, nem a necessária reflexão teórica.

Aduz que a lógica cooperativa contraria a lógica lucrativista das empresas mercantis, que são dominantes no mercado de consumo, implicando, desse modo, numa lógica subalterna do cooperativismo. Todavia, ressalta que em todo o mundo, as cooperativas criam mais de cem milhões de empregos, implicando mais de 20% dos empregos gerados pelas empresas multinacionais juntas.

O caso mundial emblemático é o que envolve o denominado Complexo Cooperativo de Mondragon na Espanha. A Mondragon é um grupo de produção industrial e de empresas de distribuição sediadas no país Basco no norte da Espanha, sendo considerada a maior cooperativa de trabalhadores do mundo. O complexo reúne 120 sociedades cooperativas sendo: 87 industriais, 1 de crédito, 1 de consumo, 4 agrícolas, 13 cooperativas de pesquisa, 6 de serviços em consultoria e 8 cooperativas de educação. São associados das cooperativas os seus trabalhadores que somam aproximadamente 93 mil pessoas. Observa-se que na

sua essência, todas as cooperativas de Mondragon são cooperativas de trabalho que dispõem de produtos e serviços diferentes entre si.

Segundo a OCB (2019), o Brasil dispõe de 6.828 sociedades cooperativas, com um total de 14,6 milhões de cooperados. O ramo saúde dispõe de 786 cooperativas com 206.185 cooperados e 107.794 empregados, ocupando a segunda colocação no número de empregados, ficando atrás do ramo agropecuário, que possui 209.778 empregados. O marco legal do cooperativismo no Brasil é a Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

Dentro desse universo societário diverso, a doutrina cooperativista está situada no campo do "dever ser", pois realiza uma verdadeira convocação das consciências em razão de uma postura comportamental na atividade econômica e social que implica uma sociedade e um sistema econômico alternativo, solidário, justo, autônomo, democrático e participativo. Schneider (2014) faz a seguinte observação:

Portanto, a proposta doutrinária do cooperativismo não expressa "o que o cooperativismo já é aqui e agora" no seu real devir histórico, com suas vantagens, qualidades, defeitos e desvirtuações, mas sim "o que se pretende ser" a médio e a longo prazo. A prática real cotidiana do cooperativismo mostrará muitas imperfeições, desvios, lacunas e omissões em relação ao seu conteúdo normativo. Porém, os aspectos negativos de sua prática não invalidam a riqueza do conteúdo normativo, bem como a proposta de estruturar um empreendimento econômico e social participativo e solidário, mas sim, são estímulo para a sua progressiva correção, quando os esforços de melhoria se realizam à luz do paradigma axiológico, que serve de guia, de norte para a ação. (SCHNEIDER, 2014; p.04)

Para a Aliança Cooperativista Internacional – ACI, com previsão no Art. 8º do seu Estatuto:

Será considerada como sociedade cooperativa, qualquer que seja a sua estrutura legal toda associação de pessoas ou sociedades que tenha por objetivo a melhoria econômica e social de seus membros por meio da exploração de uma empresa baseada na ajuda mútua e nos Princípios Cooperativos, tal como foram estabelecidos pelos Pioneiros de Rochdale e reformulados pelo 23º Congresso da ACI.

Diante dessa definição de sociedade cooperativa é possível depreender que ganham destaque dois elementos centrais que acabam por dar sustentação a elas, pois são consideradas sociedades de pessoas, o que implica reconhecimento de um elemento social. O outro elemento é econômico, no caso concreto, uma empresa comum, onde os responsáveis são os cooperados. Ainda, o objetivo central da

sociedade cooperativa é a construção de viabilidade econômica e social para os seus membros.

A ACI já realizou releituras dos princípios cooperativistas, procurando manter o espírito dos pioneiros de Rochdale. Sobre a ACI, trata-se de um organismo mundial que tem como função basilar a preservação e a defesa dos princípios cooperativistas, tendo sido criada em 1895. Possui sede na cidade de Bruxelas na Bélgica e dispõe de quatro sedes continentais, quais sejam: América, Europa, Ásia e África. Nas Américas, a sua sede está localizada na Costa Rica, na capital San José.

Portanto, as sociedades cooperativas devem atentar para essa realidade, eis que mais que princípios, atestam verdadeira identidade a elas. As cooperativas de trabalho médico não fogem a essa regra, pois os princípios aferem caráter a uma forma diversa de sociedade, revelando-se como modo alternativo de organização societária, em que o capital não é o único mote agregador.

O primeiro princípio norteador das sociedades cooperativas é o princípio da adesão voluntária (Princípio das Portas Abertas), eis que ninguém pode ser obrigado a integrar os quadros de uma sociedade cooperativa. Ao se tornar cooperado, se associa em igualdade de condições com os demais cooperados.

Do mesmo modo, ao se tornar associado, também poderá deixar de sê-lo se assim for do seu interesse, tendo liberdade para deixar a cooperativa quando assim desejar. É fundamental que tal adesão seja absolutamente consciente, pressupondo-se um conhecimento e preparação prévia dos candidatos à condição de sócios cooperados.

Especialmente nas sociedades cooperativas de trabalho médico, em razão das suas especificidades, há uma prévia seleção dos sócios, eis que o ingresso dos médicos está correlacionado às necessidades de atendimento da cooperativa. Em regra, o número de cooperados médicos especialistas é observado tanto no aspecto de se considerar a possibilidade de ingresso de novos médicos de determinada especialidade, quanto no número satisfatório de médicos daquela especialidade. Logo, depreende-se que o princípio da livre adesão não pode ser absoluto, devendo atender às necessidades societárias.

O segundo princípio regedor das sociedades cooperativas é o princípio da gestão e do controle democrático pelos sócios. Diferentemente de outros tipos societários, especialmente das sociedades limitadas e de capital, prepondera nas

sociedades cooperativas a regra de que cada cooperado tem direito a um voto independentemente do número de cotas que possua e da produção que realize conforme estabelecido no Art. 42 da Lei nº 5.764/71².

O princípio da participação econômica do sócio enfatiza a grande diferença existente entre o sistema cooperativo e o sistema capitalista tradicional, retratado especialmente pelas sociedades por cotas de responsabilidade limitada e pelas sociedades de capital. Para Schneider (2014), o sistema cooperativista deve acentuar a primazia do trabalho sobre o capital ou demonstrar a subordinação do capital ao homem, pois o capital está excluído da participação nos excedentes da sociedade cooperativa.

O financiamento da sociedade cooperativa compreende tipos distintos de capitalização, pois se inicia com o capital social aportado pelos sócios cooperados, desdobra-se com o capital da própria sociedade, constituído inicialmente pelo capital social formado pelos associados e pela destinação prevista em estatuto dos fundos legais, especialmente o Fundo de Reserva e o Fundo de Assistência Técnica (Art. 28 da Lei nº 5.764/71), Educacional e Social, dentre outros que a cooperativa entender por bem constituir (BRASIL, 1971).

Ainda, há a possibilidade de a sociedade cooperativa contrair empréstimos com instituições financeiras ou obter recursos oriundos de entidades governamentais e não governamentais. Por certo, no caso da contratação de empréstimos com instituições financeiras, o pagamento dessa obrigação segue as regras legais estabelecidas para esse tipo de operação. Esse princípio exemplifica a distinção das cooperativas como uma outra forma de economia, se comparada com as demais sociedades que operam no mercado econômico, especialmente por fortalecer a sua autonomia financeira.

Outro traço característico das sociedades cooperativas é a distribuição do excedente líquido na proporção das operações. No universo cooperativo, os excedentes são chamados de “sobras”. Já no contexto capitalista, tais excedentes são conhecidos por lucros. Cabe aos sócios, reunidos em assembleia geral, a destinação das sobras. Nos outros tipos societários, o excedente destina-se exclusivamente ao capital, ao passo que, no universo cooperativo, os excedentes podem compor as reservas com o objetivo de assegurar a estabilidade e o

² Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências.

desenvolvimento da sociedade cooperativa, podendo receber destinação para fins educacionais e sociais ou retornar para os sócios na proporção das operações por eles realizadas.

As cooperativas são sociedades autônomas e independentes, sendo que o pilar da autonomia perpassa necessariamente pela autonomia financeira, que é a geradora das autonomias econômica, administrativa, social e política. Há que se ressaltar que a forma de comportamento das sociedades cooperativas perante as regras de mercado pode estar vinculada às disposições estabelecidas por órgãos governamentais regulamentadores, como é o caso pontual das cooperativas de trabalho médico, que obrigatoriamente se sujeitam a todo arcabouço regulatório oriundo da ANS.

O quinto princípio versa sobre educação, treinamento e informação cooperativa. Para Schneider (2014):

Não se nasce cooperador, especialmente no contexto individualista e competitivo em que vivemos. Não se mudam comportamentos sem mudar a mentalidade das pessoas. E uma mentalidade diferente só se adquire através de uma educação continuada e persistente. Portanto é preciso dedicar muitos esforços na formação de um homem-cooperativo, solidário, protagonista, responsável e ciente das vantagens da autoajuda na base da ajuda mútua, e nesse processo, a educação cooperativa assume uma relevância incontestável. (SCHNEIDER, 2014; p.19)

Na situação específica das cooperativas de trabalho médico, observa-se que o quinto princípio assume uma importância ímpar, pois a diferença desse tipo societário em relação aos demais está diretamente atrelada à questão da educação cooperativista. É muito importante que a formação cooperativista dos médicos seja permanente e com ênfase nos princípios norteadores das sociedades cooperativas, que devem torná-las diferenciadas dos outros tipos de operadoras na prestação dos serviços à população.

A doutrina cooperativista apregoa que além de mudar as estruturas é essencial que os homens sejam modificados pela educação. A sociedade cooperativa é desafiada a espalhar por toda a sociedade a educação cooperativista, especialmente aos não sócios, disseminando os seus valores e a sua forma de atuação diferente das sociedades mercantis.

O sexto princípio compreende a cooperação intercooperativa e a integração cooperativa. A denominada cooperação intercooperativa abrange as relações entre

cooperativas do mesmo ramo de atuação como também as cooperativas de outros seguimentos. As relações que se formam entre cooperativas de ramos distintos denominam-se relações intercooperativas, o que é fundamental para o fortalecimento e disseminação de todo movimento e doutrina cooperativista.

Para Namorado et al (2009) a ideia de observar as cooperativas como um setor implica uma racionalidade específica de conjunto e em uma conjugação de sinergias. Daí a importância na intercooperação informal, retratada na colaboração corrente e diária, que se traduz em trocas e ajudas mútuas, retratadas na criação de uniões, federações e confederações cooperativas, no âmbito de cada país, assim como de instituições internacionais constituídas por sociedades cooperativas. Portanto, muito antes da colaboração em rede ser um significativo indicador da modernidade do setor empresarial, já era a forma de ser do universo cooperativo.

A preocupação com a comunidade retrata o sétimo princípio. Em regra, as sociedades cooperativas possuem uma área geográfica de atuação determinada, o que implica assunção de compromisso com a comunidade. Importante ressaltar que enquanto as sociedades mercantis buscam desdobrar ações que tenham repercussão social, em grande parte das vezes para buscar uma melhor exposição diante dos seus consumidores, as cooperativas têm como princípio a preocupação com as comunidades que estão na sua área geográfica de atuação.

Sobre esse princípio, Schneider (2014) entende que:

A irradiação de benefícios de uma cooperativa consolidada numa comunidade especialmente das cooperativas agropecuárias, representa uma melhoria do índice de Desenvolvimento Humano – IDH na região, coma redução das desigualdades sócio-econômicas e a conseqüente redução dos índices de violência. Pode representar igualmente uma maior conscientização sobre a preservação do meio ambiente, e contribuir como importantes reguladoras e saneadoras do mercado, evitando ou diminuindo a especulação. (SCHNEIDER, 2014; p.24)

Diante do escopo da pesquisa, é fundamental também trazer a lume, o pensamento de alguns dos principais ideólogos do pensamento social aos principais movimentos associativos europeus do início do século XIX, com destaque para os ideais iluministas e o pensamento positivista, assim como para as correntes socialistas, representadas por distintas linhas tais como: socialista utópica, marxismo-leninismo e a anarquista ou ácrata.

Para Zaar (2013):

O pensamento liberal imbuído de conceitos que enalteciam a liberdade individual, a propriedade privada, o desenvolvimento de atividades econômicas em torno da iniciativa individual e da livre concorrência, trouxe ao século XIX uma nova concepção de trabalho e se transformou em um importante aliado ao associacionismo porque este melhorava a vida dos trabalhadores sem que para isto houvesse qualquer alteração do “estado quo”.

Uma condição que, ao mesmo tempo em que fomentou o consumo, ampliou as possibilidades de lucro do setor produtivo, afastando os trabalhadores da influência revolucionária. (ZAAR, 2013; p. 155)

A expressão “socialismo” foi estabelecida na segunda metade do século XIX, sendo utilizada para estabelecer oposição ao liberalismo e ao capitalismo, bem como a outros elementos que alienassem ou reprimissem os homens, tais como a religião, a família patriarcal e o Estado. Ainda, defendia a abolição da propriedade privada, as diferenças de classes e proclamava o pacifismo como ideal internacional (ZAAR, 2013).

A contribuição dos socialistas utópicos é especialmente representada por Saint Simon, François Marie Charles Fourier e Robert Owen. Sobre Saint Simon, em síntese, ele era contrário aos privilégios aristocráticos e eclesiásticos, e propôs um Estado em que o poder deveria ser formado por “homens úteis”, quais sejam: os industriais detentores de recursos financeiros, os cientistas e artistas e que a economia deveria ser gerida por associações de trabalhadores que se comprometeram em fazer a distribuição de bens de consumo com o objetivo do atendimento das necessidades da população e em fomentar o progresso. Para Saint Simon o associativismo tinha o papel de promover a paz, eis que a melhora do estado de bem-estar eliminaria a exploração do homem pelo homem. (ZAAR, 2013).

O socialista utópico Charles Fourier não aceitava o sistema industrial, a moral burguesa e patriarcal baseada na família nuclear e na moralidade cristã. Nesse contexto, defendia que:

Para resolver o problema de produção, distribuição e justiça social, idealizou unidades de produção denominadas “falanstérios”, nas quais seus membros, que podiam ser de até 2000 trabalhadores, reuniriam tudo o que possuíam e se organizariam da seguinte forma: a) uma casa familiar, similar a um grande hotel, com amplas áreas comuns como salas de jantar, de leitura, de jogos, de teatro e outros serviços autogestionados; b) a autossuficiência e o intercâmbio dos excedentes com outras comunidades similares; c) uma agência que teria a função de adquirir artigos de consumo ao menor preço possível (ZAAR, 2013; p.156).

Segundo Zaar (2013), Fourier entendia que os membros que ocupassem funções de liderança deveriam ser eleitos democraticamente e que o labor deveria ser limitado ao essencial, deixando de ter natureza obrigacional para ser prazeroso, o que aventava ser possível em fábricas limpas e elegantes, organizadas em seções e com divisão de tarefas, onde os membros poderiam escolher e alternar as suas tarefas prediletas.

Tomando por base e realizando duríssima crítica a propriedade, a família e a religião como fatores alienantes do ser humano, Robert Owen objetivava substituir o sistema capitalista por outro mais apropriado, com alicerce na cooperação, na educação e na melhoria das condições de vida dos trabalhadores. Frontalmente contrário ao paternalismo, defendia que o lucro industrial e comercial deveria ser suprimido, planejando a constituição de cooperativas de produção e de consumo, em que os cidadãos carentes, devidamente organizados em aldeias, poderiam laborar comunitariamente e consumir sem a presença de atravessadores (ZAAR, 2013).

De maneira distinta à Saint Simon e Fourier, que não tiveram suas ideias experimentadas e reconhecidas, as experiências elaboradas por Owen foram postas em prática e difundidas por intermédio da Sociedade Equitativa dos Pioneiros de Rochdale, sendo o projeto iniciado em 1844, quando 28 trabalhadores criaram a sociedade cooperativa (ZAAR, 2013).

Importante salientar que Rochdale foi a primeira experiência que contou com um estatuto e com bases organizacionais e de funcionamento que obteve êxito, sendo modelar para outras sociedades cooperativas em distintas partes do mundo. Posteriormente, a cooperativa de Rochdale foi ampliada observando as seguintes condições:

- a) instalação de sucursais;
- b) construção de frigoríficos;
- c) organização de uma sociedade de vendas ao atacado;
- d) agências e armazéns em vários pontos do país e exterior;
- e) um banco cooperativo;
- f) uma cooperativa de seguros (ZAAR, 2013).

O denominado socialismo revolucionário surge na segunda metade do século XIX, com pensadores que entendiam que a simples união de proletários e camponeses e a formação de cooperativas fosse peremptório para colocar termo com a exploração vivida. Tal modelo de socialismo defende a liberdade e igualdade diante das instituições que se sustentam no princípio da autoridade. Nessa esteira de raciocínio, apregoavam a importância de uma ação conjunta de todas as classes de trabalhadores com vistas a realizar drásticas alterações no sistema sociopolítico à época vigente. (ZAAR, 2013)

No que diz respeito à formulação da teoria anarquista, Proudhon depreendia que para melhorar as condições física, intelectual e moral da classe mais pobre e, conseqüentemente mais numerosa, era fundamental o enfrentamento contra a exploração capitalista. Contemplava uma sociedade livre, em que artesãos, camponeses e empresários atrelados às indústrias coletivizadas encontrariam a maneira adequada para o atendimento das suas necessidades materiais. (ZAAR, 2013)

Para Bakunin, conforme o entendimento de Zaar (2013), o indivíduo deveria ser livre para alcançar a sua realização, o que se traduzia em viver em comunidades não desfiguradas pela propriedade, pela exploração e pela autoridade, mas sim por um harmonioso sistema cooperativo e humanista. Nesse sentido:

Sua crítica ao capitalismo tem como base as ideias de Marx, contudo discordava da função que se devia dar ao Estado porque defendia que o objetivo da revolução deve estar centrado na ampliação do controle de cada indivíduo sobre a sua vida, o que não leva a conquista do poder, mas a sua dissolução. Para Bakunin a revolução deve destruir o aparelho estatal (ZAAR, 2013; p. 158).

Especificamente no caso do Brasil, as teorias que fundamentaram as experiências cooperativas chegaram com os europeus por ocasião da imigração. Em razão disso, a legislação pátria sobre associativismo e cooperativismo foi elaborada já no final do século XIX e primeira metade do século XX, sendo influenciada e vinculada às experiências e teorias europeias ocorridas no século XIX.

A Constituição brasileira e republicana de 1891 assegurou aos trabalhadores o direito de associação em sindicatos e cooperativas. Tempos depois, já no governo de Getúlio Vargas, foi garantida para as sociedades cooperativas a liberdade de constituição e funcionamento.

Durante o governo militar, época em que o cooperativismo de trabalho médico foi criado, sendo a Unimed a pioneira, as cooperativas estiveram sob o controle estatal, porém, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, tais sociedades passaram a ter liberdade de autogestão e independência diante do Estado.

Partindo do pressuposto de que as cooperativas foram criadas para melhor atender às necessidades e anseios dos seus associados diante dos desafios socioeconômicos que despontavam em razão dos desafios mercadológicos apresentados pelo mundo contemporâneo, é imperativo dizer que essas sociedades surgem como uma forma singular de organização econômica e social, um modo distinto de enfrentamento ao cenário econômico capitalista, eis que a ajuda mútua passa a ser um requisito basilar desse tipo societário.

Nesse contexto, expõe Namorado et al (2009):

Encarando o cooperativismo como projeção e apologia do movimento cooperativo, que, desse modo, com ele se identifica, pode dizer-se emergiu, com a fisionomia actual, no início do século XIX, conjugadamente com a hegemonia do capitalismo. Manifestou-se então como uma rede de organizações predominantemente econômicas, cujo eixo principal era a cooperação entre os seus membros. Deste modo, as cooperativas modernas traduzem a centralidade de uma prática social, a cooperação, que é um dos tecidos conjuntivos das sociedades humanas, tendo, aliás, havido uma época no dealbar da história em que ela foi uma verdadeira condição de sobrevivência da espécie. As cooperativas são, assim, a expressão moderna das práticas sociais da cooperação, bem gravadas no seu código genético, mas revelam-se por intermédio de um movimento social que se afirma no seio do movimento operário como uma das suas vertentes, o movimento cooperativo (NAMORADO, 2009; p.97)

A criação das cooperativas de trabalho médico se tornou possível em razão da discordância de uma fatia da classe médica diante da forma como a medicina estava sendo tratada e, conseqüentemente, comercializada. Portanto, o fator distintivo da junção de propósitos dos profissionais médicos necessariamente apontava na direção de se cultivar valores outros, diversos daqueles que estavam sendo utilizados pela medicina de grupo.

Assim, observa-se que a divergência da classe médica com as imposições mercadológicas de trabalho, expressam um verdadeiro contramovimento, possibilitando um diálogo que induz a uma profunda transformação da relação dos próprios médicos com a práxis social e comunitária do seu ofício.

O cenário histórico da formação das sociedades cooperativas estabelece vínculos estreitos com a Teoria do Duplo Movimento, como forma organizada de reação da sociedade em busca de meios de proteção diante das forças que corroem a solidariedade social. Nesse contexto, é notória a existência de um contramovimento desafiador diante das condições de produção que eram impostas.

Esse contramovimento cognominado por Polanyi de a grande transformação, tinha por pressuposto que a sociedade dispunha de uma realidade substantiva que poderia impulsionar importantes modificações sociais. Para ele, as comunidades organizadas possuíam francas condições de resistência tanto às forças mercadológicas quanto às intenções estatais, partindo do pressuposto de que a sociedade era constituída das relações entre as pessoas.

2.2.1 A Teoria do Duplo Movimento de Karl Polanyi

Para melhor situar a discussão que será travada no decorrer deste trabalho, é significativo estabelecer um ponto de partida diante de um vasto cenário desafiador. Esse ponto de partida é o problema fundamental exposto por Polanyi em sua obra “A Grande Transformação: as origens de nossa época”, escrita na década de 1940, que não é exclusivamente econômico, qual seja: a relação entre a economia e a sociedade e o modo como o sistema econômico influencia as relações entre os indivíduos.

Polanyi apresenta em seu livro o roteiro histórico em que se desdobrou a primeira grande guerra, descrevendo a crise da ordem econômica que originou a denominada “Grande Depressão” e a tentativa posterior de organização da economia mundial com alicerces no liberalismo de mercado.

Nesse sentido, a chave para a compreensão do pensamento de Karl Polanyi é o seu entendimento para o que denomina de mercado desincrustado e autorregulado. Assim, para a realização de uma análise mais abrangente acerca do contexto, ele defende a importância de se levar em conta as variáveis sociológicas nas análises econômicas.

Logo, parte do pressuposto de que os mercados estão sempre incrustados em um contexto mais amplo de instituições, abrangendo, por certo, um arcabouço de normas e valores que são prognósticos e que sustentam a ideia da existência e funcionamento.

Ao comentar a questão da incrustação na abordagem de Polanyi, Block declina que:

O termo “incrustação” expressa a idéia de que a economia não é autônoma, como pressupõe a teoria econômica, mas sim, subordinada à política, à religião e às relações sociais. O uso do termo por Polanyi envolve mais que a idéia agora notória de que as transações de mercado dependem da confiança, da compreensão mútua e da garantia de observância dos contratos. Ele usa o conceito para salientar a intensidade da ruptura dos economistas clássicos, especialmente Malthus e Ricardo, com os pensadores anteriores. Em vez do padrão normal histórico de subordinação da economia à sociedade, o sistema de mercados autorregulados, por ele propostos, exigia subordinação da sociedade à lógica do mercado: Eis o que Polanyi escreve na Primeira Parte: “Em última instância, e por isto que o controle do sistema econômico pelo mercado é consequência fundamental para toda a organização da sociedade: significa nada menos, dirigir a sociedade como se fosse um acessório do mercado. Em vez de a economia estar incrustada nas relações sociais, são as relações sociais que estão incrustadas no sistema econômico (POLANYI, 2012; p.XXXIII, introdução).

Para Martins (2007), Polanyi dispunha que o mercado autorregulável trazia como novidade a desincrustação da economia da sua base social e, também, a criação de uma ampla alienação cultural entre os trabalhadores, deixando, desse modo, a sociedade e o ambiente natural sem proteção. Como se depreende, a preocupação demonstrada por Polanyi residia em uma economia de mercado não determinada pela sociedade, operando exclusivamente nos marcos da lei da oferta e da procura.

E nesse contexto, Polanyi expõe que:

Durante um século a dinâmica da sociedade moderna foi governada por um duplo movimento: o mercado se expandia continuamente, mas esse movimento era enfrentado por um contramovimento que cercava essa expansão em direções definidas. Embora tal contramovimento fosse vital para a proteção da sociedade, ele era, em última análise, incompatível com a autorregulação do mercado e, portanto, com o próprio sistema de mercado. [...] Simultaneamente, porém, ocorreu um contramovimento e ele foi mais do que o costumeiro comportamento defensivo de uma sociedade que enfrenta mudanças. Foi uma reação contra um transtorno que atacava o tecido da sociedade e que teria destruído a própria organização da produção a que o mercado dera vida. [...] Foi este precisamente, o ajuste que ocorreu sob o sistema de mercado. O homem, sob o nome de mão de obra, e a natureza, sob o nome de terra, foram colocados à venda. A utilização da força de trabalho podia ser comprada e vendida universalmente, a um preço chamado salário, e o uso da terra podia ser negociado a um preço chamado aluguel. Havia um mercado tanto para o trabalho quanto para a terra e, em ambos os casos, a oferta e a procura eram reguladas, respectivamente, pelo nível de salários e aluguéis (POLANYI, 2012; p. 145-146).

A Teoria do Duplo Movimento expõe a tensão e o conflito permanente entre o empenho por estabelecer, manter e difundir o mercado autorregulável e os esforços tendentes a proteger, sob a forma de um contramovimento, as pessoas e a sociedade dos resultados oriundos deste mercado. O duplo movimento pode ser identificado como a ação de dois princípios estruturantes da sociedade, eis que cada um deles estabelece os seus objetivos institucionais, apoiados em forças sociais definidas que se valem de métodos próprios. Os estudos realizados por Polanyi possibilitam a realização de uma interpretação concreta da atualidade, especialmente do que ocorre no séc. XXI.

Para Silva (2018), exteriorizando o pensamento de Nancy Fraser:

Em sua teorização, Polanyi (2001) tratara de duas formas estilizadas de relação entre economia e sociedade: um mercado “enraizado”, no qual se busca sua subordinação e controle pela moral presente na sociedade; ou um “mercado desenraizado”, livre, não regido por instâncias exteriores às econômicas. Assim, a disputa fundamental em tempos de crise seria entre os esforços dos interesses do capital em desenraizar os mercados e os contra-esforços em proteger a sociedade, a natureza e a organização produtiva de um ideário de autorregulação mercantil. A tal disputa o autor denomina movimento duplo.

No entendimento de Abdalla (2014), o duplo movimento de Polanyi metodiza mercado e sociedade como sendo dois blocos em oposição, sugerindo que o mercado construiria um acentuado efeito de degradação para a sociedade e ela estaria encarregada de proporcionar uma virada social. Porém, esse contramovimento de proteção social não ocorreu da maneira conforme foi prevista por Polanyi.

Dessa forma, o processo de proteção em territórios historicamente subalternizados acontece de maneira disseminada e não necessariamente estruturada, por intermédio de estratégias especiais que procedem de diversos atores sociais, inclusive ambivalentes e hegemônicos.

Conforme discorre Fiori:

[...] Karl Polanyi formula uma teoria sobre o desenvolvimento das economias e sociedades de mercado, e sobre seus momentos de ruptura. Em poucas palavras, Karl Polanyi identifica a existência de um duplo movimento na história do capitalismo, das economias e sociedades de mercado, cada um deles apontando para métodos objetivos e específicos. Um seria o princípio do liberalismo econômico, que propõe desde as origens do sistema, a universalização dos mercados auto-regulados, através da defesa permanente do laissez-faire e do livre comércio. E o outro seria o princípio da auto proteção social, uma reação defensiva que se articula

historicamente não em torno de classes particulares, mas em torno da defesa das substâncias sociais ameaçadas pelos mercados. Muitos intérpretes de Polanyi leram a sua tese sobre o duplo movimento das economias e sociedades capitalistas, como se fosse uma sequência no tempo ou como se tratasse de um movimento pendular, através da história. A visão de Karl Polanyi, entretanto, é mais dialética do que pendular, porque para ele, os dois princípios têm raízes materiais e sociais que convivem de forma necessária, permanente e contraditória dentro do capitalismo (FIORE, 2003; p.2).

Embora possa ser um firme desejo do setor produtivo, observa-se que os mercados não são autorreguláveis, existindo uma rede de proteção coletiva social. A regulação estatal é uma realidade globalizada, na qual a discussão é centrada em graus distintos da regulação, mas não em desregulamentação.

Sobre o tema tratado nesta tese, observa-se que o mercado de saúde suplementar é fortemente regulado no Brasil e esse cenário estabelece a necessidade de adoção de comportamentos próprios para as sociedades cooperativas de trabalho médico, fundamentalmente para que possam atuar com ênfase na sua identidade cooperativista.

Em tempos pretéritos, a atividade econômica se encontrava incrustada nas relações sociais que tinham a comunidade como um todo, pois o que o mercado autorregulável trazia como novidade era a desincrustação da economia da sua base social e a criação de uma alienação cultural espaiada entre os trabalhadores, deixando a sociedade sem proteções.

No entendimento de Polanyi, os mercados são instituições importantes das quais as sociedades complexas não podem existir sem eles. Há franca distinção entre mercados e sistema de mercado, deixando evidente a sua posição contrária à integração de todos os mercados numa única economia nacional ou internacional (MARTINS, 2007).

Nesse contexto, Polanyi (2012) sustenta o entendimento de que a sociedade se tornou elemento acessório da economia, sendo que as pessoas e a terra passaram a constituir como elementos o processo econômico. Alicerçava-se na ideia de que as forças primitivas de vida econômica, que eram definidas pela reciprocidade, pela redistribuição e pela domesticidade, não incluíam os mercados.

Partindo do reconhecimento histórico e etnográfico de diversas formas de economia, Polanyi identificou, especialmente, quatro princípios de integração econômica, quais sejam:

- a) princípio de mercado, dispondo da oferta e da procura de bens e/ou serviços;
- b) princípio de redistribuição, atrelado a uma entidade central;
- c) princípio de reciprocidade, que estabelece a partilha entre os indivíduos;
- d) princípio de domesticidade, que implica produção para consumo próprio.

O seu entendimento é que a economia real está imbricada em instituições econômicas e não econômicas, que possibilitam continuidade e previsibilidade no que concerne a conduta dos agentes. Porém, é certo que uma economia com lastro na reciprocidade não surge e nem cresce sem o estabelecimento de laços comunitários, estamentais, corporativos ou associativos, que propiciem a geração de um padrão de relações.

Desse modo, é notória a existência de distinções entre princípios econômicos que agem com finalidade próprias e princípios com poder de integração, que se desdobram como apoio de um certo padrão de economia, que se firma por intermédio de instituições que lhe outorgam unidade e estabilidade.

No que tange à economia pública ou estatal, Polanyi entende que constitui a manifestação contemporânea de um padrão estabelecido de distintas formas no decorrer dos tempos, com fulcro em um princípio comum, integrador, qual seja: parte da riqueza disponível é genuinamente concentrada nas mãos de uma autoridade central que, por sua vez, garante a redistribuição conforme os critérios estabelecidos socialmente, desdobrando, desse modo, o cognominado Princípio da Redistribuição.

Em outro sentido, o que se encontra por detrás das redistribuições simétricas e repetidas entre os indivíduos ou entre as nações é o denominado princípio da reciprocidade, que representa um padrão de economia específico, mesmo sem operar um papel dominante. Portanto, a reciprocidade estabelece uma movimentação de informações e recursos entre pontos análogos de ajuntamentos proporcionais, sendo dissertados por Karl Polanyi como um hermético sistema de dádivas entre os integrantes de uma comunidade que não são estimulados pelos ganhos ou lucros.

O denominado princípio da domesticidade é caracterizado como atividade econômica marcada pela autossuficiência, sendo impulsionada pela necessidade de provisionamento e realizada com vistas ao consumo dos integrantes de

determinado grupo. Em suma, a domesticidade consiste na produção para uso próprio, trata-se da prática de prover as necessidades domésticas próprias.

Em tal contexto histórico, as pessoas produziam de acordo com as suas necessidades e os seus excedentes eram direcionados para o mercado, com a finalidade de serem trocados por outros bens necessários. Assim, esses mercados eram controlados com a intenção da proteção da paz da comunidade local.

Por acreditar que a sociedade possuía uma realidade substantiva que gerava energia para mudanças sociais, Polanyi debruçava um olhar distinto na sociedade como sendo a matriz do contramovimento. No seu entender, pessoas que vivem em comunidades organizadas são capazes de resistir às forças do mercado ou do Estado, pois a sociedade não passava de um conjunto de relações entre as pessoas.

Arguia que, em longo prazo, o mercado autorregulável e a democracia seriam irreconciliáveis, pois, ou o mercado livre daria lugar a uma economia social e mais cooperativa ou, no caso de o mercado livre subsistir, terminaria por depender crescentemente do arcabouço das regras protetoras autoritárias.

Ao falar da relevância contemporânea dos estudos realizados por Polanyi, Martins (2007) argumenta que, para que a atividade econômica de uma sociedade industrial seja novamente incrustada nas relações sociais, é crucial que se promova o princípio cooperativo nos distintos níveis da produção industrial.

Portanto, pelo fato de os governos estarem inseridos no contexto da obediência às leis da competição globalizada, oferecendo condições favoráveis às empresas multinacionais, colocaram a proteção dos interesses econômicos das suas populações em plano inferior. Com isso, a possibilidade do rompimento dos laços sociais que estruturam as comunidades se romperem passou a ser cada vez mais concreta.

Contudo, a sociedade moderna permanece buscando formas de proteção das forças que danificam a solidariedade social e que ameaçam distorcer a sua ligação com o ambiente natural. E este contramovimento é denominado por Polanyi como a grande transformação.

No decorrer da história, observa-se que as atividades de produção e de circulação dos bens estiveram, habitualmente, submersas na vida social, sem configurarem uma ambiência determinada por normas próprias, à parte, ao contrário do que se vivencia na contemporaneidade (GAIGER, 2021).

Logo, a índole da inserção da economia na sociedade, ou do seu imbricamento social, deu vazão a distintas interpretações. Há o entendimento que a imersão social da economia quer acarretar o fato de que a atividade econômica sempre se desdobra no interior das relações sociais, sendo impactada pela dinâmica desses diálogos.

Assim, os agentes econômicos são induzidos a estabelecer vínculos sociais como meio de auferirem resultados econômicos, mas também fazem isso também porque se norteiam por outros objetivos, tais como sociabilidade, aprovação social, identidade e status (GAIGER, 2021).

Segundo Gaiger (2021), nas caracterizações de Polanyi:

A premissa da inserção social da economia significa em seu sentido mais incisivo que a economia não possui fins próprios, autodeterminados, ela não é por si mesma senão um meio (como o próprio dinheiro), um modo de viabilizar realizações humanas – embora tais realizações possam passar ao largo do território dito “econômico”, salvo no caso particular da sociedade de mercado. Por isso, dizer que a economia está entrelaçada à vida social significa que ela não deriva de leis próprias, de finalidades independentes de parâmetros socioculturais, ou materializando uma espécie de economia natural, como um desfecho inevitável da repetição de condutas individualizadas que seriam intrínsecas aos seres humanos. Significa que admitir que a economia não é mais que um termo utilizado em nossa época para evocar mentalmente uma dimensão particular da vida coletiva. Essa dimensão resulta de um processo historicamente instituído (Polanyi, 1957) pelo qual cada sociedade determina como se ocupará da produção e circulação dos seus meios de subsistência, de acordo com o sentido que atribui a eles e aos desdobramentos dessas atividades que julgar desejáveis (GAIGER, 2021; p. 163).

Conforme Polanyi, a economia real está imbricada em instituições econômicas e não econômicas que possibilitam a continuidade e previsibilidade no que concerne a conduta dos agentes. Porém, é certo que uma economia com lastro na reciprocidade não surge e nem cresce sem o estabelecimento de laços comunitários, estamentais, corporativos ou associativos, que propiciem a geração de um padrão de relações.

2.2.2 O movimento triplo: o encontro com a emancipação.

O duplo movimento é fortemente caracterizado pelo embate de dois contextos, quais sejam: o liberalismo econômico que sugestiona a universalização dos mercados autorregulados por meio da defesa do livre comércio e uma reação

defensiva denominada de autoproteção social, que tem por escopo a defesa das substâncias sociais ameaçadas pelos mercados (FIORI, 2003).

Atentando para o desdobramento do duplo movimento posto por Polanyi, Silva (2018) aponta um movimento triplo defendido por Fraser, no seguinte sentido:

[...] Polanyi (2001) romanceia a sociedade e ajuda a absolver formas de proteção social que ratificam dominações; na medida em que as injustiças ancoradas na “sociedade” (como o androcentrismo) são codificadas em proteções sociais, seria indevida a preferência do autor pela “proteção social” pura e simplesmente. Entendendo que não basta uma Teoria Crítica enraizar a economia nos valores vigentes, Fraser propõe transformar a concepção em movimento triplo: o terceiro elemento seria a emancipação. Segundo ela, se a mercantilização se opõe à regulação econômica pela sociedade e a proteção social se opõe a desintegração social pelos mercados desregulados, a emancipação quer se opor às formas de dominação de onde quer que venham: da “sociedade” ou da “economia”. Não coincidindo exatamente nem com a mercantilização pura, nem com uma proteção social que reitera normas opressivas, as lutas por emancipação se distinguiriam de ambos os pólos: não buscam “defender as proteções sociais existentes, mas sobretudo, procuram transformar o modo de proteção.

No entendimento de Cattani (2009), a emancipação implica libertar-se do poder exercido por outros, conquistando, conjuntamente, a plena capacidade civil e cidadã no Estado Democrático de Direito. Nesse sentido, significa assumir a maioria de consciência, ou seja, é a capacidade de assimilação das normas sociais e morais que independem de critérios externos impostos ou desacertadamente declarados como naturais.

Ao comentar sobre a obra de Polanyi, Fraser (2011) depreende que a crise capitalista se fundamentava menos na oscilação da economia em sentido estrito e mais na desagregação das comunidades, no desfazimento das solidariedades e na destruição da natureza. As raízes concentravam-se menos nas contradições internas da economia e mais em uma enorme re colocação da economia em relação à sociedade.

Dessa forma, há uma inversão de relação que até então era global e que estabelecia que os mercados estavam intrinsecamente vinculados às instituições sociais e submetidos a normas morais e éticas. Os simpatizantes do mercado enraizado desejavam a construção de um mundo, em que a sociedade, a moral e a ética se subordinavam aos mercados e eram idealizados por eles. Portanto, é esse duplo movimento, sendo o primeiro o da mercantilização não regulada e o segundo

o de reivindicações em favor de proteção social que, conforme Polanyi, levou ao fascismo e à guerra mundial.

Especialmente sobre o movimento triplo, Fraser assim dispõe:

Buscando desenvolver uma crítica que engloba a “sociedade” e a “economia”, eu proponho dar alcance maior à problemática de Polanyi a fim de incluir um terceiro projeto histórico de luta social que redesenha o conflito, central para Polanyi, entre mercantilização e proteção social. Esse terceiro projeto histórico, que chamarei de “emancipação”, visa afrouxar as formas de sujeição ancoradas na “sociedade”. Centrais às duas manifestações de A Grande Transformação, tanto aquela analisada por Polanyi quanto a que vivemos atualmente, as lutas por emancipação constituem um terceiro eixo faltante pelo qual passa todo o conflito entre mercantilização e proteção social. A introdução desse terceiro faltante terá por efeito transformar o movimento duplo em triplo, englobando a mercantilização, a proteção social e a emancipação. O movimento triplo formará o coração de uma nova perspectiva quase polanyiana suscetível de explicar a crise capitalista do século XXI (FRASER, 2011; p. 620).

Em “A Grande Transformação”, Polanyi ecoa a luta social, porém, muito mais do que o secular entrave entre capital e trabalho, destaca o conflito que confronta as forças favoráveis à mercantilização e os movimentos transversais das classes em favor da proteção social.

No entendimento de Polanyi, segundo Fraser (2011), os mercados jamais podem ser totalmente retirados da sociedade em seu conjunto, pois só podem funcionar corretamente em um cenário não econômico de sistema de valores e de relações solidárias. Os esforços que buscam desenraizá-lo aniquilam esse contexto.

Nesse mesmo sentido, o experimento de se estabelecer mercados autorregulados se apresenta tão corrosivo para o tecido social que provoca significativas reivindicações em favor da sua regulação social. Muito distante de revigorar a cooperação social, o projeto de desenraizamento dos mercados induz, forçosamente, a uma crise social.

Em suma, a diferença entre mercado enraizado e desenraizado é aplicada em todos os conceitos centrais de Karl Polanyi, abarcando-se a sociedade, a proteção social, a crise e o movimento duplo. E sobre a emancipação propriamente dita, Fraser (2011) defende que:

Nós introduzimos uma categoria que não aparece em A Grande Transformação. Mas a idéia – e mesmo o termo – de emancipação era usual na época em que fala Polanyi. Para demonstrar isso, basta pensar nas lutas de então, que visavam abolir a escravidão, emancipar as mulheres e libertar os povos não europeus sob o jugo colonial. Esses combates sempre levaram o nome de emancipação. [...]

Meu objetivo não é simplesmente assinalar essa omissão, mas sublinhar que as lutas por emancipação colocaram em destaque diretamente as formas opressivas da proteção social, sem condenar totalmente nem celebrar absolutamente a mercantilização. Se esses movimentos tivessem sido incluídos em A Grande Transformação elas teriam desestabilizado a trama narrativa dualista e, assim, faria explodir o movimento duplo.

Para compreender o porquê, consideremos que a emancipação difere fortemente da principal categoria positiva de Polanyi: a proteção social. Assim, a proteção social se opõe à exposição e a emancipação se opõe à dominação. Enquanto a proteção visa proteger a “sociedade” dos efeitos desintegradores dos mercados não regulados (*marchés non régulés*) a emancipação visa jogar luz na dominação de onde quer que ela venha; tanto da sociedade quanto da economia. Se a idéia principal de proteção é sujeitar as trocas mercantis a normas não econômicas, a da emancipação é de submeter as trocas mercantis e as normas não mercantilistas a um exame crítico. Enfim os valores supremos da proteção são a segurança, a estabilidade, e a solidariedade social, enquanto que a prioridade da emancipação é combates a dominação.

Contudo, estaríamos errados, ao concluir que a emancipação “anda sempre de mãos dadas” com a mercantilização (FRASER, 2011; p. 622-623).

Para Fraser (2011), o principal intuito da mercantilização é libertar a compra e venda de normas de conteúdo moral e ético. Já a emancipação, tem por escopo examinar profundamente todos os tipos normativos do ponto de vista da justiça. Assim, a prioridade da emancipação é contrapor à dominação.

Na mesma esteira de raciocínio, as lutas travadas pela emancipação não se sobrepõem a nenhuma das duas dimensões do movimento duplo de Karl Polanyi. Tais lutas parecem acolher, em certos espaços temporais, a mercantilização ao qualificarem como opressivas as proteções sociais que os correligionários do liberalismo econômico visam desenraizar. Contudo, observando por outro lado, há convergência com os projetos que defendem as proteções sociais, especialmente quando, por exemplo, mostram os efeitos opressores da desregulação.

No entendimento de Fraser (2011), as lutas pela emancipação discordam das duas dimensões do movimento duplo, fundamentalmente quando não buscam suprimir e defender as proteções existentes, mas quando procuram transformar o modo de proteção. E não estando atreladas à proteção e à desregulação, as lutas em prol da emancipação personificam uma terceira força que racha o esquema dual de Karl Polanyi. Daí surge o entendimento de que para fazer justiça a tais lutas, torna-se essencial revisar o quadro de Polanyi e transformar o movimento duplo em triplo.

A astuta pergunta que é lançada por Fraser (2011) é a seguinte: como se deve compreender o movimento triplo? O conceito de movimento triplo apresenta a

crise do capitalismo como um conjunto de dimensão tripla, eis: mercantilização, proteção social e emancipação.

Diante da indagação lançada, Fraser (2011) enfatiza o seu entendimento, pois

Cada um é compreendido como irreduzível no plano conceitual, normativamente ambivalente e inextricavelmente imbricado com os outros dois. Nós já vimos, contra Polanyi, que a proteção social é com frequência ambivalente: ela permite não submeter os efeitos desintegradores da regulação, ao institucionalizar uma dominação.[...]

A desregulação dos mercados produz, evidentemente, os efeitos negativos que Polanyi sublinhou, mas pode igualmente gerar efeitos positivos quando as proteções que ela desintegra são fontes de opressão, por exemplo, pela introdução do mercado em países comunistas burocratizados, ou ao permitir que antigos escravos tenham acesso ao mercado de trabalho. A emancipação também não é isenta de ambivalências, na medida em que ela gera não somente uma liberação, mais também rupturas na rede de solidariedades existentes. Assim, ao destruir a dominação, a emancipação pode também destruir as bases da ética solidária da proteção social e encorajar assim a mercantilização.

Visto desse ângulo, cada termo se caracteriza, por vezes, por um termo que lhe é próprio e por uma ambivalência potencial que aparece em sua interação com os outros dois termos. Nenhum dos três pode ser apreendido corretamente se for considerado independentemente dos outros. [...]

É, então, aqui que se encontra a primeira condição desse movimento triplo: a relação entre duas dimensões quaisquer desse conflito tridimensional passa obrigatoriamente pela mediação do terceiro. Assim, como acabei de indicar, o conflito entre mercantilização e proteção social deve passar pela mediação da emancipação (FRASER, 2011; p. 626-627).

Segundo Silva (2018), Fraser expõe que Polanyi romanceou a sociedade e ajudou a absolver modos de proteção social que confirmam dominações. Ao propor a transformação em movimento triplo, sendo o terceiro movimento a emancipação, sustenta que se a mercantilização cria objeções à regulação econômica pela sociedade e a proteção social combate a desintegração social pelos mercados desregulados, a emancipação deseja se opor às formas de dominação independentemente de onde venham, seja da sociedade ou da economia.

Portanto, Fraser enfatizou que as lutas por emancipação não visam defender as proteções sociais existentes, mas procuram transformar o modo de proteção.

2.3 A economia imbricada nas relações sociais.

2.3.1 A Dádiva: o ensaio por Mauss.

No sentir de Caillé (2009):

Dádiva pode ser definida como oferecimento aos outros de um bem ou serviço sem garantia de que haverá retribuição, mas com esperança de que ocorrerá correspondência, situação que pode estabelecer relações de aliança e de amizade. Dádiva não é filantropia ou sacrifício, tampouco gratuidade sem motivo e sem intenções.

É importante enfatizar que a dádiva se desdobra numa lógica inversa em relação ao mercado ou ao Estado, pois, ao passo em que as formas de troca aspiram a construir transações universais, impessoais e abstratas, ela ocorre dentro de vínculos particulares e sociais. Assim, no âmbito da sociedade moderna, a dádiva apresenta-se como uma forma para dar substância aos vínculos entre pessoas concretas, tornando apta para criar solidariedade e coesão social, rechaçando, desse modo, o esgarçamento do tecido social.

Nos primeiros anos da década de 1920, Marcel Mauss publicou uma obra literária muito importante chamada de “Ensaio sobre a Dádiva”, cujo argumento condutor é centrado no fato de que a dádiva produz alianças matrimoniais, políticas, religiosas, econômicas, jurídicas e diplomáticas. No entendimento de Lanna (2000), a compreensão de Mauss sobre a dádiva era abrangente, incluindo não somente os presentes, mas as visitas, festas, esmolas, heranças e uma grande quantidade de prestações.

Sobre a tese principal do ensaio:

Nele se postula um entendimento da constituição da vida social por um constante dar-e-receber. Mostra ainda como, universalmente, dar e retribuir são obrigações, mas organizadas de modo particular em cada caso. Daí a importância de entendermos como as trocas são concebidas e praticadas nos diferentes tempos e lugares, de fato que elas podem tomar formas variadas, da retribuição pessoal à retribuição de tributos (LANNA, 2000; p.175).

Mauss defendia a ideia de que nas sociedades primitivas, os vínculos sociais não eram concebidos a partir do contrato ou das trocas mercantis, mas sim, se submetiam à imposição de rivalizar em manifesta magnanimidade. Portanto, os bens oferecidos e devolvidos no âmbito da obrigação de reciprocidade generosa não possuem, na maioria das vezes, qualquer valor utilitário. Ressalte-se que só adquirem importância enquanto símbolos da relação social que criam e nutrem, estabelecendo entre os parceiros, desse modo, uma espécie de dívida que poderá inverter-se, mas jamais se anular (CAILLÉ, 2009).

Nesse contexto, as trocas compreendem bens mais ou menos inalienáveis, assim como bens economicamente úteis ou não úteis. As trocas são, concomitantemente, voluntárias e obrigatórias, interessadas e desinteressadas, mas, fundamentalmente, úteis e simbólicas. O objeto do Ensaio da Dádiva não é a economia primitiva, mas sim a circulação de valores como um marco do estabelecimento do contrato social (LANNA, 2000).

Há duas correntes de pensamento que implicam situações conflituosas sobre o contexto da dádiva, quais sejam: as correntes utilitaristas e antiutilitaristas. A denominada corrente antiutilitarista é ancorada em uma posição radicalista, pois, diante da ausência de um conceito exato acerca da dádiva, há o encorajamento para um rompimento permanente com toda a ideia de interesse particular, de pacto ou contrato, de reciprocidade ou devolução. Nesse contexto, Caillé (2009; p. 103) expõe que “os preceitos antiutilitaristas, portanto, reduzem a dádiva a uma doação sem sujeito”.

No que diz respeito ao contexto antiutilitarista, Caillé (2009) sustenta que este se apresenta como mais próximo e amoldado à realidade, eis que não invoca o abandono da utilidade, do interesse, da intenção, da subjetividade nem mesmo a qualquer espécie de desprendimento.

Assim, os antiutilitaristas compreendem a dádiva como uma espécie de operador sociológico, criador de alianças e vínculos afetivos, estabelecendo semelhanças com os motivos que estimulam as relações sociais por meio da cooperação, acima de qualquer interesse, independentemente de tempos de paz ou cenários de guerra. Portanto:

A incondicionalidade subjaz às vantagens individuais que possam ser obtidas. A dádiva antiutilitarista é, portanto, absolutamente gratuita e incondicional; mais ainda, limita-se a subordinar o momento da conveniência do cálculo e do interesse a imperativos de conceder sem ônus e de incondicionalidade primeiros. Ela ordena de acordo com uma lógica da incondicionalidade condicional. [...]

A obrigação de dar – ou, antes, a tripla obrigação de dar, receber e devolver -, que constituiu a regra social basilar de ao menos certo número de sociedades selvagens e arcaicas, segundo Mauss descobriu, nada mais é do que a tradução concreta do princípio de reciprocidade colocado por Levi-Strauss no fundamento de sua antropologia estrutural. Cabe ressaltar que Polanyi, por meio de suas idéias de troca e de distribuição, contrastou esse preceito (CAILLÉ, 2009; p. 104).

Em 1981, o sociólogo e economista francês Alain Caillé criou uma associação sem fins lucrativos com a finalidade de utilizar um órgão de difusão de ideias

distintas da lógica mercadológica dominante da época, visando ao estímulo de um pensamento antiutilitaristas. O objetivo era a publicização do caráter antiutilitarista da teoria da dádiva e, por consequência, da elaboração de uma crítica sociológica consistente à doutrina neoliberal, realizando uma crítica que buscava demonstrar o equívoco do pensamento utilitarista e econômico de albergar o mercado como variável fulcral na elaboração da vida social.

É importante ressaltar que tal utilitarismo só se fundamenta quando se organiza a partir da descoberta de Mauss, respeitando o que se denomina de paradigma da dádiva. Ao estudar a dádiva arcaica, Mauss observa que a ação social não obedece apenas ao interesse racional, mas sim a uma lógica da simpatia, cuja tensão entre interesse e desinteresse concorda com outra, entre obrigação e liberdade. Assim, a obrigação de dar é ato compulsório paradoxal da liberdade e a relação social não se engendra nem a partir do interesse racional e nem a partir de um contexto normativo e legal, sempre presente e acima de todas as coisas (CAILLÉ, 2009).

Há uma identificação da dádiva com a concepção política da relação social, especialmente por se insistir fortemente no pensamento de que a condição primária e anterior da eficácia de todo coletivo humano habita nas próprias categorias de sua constituição em sujeito (CAILLÉ, 2009).

É fato que o mercado introduziu e ainda continua a introduzir meios que permitem a criação de relacionamentos despersonalizados entre indivíduos que se tornariam agentes neutros. O mercado possibilita um espaço que concebe um lugar sem vínculos pessoais, onde as coisas se permutam entre elas em razão dos mecanismos de preços. Há o entendimento que a dádiva possui memória, diversamente do mercado que, remotamente, conserva apenas o preço (LEITE, 2007).

Ademais, é certo que as coisas assumem valores distintos conforme a sua possibilidade de exprimir, vincular e alimentar os vínculos sociais. Porém, tais valores não são ajustados por meio de confrontos com outras coisas, mas sim, em primeiro plano, em relação às pessoas. Assim, determinado objeto terá um valor de vínculo diverso (LEITE, 2007).

No entendimento de Leite:

A diferença do princípio de reciprocidade que pressupõe de qualquer forma uma condição simétrica dos sujeitos que instituem a transação (POLANYI: 2000, p. 306) e, portanto, a possibilidade de intercambiabilidade das posições, o paradigma da dívida se refere a prestações que possuem caráter voluntário e, aparentemente, livre e gratuito. É necessário, porém, considerar a dívida como um sistema, afirma Godbout (1998, p.22), e esse sistema não é outra coisa senão o sistema social enquanto tal. A dívida constitui o sistema de relacionamentos propriamente sociais, uma vez que esses são irredutíveis aos relacionamentos de interesse econômico e de poder (LEITE, 2007; p. 16).

A ideia de redistribuição (princípio de redistribuição) assegura, em regra, o desenvolvimento e a expansão do Estado, no tangente às questões sociais, foi identificado como uma troca da dívida, uma substituição que implicaria minimizar as injustiças e restituir a dignidade à pessoa, uma vez que a libertaria das ameaças das redes de solidariedade que encontravam abrigo na caridade.

E nesse contexto, para Polanyi o Princípio da Redistribuição tem por esteio o padrão de centralidade, ou seja, se vale da transferência dos produtos para uma autoridade institucionalmente investida, com a responsabilidade pelo desdobramento da redistribuição em probos alicerces.

De maneira distinta do mercado, o Estado não abdicou ao altruísmo, porém, repartiu, organizou e distribuiu em nome de uma solidariedade coexistente entre os componentes de uma sociedade, solidariedade tal que seria bem mais ampla do que a que é garantida pelas redes primárias e bem mais justas do que aquelas da caridade privada. Mesmo reconhecendo a importância da dívida em todo o contexto social, Mauss levou em conta o fato de que, no âmbito da sociedade ocidental, a dívida assumiria, especialmente, a forma de retribuição estatal, representando, desse modo, uma forma acabada e específica do sistema da dívida (LEITE, 2007).

Para Caillé (2009), devem ser enfatizadas duas implicações referentes ao paradigma da dívida no que diz respeito à crítica ao economicismo. Há que se declarar que não somente existem, mas deve haver ações que não sejam motivadas apenas do interesse material calculado, como é o caso do mercado, ou de uma obrigação, tendo por exemplo a situação que envolve o Estado e a redistribuição, mas originariamente, uma lógica de aliança e certa gratuidade. Nesse sentido, o paradigma antiutilitarista, em compensação, está mais próximo dos adeptos da economia solidária e da valorização de tudo aquilo que se promova em nome do princípio associativo.

2.3.2 O Princípio de Redistribuição: o relacionamento da sociedade com a economia.

É certo para Polanyi (2009) que nenhuma sociedade poderia sobreviver, independentemente de qualquer lapso temporal, sem possuir alguma espécie de economia. Ressalta que, em tempos pretéritos ao século XX, nenhuma economia existiu sendo controlada por mercados, eis que o ganho e o lucro obtidos nas trocas jamais exerceram um papel de destaque na economia. Não obstante a instituição do mercado ser comezinha desde os tempos mais remotos da atividade gregária do ser humano, o papel desempenhado por ele tinha caráter incidental na ambiência econômica.

No seu entendimento:

Uma economia de mercado significa um sistema autorregulável de mercados, em termos ligeiramente mais técnicos, é uma economia dirigida pelos preços do mercado e nada além dos preços do mercado. Um tal sistema, capaz de organizar a totalidade da vida econômica sem qualquer ajuda ou interferência externa, certamente mereceria ser chamado de autorregulável. Essas condições preliminares devem ser suficientes para revelar a natureza inteiramente sem precedentes de tal acontecimento na história da raça humana (POLANYI, 2012; p.45).

Com fulcro em pesquisas históricas e antropológicas, Polanyi (2009) parte do pressuposto que a economia do homem, como forma de ordenamento normativo, se encontra submersa em suas relações sociais. Dispõe que o homem não procede assim para proteger sua situação social, suas exigências sociais e seu patrimônio social, pois preza os bens materiais na proporção em que eles servem aos seus objetivos.

Nesse sentido, nem o processo de produção e nem o de distribuição se encontra atrelado a interesses econômicos pontuais concernentes à posse de bens. As etapas desse itinerário, se vinculam a um determinado número de interesses sociais e são esses interesses que asseguram a necessidade ou importância do percurso a ser desdobrado.

Para melhor expor o Princípio da Redistribuição, Polanyi (2009) utiliza o exemplo de uma sociedade tribal, onde o interesse econômico individual raramente se manifesta como preponderante, eis que a comunidade cuida para que nenhum de seus componentes fique com fome, a menos que ela mesma seja acometida por uma tragédia, trazendo, desse modo, malefícios coletivos.

A manutenção dos vínculos sociais ganha expressivo relevo nesse contexto, pois se o código ajustado de generosidade ou honra for agredido, o indivíduo se aparta da sua comunidade e se transforma em um marginal. Assim, observa-se que em longo prazo, as obrigações sociais são recíprocas e o seu exercício se apresenta como mais adequado aos interesses individuais de dar e receber. Em suma, a premiação estabelecida para a generosidade é tão valiosa, se for dimensionada em termos de prestígio social, que não vale a pena adotar comportamento distinto senão o de esquecer a si mesmo.

Polanyi (2012) descreve que:

A execução de todos os atos de troca como presentes gratuitos cuja reciprocidade é aguardada, embora não necessariamente, pelos mesmos indivíduos – um procedimento articulado minuciosamente e perfeitamente salvaguardado por complicados métodos de publicidade, através dos ritos mágicos e do estabelecimento de “dualidades” nas quais os grupos estão unidos por obrigações mútuas – deve explicar, por si mesma, a ausência da noção de lucro e até mesmo de riqueza, a não ser a que consiste em objetos que ressaltam, tradicionalmente, o prestígio social (POLANYI, 2012; p.48).

Em um cenário comunitário, o Princípio da Redistribuição estabelece que a produção seja encaminhada para uma autoridade central, sendo devidamente armazenada para, em seguida, ser distribuída. Portanto, pressupõe-se que a sociedade disponha de um órgão central que dividia os recursos alocados após o seu recebimento.

Para Santos (2021):

A reciprocidade corresponde ao acto da “dádiva”, que implica uma “contra-dádiva”: uma pessoa oferece qualquer coisa a outra pessoa e esta retribui qualquer coisa à primeira. Esta oferenda de “dádivas” tem um efeito social relevante, podendo assumir o carácter particular (doação interpessoal) ou geral (doação a uma coletividade). O fundamento da “dádiva” é que os objectos não são dissociados de quem os oferece e representam essencialmente um comportamento social (SANTOS, 2021; p. 2).

O Princípio da Redistribuição, partindo de uma análise econômica, é parte fundamental do sistema em voga de divisão do trabalho, do comércio exterior, da taxação para finalidades públicas, das provisões da defesa. Essas funções delineadas de um verdadeiro sistema econômico são totalmente integradas pelas vivências intensas que viabilizam uma demasiada motivação de ordem não

econômica em cada ato realizado no quadro do sistema social, visto como um todo (POLANYI, 2009).

Assim, princípios centrados em comportamentos como é o caso da redistribuição, não podem ser efetivos exceto se os modelos institucionais vigentes conduzam à sua aplicabilidade. A redistribuição e a reciprocidade são competentes para afiançar o funcionamento de um sistema econômico sem o amparo de registros escritos e de uma densa administração, pois a organização das sociedades trazidas a lume executa as exigências com a finalidade de ser eficaz, com o auxílio de padrões como a simetria e a centralidade.

Na compreensão de Polanyi, os princípios de reciprocidade e redistribuição não seriam prováveis na ausência do princípio de domesticidade. Tal argumento, deriva da ideia de produzir para consumo próprio, uma prática motivada para o suprimento das necessidades domésticas, não tendo o intuito do ganho e nenhuma proximidade com os mercados, tendo por finalidade o atendimento do consumo necessário para um grupo fechado. A essência desse princípio está na produção para uso próprio, prática oposta à produção voltada para o lucro, conforme historicamente declinado por Aristóteles.

Importante ressaltar que contra a redução da economia ao mercado, houve a mobilização do Princípio da Redistribuição, eis que a economia mercantil não pode realizar a promessa de harmonia social que se comprometeu a dar. Com o crescimento da questão social, emergiu a necessidade de se promover instituições capazes de amortecer os efeitos deletérios do mercado. Dessa forma, a ideia de uma economia que tem por base a reciprocidade se firmou gradativamente e, o outro princípio de caráter econômico não mercantil, no caso o da distribuição, foi mobilizado pela ação pública (LAVILLE, 2004).

No entendimento de Lima (2009; p. 93), “Nesse contexto, situa-se o movimento da economia solidária, que, no Brasil, já reúne milhares de empreendimentos, nos quais as cooperativas de trabalho e de produção constituem o eixo central, ocupando milhares de trabalhadores”.

Conforme Gaiger:

Historicamente, o comércio integrou sistemas econômicos amplos, baseados tanto na reciprocidade quanto na redistribuição. Ele podia propiciar a troca de mercadorias e dispor de alguma autonomia, mas não estava compulsoriamente motivado por expectativas individuais de ganhos pecuniários crescentes. Ou seja, o princípio e as práticas de intercâmbio

estiveram presentes no comércio, sem por isso funcionarem como fator integrativo (Polanyi, 1977, p. 81-96). Seria um equívoco tomar o intercâmbio e o mercado como realidades idênticas e onipresentes, ou, como já dito, explicar por sua ausência as deficiências ou imperfeições das economias não plenamente mercantis (GAIGER, 2021; p. 166-167).

Nesse sentido, as políticas públicas adotadas estabelecem vínculo com o Princípio da Redistribuição especialmente por, em regra, ser a iniciativa de governos ou de Estados que se constituem em planos, programas e ações. Para Schiochet (2009) podem ser compreendidas como uma determinada área de conhecimento, isto é, o próprio objeto de tais políticas. Portanto:

Correspondem a um conjunto de estudos e análises sobre questões e temas relativos ao Estado, seu papel e suas instituições (pensamento europeu), ou enfatizam, mais especificamente, a própria ação ou produção dos governos (reflexão teórica estadunidense) (SCHIOCHET, 2009; p. 268).

No entendimento de Gaiger (2021), o domínio do Princípio da Redistribuição fundamenta-se na existência de um acordo em torno de prioridades que são juntamente sancionadas, mesmo que de forma tácita, e conforme o consentimento de uma autoridade central, que esporadicamente concorda por meio de obrigação estrita, sendo indiferente a qualquer vontade. Nas sociedades contemporâneas, essa situação encaminhou a ascensão de um aparato legal-burocrático sobre o qual repousa a economia pública e o seu agente principal, no caso, o Estado.

Na mesma esteira de raciocínio, o Princípio da Redistribuição também norteia entes do setor privado, especialmente aqueles sem finalidade lucrativa, denominadas de terceiro setor, por oposição ao mercado e ao Estado. Assim, agentes não estatais que atuam no âmbito da inclusão social e da filantropia, redistribuem recursos que são doados espontaneamente ou transferidos pelo Estado, atuando como promotores de laços, mesmo entre pessoas anônimas, e como divulgadores da reciprocidade social (GAIGER, 2021).

Diferentemente dos empreendimentos capitalistas, há tipos societários que não são controlados por investidores, e sim de outro modo e com participação democrática, como é o caso das sociedades cooperativas. Por consequência, os seus objetivos são diferentes da ótica de acumulação de capital. Nesse mesmo raciocínio, a análise do universo das cooperativas trouxe à tona os empreendimentos controlados por trabalhadores, como é o caso da Unimed.

Além de ser um contramovimento da classe médica diante a situação da saúde suplementar a época, esboça essa realidade do duplo movimento, no sentido de que a reação da sociedade com a denominada “socialização” da economia permitiu as cooperativas a possibilidade de participação no cenário econômico, com vistas ao atingimento dos seus fins, pois há procura diante dos serviços que são oferecidos por elas.

Segundo Laville (2004), as reações decorrentes da utopia da sociedade de mercado são variadas, com destaque para: a mobilização de outros princípios econômicos, a criação de instituições limitando e decretando regras para a esfera do mercado e para adoções de formas de propriedade outras que não as capitalistas. Portanto, a economia na modernidade democrática encontra-se em um duplo movimento: o primeiro que expressa a tendência a seu desencaixe e, em segundo, a tendência inversa, para o reencaixe democrático da economia.

2.3.3 A Economia Plural: democracia econômica e política?

Para Laville (2009):

Economia plural é uma abordagem da economia real que parte do pressuposto de que as relações entre os produtores e entre estes e a natureza são regidas por princípios econômicos plurais e assumem formas institucionais igualmente diversas. Essa percepção analítica constitui uma crítica à identificação estreita entre mercado e economia classificada por Karl Polanyi como um sofisma econômico (LAVILLE, 2009; p. 145).

O vocábulo econômico, conforme a percepção de Laville (2009), em regra é utilizado para indicar determinado tipo de atividade humana que oscila entre dois polos de significados, sendo que o primeiro sentido advém do caráter lógico da relação entre fins e meios (formal) e o segundo, das relações entre os homens e entre estes e os meios naturais onde perseguem a sua sobrevivência (substantivo).

Para Machado (2012), Polanyi desdobra a concepção substantivista no sentido de que a economia é um processo estabelecido pela interação entre o ser humano e o ambiente natural e social onde está envolvido, resultando em oferta permanente de meios para suprir as necessidades humanas, resultando dos fatos e das regras da natureza.

Tratando de uma realidade plural da economia, Laville (2009) entende que:

A convergência entre Karl Polanyi e Marcel Mauss é tocante, uma vez que suas análises econômicas encontram sua origem em uma mesma crítica do reducionismo, que explica a ação econômica apenas pelo interesse material individual. Para eles, a ação econômica pode resultar do sentimento de propriedade e de uma maquinação entre desprendimento e interesse, este último, sendo, além disso, maior que o interesse material. Eles deduzem então que a realidade da economia é plural, fato marcado pela análise utilitarista (LAVILLE, 2009; p.1).

Laville (2004) ainda acrescenta que,

enquanto Polanyi clareia a pluralidade dos princípios econômicos, Mauss reconhece a pluralidade de formas de propriedade e insiste no fato de que a organização econômica é um complexo de economias frequentemente opostas e modeladas pelas instituições sociais evolutivas [...] Não há um modo único de organização da economia que seria a expressão de uma ordem natural, mas um conjunto de formas de produção e de distribuição que coexistem (LAVILLE, 2004; p. 46).

Assim, Polanyi expôs que a redução do campo do pensamento econômico gerou uma ruptura absoluta entre o econômico e o ser considerado vivo e, a partir dessa distinção, ganharam destaque dois traços característicos da economia moderna, quais sejam: a autonomia conferida à esfera econômica assimilada ao mercado e a identificação do mercado como instância autorregulada. Porém, considerar o mercado como autorregulador, implicaria em desconsiderar as estruturas institucionais fundamentais para que o próprio mercado se produzisse e se tornasse viável (LAVILLE, 2009).

Adiante, verificou-se que a economia retratada como ajuste entre o mercado autorregulador e a sociedade de capitais deram vazão ao projeto de uma sociedade enraizada no mecanismo de sua própria economia. Logo, foi impossível alcançar o panorama da sociedade de mercado, eis que houve uma reação diante desse cenário, se valendo especialmente da solidariedade. Esse contexto gerou um paradigma para a consolidação de uma regulação considerada democrática dentro do universo econômico, sendo refletida por Mauss no Ensaio sobre a Dádiva, com ênfase nas relações entre reciprocidade e redistribuição (LAVILLE, 2009).

Na mesma esteira de raciocínio, Laville (2009) pontua que, contra a redução da economia ao mercado, foi impulsionado o Princípio da Redistribuição, em que a organização e distribuição de bens e serviços voltadas à minimização de desigualdades é feita de forma não mercantil. Diante de um ambiente confuso entre mercado e mercado autorregulador, operou-se um retraimento do mercado por intermédio de seu enquadramento institucional, provocando, desse modo, a

denominada socialização do mercado, ou seja, o objetivo foi inseri-lo em um conjunto de regras formadas a partir de um processo político de deliberação.

Ao citar Gadrey, Laville (2009) pontua que:

A maioria dos mercados de hoje conforma acima de tudo regras, instituições, redes que enquadram e controlam a formação e a união da oferta e da procura”; contudo, eles são contestados por impulsos de desregulação, que apelam para “o alinhamento desses mercados diversos à norma ideal e impessoal do mercado concorrente perfeito, para a dessocialização dos mercados (LAVILLE, 2009; p. 147).

Para tais tentativas de desregulação, surgem diversas tentativas com o escopo de fundar e legitimar práticas e instituições não capitalistas. É certo que em empresas onde os direitos de propriedade impendem aos investidores, o intuito é restrito à maximização do lucro, sendo que o quesito trabalho guarda subordinação a tal lógica de acumulação (LAVILLE, 2009).

De modo distinto das empresas capitalistas, algumas empresas não fazem parte do patrimônio dos investidores, mas sim a outros tipos de *stakeholders*³, o que implica objetivos distantes da acumulação do capital. Nessas empresas, o desdobramento operacional da ação econômica refere-se à reciprocidade, em um grau mais elevado, em vez da maximização de lucro do interesse particular.

Observa-se que na modernidade democrática a economia expõe um duplo movimento da seguinte forma: o primeiro movimento expressa a tendência a seu desencastamento e o segundo traduz a tendência ao reencastamento democrático da economia, cuja manifestação à solidariedade se revela como fundamental. Assim, Mauss e Polanyi apresentam os fundamentos teóricos de uma abordagem plural da economia, possibilitando uma reflexão acerca da mudança social que não se dá por satisfeita com a invocação ritualística de uma metamorfose do sistema (LAVILLE, 2009).

O entendimento de Gaiger (2021):

Na coexistência de vários princípios econômicos, portanto, repousam os fundamentos da economia plural (Laville, 2009). Motivações altruístas, para dar um último exemplo, podem explicar gestos de desprendimento, comuns no cotidiano das relações afetivas, valorizadas ritualmente em suas efemérides com doações mútuas (ou seja, presentes). Sua intuição, nesse caso, é confiada aos hábitos e à espontaneidade. Ao avançarmos para a órbita dos vínculos sociais entre grupos e organizações, em que despontam

³ *Stakeholders* são pessoas que têm interesse na gestão de empresas ou na gestão de projetos, tendo ou não feito investimentos neles.

entidades associativas, confessionais e de classe, os atos passam a ser separados da simples rotina diária: eles ingressam em sistemas de reciprocidade para os quais concorrem também instituições originadas em outros princípios a exemplo das deduções tributárias incidentes sobre doações filantrópicas ou de relevante interesse público. [...]

Voltando a Karl Polanyi (1957;1968), um princípio torna-se integrativo ao originar instituições condizentes, aptas a materializá-lo e disseminá-lo. Assim, as formas instituídas em concreto não ficam indiferentes aos princípios. Nesse sentido, o elo cooperativo, essencial ao êxito e à perenidade das organizações da ESS, encontra o seu ambiente natural em padrões instituídos a partir da reciprocidade. Mesmo quando a gestão é orientada por requisitos de eficiência e otimização dos meios, instaurando laços contratuais entre seus membros, é um mister de sua viabilidade que preexistam ou se instaurem vínculos extraeconômicos, intangíveis, emuladores das condutas cooperativas nas quais radica o sentido e o valor da organização (GAIGER, 2021; p. 173).

E nessa esteira de raciocínio é patente que a Economia Social e Solidária, e dentre elas ganha expressivo relevo a participação das sociedades cooperativas, promoveu e manteve no decorrer dos tempos, sistemas de vida e organizações socioeconômicas dos quais os alicerces estruturais se diferenciam da economia de mercado, em face dos princípios estruturantes que lhe são característicos (GAIGER, 2021).

Especialmente no âmbito das sociedades cooperativas de trabalho médico, parte-se do pressuposto que há subordinação das suas práticas econômicas em razão e a partir do contexto de se formarem em prol de associações de pessoas, interligadas em relações sociais vinculantes, o que implica uma discordância à lógica impositiva da economia de mercado. Em suma, há um roteiro que visa a desmercantilização, acentuando, desse modo, a coexistência de economias plurais.

3 O ACESSO À SAÚDE: uma conquista histórica e gradativa.

Este capítulo abordará o acesso à saúde como uma conquista histórica e gradativa, apresentando o desdobramento histórico da assistência à saúde no Brasil, a Reforma Sanitária trazendo a lume o roteiro histórico e os ideais desse contexto como marco de uma mudança estrutural, a criação e implantação do SUS e o campo da Saúde Suplementar.

Será também apresentado o histórico evolutivo das políticas de saúde suplementar no Brasil, com a gênese do mercado de saúde suplementar até os desdobramentos do controle social e da regulação mercadológica, enfatizando o aspecto normativo-institucional diante do contexto socioeconômico, possibilitando uma melhor reflexão sobre as dificuldades e desafios gerados em face da forma de prestação desses serviços pelas Unimed.

3.1 O desdobramento histórico da assistência à saúde no Brasil.

Inicialmente, é de fundamental importância esclarecer que, efetivamente, as primeiras manifestações de preocupação com a implementação de medidas sanitárias e de saúde foram realizadas no período da vinda da família real portuguesa ao Brasil. E não se pode passar ao largo do fato de que a evolução histórica das políticas públicas de saúde se relaciona diretamente com a evolução política, social e econômica da sociedade brasileira.

No entendimento de Polignano⁴ a conquista dos direitos sociais, especialmente saúde e previdência, são oriundas das lutas, da organização e das reivindicações dos trabalhadores. Para ele, as ações de saúde propostas pelos governos buscam incorporar os problemas de saúde que alcançam grupos sociais importantes e de regiões socioeconômicas de expressiva relevância dentro da estrutura social vigente. E diante da ausência de definições em relação à política de saúde, a história da saúde no Brasil guarda uma relação de estreita proximidade com a história da previdência social.

É notório que a política de saúde pública brasileira nunca deixou de contar com os serviços das instituições particulares de saúde e dos médicos autônomos

⁴ <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saudenobrasil.rtf>

para os desdobramentos dos serviços de saúde da população, conforme será tratado no decorrer da exposição da tese.

Historicamente, a vinda da família real portuguesa ao Brasil em 1808, suscitou a necessidade de se organizar uma estrutura sanitária mínima com capacidade para dar assistência aos nobres que chegavam na cidade do Rio de Janeiro, então capital da colônia. Nesse contexto, houve a criação da primeira organização nacional de saúde pública no Brasil, sendo que em 27/02/1808, ocorreu a criação do cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do serviço de Saúde dos Portos, com delegados nos estados (FUNASA, 2017).

Ainda em 1808, D. João VI fundou o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador/BA. No mesmo ano no mês de novembro, criou a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexo ao Real Hospital Militar. Adiante, após a independência do Brasil, em 1828 foi promulgada a lei de Municipalização dos Serviços de Saúde, que atribuiu as funções às Juntas Municipais que até então eram exercidas pelo Físico-Mor⁵, Cirurgião-Mor e seus delegados. Ainda, houve também a criação da Inspeção de Saúde Pública no Porto do Rio de Janeiro (FUNASA, 2017).

Na segunda metade do século XIX, a revolução industrial determinou uma profunda e densa repercussão na estrutura social de toda a humanidade e, em especial, sobre as questões afetas à saúde pública. Os efeitos contundentes da revolução industrial foram sentidos especialmente com os deslocamentos de pequenas comunidades rurais para os centros urbanos da época, o que implicou condições propícias para os surtos de doenças epidêmicas.

Nesse tempo, as atividades de Saúde Pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às Juntas Municipais, ao controle dos navios e saúde dos portos. Em 1851 ocorreu a regulamentação da lei que criou a Junta Central de Higiene Pública, então subordinada ao Ministro do Império. Nesse ano, foi concedido ao Ministério do Império um crédito extraordinário pra despesas com providências sanitárias tendentes a atalhar o crescimento da febre amarela (FUNASA, 2017).

Após a Proclamação da República e já próximo do século XX, o país começava a discutir a necessidade de implantação de um modelo sanitário, eis que

⁵ O físico-mor e seus delegados eram responsáveis, no Brasil, pelo controle da medicina exercida por diferentes curadores, como físicos, cirurgiões, barbeiros, sangradores e parteiras

as cidades brasileiras se encontravam vulneráveis às epidemias. Na cidade do Rio de Janeiro, capital brasileira, observava-se um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de várias doenças graves que atacavam a população (varíola, malária, febre-amarela), o que implicou consequências sérias para a saúde coletiva e para as atividades comerciais, especialmente porque os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro, em virtude da grave situação sanitária (POLIGNANO⁶).

Na época, o Presidente da República Rodrigues Alves nomeou o médico Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, cargo que guarda correspondência atual com o de Ministro da Saúde, que imediatamente se comprometeu com a erradicação da epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro.

A estruturação da campanha contra a febre-amarela realizada por Oswaldo Cruz se deu em moldes militares, eis que cidade foi dividida em dez distritos sanitários, cada qual chefiado por um delegado de saúde. O primeiro passo de Oswaldo Cruz foi extinguir a dualidade na direção dos serviços de higiene e, para tanto, estabeleceu uma conjugação de esforços entre os setores federais e a prefeitura, com a incorporação à Diretoria Geral de Saúde Pública do pessoal médico e de limpeza pública da municipalidade (FUNASA, 2017).

Durante esse período, Oswaldo Cruz buscou organizar a diretoria geral de saúde pública especialmente com a criação de uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, uma inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, que adiante seria transformado no Instituto Oswaldo Cruz (POLIGNANO⁷).

Já em 1920, na gestão de Carlos Chagas (sucessor de Oswaldo Cruz), foi reestruturado o Departamento nacional de Saúde, sendo introduzida a propaganda e educação sanitária na técnica rotineira de ação. Foram criados órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. No mesmo contexto de expansão, foram espraçadas as atividades de saneamento para outros estados do Brasil, sendo criada a Escola de Enfermagem Ana Nery (POLIGNANO).

⁶ <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saudenobrasil.rtf>

⁷ Idem.

Em 1930 foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública ocasionando, portanto, a migração dos serviços relacionados com a saúde pública para essa pasta. Na mesma década, em 1932 surgiram o ensino e a pesquisa científica no campo da administração, com a criação do Instituto de Organização Racional do Trabalho – IDORT. Outro fato significativo no contexto da reestruturação do serviço público foi a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP (FUNASA, 2017).

Na década seguinte, exatamente em 1941, foi processada a reforma da saúde pública federal com a reorganização do Departamento Nacional de Saúde do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, definindo a sua competência e composição. Assim, em razão da reforma implementada, foram criadas:

- a) a Divisão de Organização Sanitária;
- b) a Divisão de organização Hospitalar;
- c) o Instituto Oswaldo Cruz;
- d) o Serviço Nacional de Lepra;
- e) o Serviço Nacional de Tuberculose;
- f) o Serviço Nacional de Febre-Amarela;
- g) o Serviço Nacional de Malária;
- h) o Serviço Nacional de Peste;
- i) o Serviço Nacional de Doenças Mentais;
- j) o Serviço Nacional de Educação Sanitária;
- k) o Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina;
- l) o Serviço de Saúde dos Portos;
- m) o Serviço Federal de Águas e Esgotos;
- n) o Serviço Federal de Bioestatística; e
- o) sete Delegacias Federais de Saúde.

No entendimento de Alves (2015), o desdobramento histórico do surgimento do mercado de saúde suplementar e, conseqüentemente, dos planos de saúde no Brasil, se reporta à década de 1950 na região do ABC paulista, com o estabelecimento da indústria automobilística. Contudo, em 1923, foi editada a Lei

intitulada de “Eloy Chaves⁸”, tida como o marco inicial da Previdência Social no Brasil por ter criado as Caixas de Aposentadorias e Pensões. Essas Caixas de Aposentadorias e Pensões eram fundos geridos e financiados por patrões e empregados. Portanto, além de garantirem as aposentadorias e pensões, também arcavam com o financiamento de serviços médico-hospitalares para trabalhadores e seus dependentes.

De acordo com Bahia, Scheffer, Dal Poz e Travassos (2016, *apud* Assumpção, 2017; p. 53-54)

alguns dos esquemas assistenciais coletivos privados, que são baseados na captação de recursos tanto de empresas quanto de trabalhadores para o financiamento de uma assistência médico-hospitalar adicional a que foi organizada pelo Estado, foram efetivamente criados nos anos 1940 e 1950. O que bem exemplifica tal situação é a implantação da Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI - e a assistencial patronal para os servidores do Instituto de aposentarias e Pensões dos Industriários, que é a atual GEAP – Fundação de Seguridade Social.

Ainda, na década de 1950, ocorreu a estruturação de sistemas assistenciais destinados exclusivamente aos servidores públicos estaduais, que não eram cobertos pela Previdência Social, configurando-se, dessa forma, a face civil dos serviços de saúde exclusivamente destinados a servidores públicos com regimes próprios de previdência

Nessa continuidade, em meados da década de 1960, os denominados convênios médicos celebrados entre as empresas empregadoras com empresas médicas, mediados pela Previdência Social, estimularam fortemente o empresariamento da medicina. Em razão disso, com a organização empresarial dos prestadores de serviços, em detrimento da prática médica liberal e da autonomia de cada nosocômio, emergiram as empresas médicas com redes próprias, denominadas de medicinas de grupo (ASSUMPÇÃO, 2017; p. 53-54).

Em 1966, o processo de assistência médica prestada pelo Estado foi acelerado em face da criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Tal fato implicou na aquisição de serviços privados diante de uma enorme rede de prestadores espalhada pelo Brasil. Dessa forma, esse modelo adotou um sistema de regulação junto aos seus prestadores (ASSUMPÇÃO, 2017).

Conforme aclarado por Assumpção (2017)

Enquanto as medicinas de grupo se organizaram em torno de proprietários/acionistas de hospitais, as Unimeds⁹ surgiram como uma alternativa para preservar a prática nos consultórios médicos, por intermédio da constituição de cooperativas de trabalho médico, sendo que a primeira Unimed surgiu na cidade de Santos/SP.[...]

⁸ Eloy Marcondes de Miranda Chaves, advogado e político brasileiro. Foi o proponente da legislação precursora da Previdência Social.

⁹ Cooperativas de Trabalho Médico.

A operação administrativa oriunda desse formato empresarial seria outro aspecto regulatório definidor de tal assistência. Os mecanismos e fluxos de controle e avaliação firmados passaram a induzir fortemente o tipo de assistência prestada pela rede credenciada, sendo que as revisões administrativas, autorizações e glosas definiram o que podia ou não ser realizado, padronizando a operação de tais prestadores (ASSUMPÇÃO, 2017; p. 54).

É fundamental para este trabalho apresentar o histórico evolutivo das políticas de saúde suplementar no Brasil e da atuação da Unimed, começando com a gênese do mercado de saúde suplementar até as implicações do controle social e da regulação mercadológica, com ênfase no aspecto normativo-institucional e no contexto socioeconômico, possibilitando reflexões acerca das dificuldades e desafios gerados em razão da prestação desses serviços.

No Brasil, os planos de saúde se encaixam em um encorpado e complexo protótipo organizacional, uma vez que podem ser de responsabilidade pública e privada os tamanhos do financiamento, gerenciamento e provisão de serviços (LEAL, 2012).

Portanto, diante da sua amplitude e importância social, está sujeita a uma série de políticas públicas, que é definida por Bucci (2006) nos seguintes termos:

Política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados (...) visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Como tipo ideal, a política pública deve visar à realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados.

Dessa forma, abordar política pública implica em gerir um processo composto por etapas e regras que tem por escopo a resolução de um problema público. Nesse sentido, trata-se de uma política redistributiva, onde se busca alocar serviços ou bens na direção de parcelas da população a partir de recursos públicos arrecadados pelo governo por intermédios dos tributos pagãos pela população.

3.2 A Reforma Sanitária como marco de uma mudança estrutural.

Assumpção (2017) expõe que

A reforma sanitária brasileira teve sua origem na luta contra o regime militar, como forma de oposição técnica e política, impulsionada pelo tema Saúde e

Democracia, sendo estruturada no ambiente acadêmico, nos movimentos sindicais e em experiências regionais de organização de serviços. Ressalte-se que, inicialmente, assim não foi denominada (ASSUMPÇÃO, 2017; p. 36).

No contexto trazido a lume, diferentemente do que se possa imaginar em primeiro plano, o termo "Reforma Sanitária" foi delineado na Itália, tendo em vista a reforma sanitária italiana, cujo objetivo fundamental foi o processo de descentralização, que contribuiu robustamente para a qualidade da assistência à saúde naquele país. A reforma sanitária italiana, sob o ponto de vista histórico, foi concebida no desenrolar do embate político do Partido Comunista Italiano atrelado a outros partidos, sindicatos e movimentos populares (BERLINGER, TEIXEIRA; CAMPOS, 1988).

Para Paim; Travassos; Almeida; Bahia e Macinko (2011), a melhor compreensão do significado e alcance da reforma sanitária parte da observação do cenário histórico do sistema de proteção social brasileiro. A expansão do sistema de proteção social brasileiro ocorreu nos governos do Presidente Getúlio Vargas (1930-45) e nos governos militares (1964-84), eis que o processo de tomada de decisão e a gestão eram efetivados sem nenhuma participação da sociedade, sendo burocraticamente centralizados.

No entendimento de Assumpção (2017)

Esse sistema de proteção social era fragmentado e desigual, sendo formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços era operada por intermédio dos institutos de aposentadoria e pensões divididas por categorias ocupacionais, cada qual com diferentes serviços e níveis de cobertura.

Ademais, os governos militares implementaram reformas governamentais que deram vazão à expansão de um sistema de saúde majoritariamente privado, particularmente nos grandes centros urbanos. Adiante, houve uma ampliação de cobertura, que possibilitou a inclusão da extensão da previdência social aos trabalhadores rurais (ASSUMPÇÃO, 2017; p. 36 - 37).

Acerca dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), Escorel (2008) ressalta que

todos eles, foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que acabou por uniformizar os benefícios para os trabalhadores segurados. Esse modo de organização centralizada eliminou a gestão tripartite realizada pela União Federal, pelos empregadores e empregados. A cobertura previdenciária foi ampliada para acidentados de trabalho, trabalhadores rurais, empregados domésticos e profissionais autônomos.

A assistência médica previdenciária, até 1964, era prestada especialmente pela rede de serviços próprios dos IAPs, que eram formadas por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. Com a criação do INPS, alegou-se a incapacidade de a rede própria de serviços fornecer assistência médica para os beneficiários, priorizando assim a contratação de serviços terceirizados. A tendência de abandono das ações executivas em prol do setor privado foi estabelecida para todos os ministérios, com previsão nas Constituições de 1967, 1969 e no Decreto-Lei 200/1967¹⁰ (SCOREL, 2008, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 37).

Diante dessa realidade, a previdência social estimulou a realização de convênios com a medicina de grupo¹¹, ensejando, desse modo, que as empresas se responsabilizassem pela assistência médica dos seus empregados e, em contrapartida, deixariam de contribuir para o INPS. É significativo enfatizar que tais serviços eram prestados por entidades atreladas à medicina de grupo, que tinham a percepção de um valor fixo por mês *per capita*, ou seja, por cada empregado. E nessa metodização incorporada, quanto menos atendessem mais lucrariam (ASSUMPÇÃO, 2017).

É de fundamental importância salientar que a saúde pública personificava um órgão ineficiente e conservador, com atuação restrita a campanhas de baixa eficiência, especialmente com os oparcos orçamentos do Ministério da Saúde - MS. Em 1968, o Ministério da Saúde expôs o Plano Nacional de Saúde, cujo objetivo era vender todos os nosocômios governamentais para a iniciativa privada, cabendo ao Estado, tão somente, o papel de financiador dos serviços privados que também seriam pagos pelos usuário, porém, de forma parcial (ASSUMPÇÃO, 2017).

Segundo Scorel

no início da década de 1960, os Estados Unidos da América difundiram um modelo preventivo de atenção à saúde, mas sem modificar a forma liberal de organização da atenção à saúde. Nessa mesma época no Brasil, os departamentos de Medicina Preventiva desenvolveram alternativas que congregaram elementos tanto da medicina preventiva quanto da medicina comunitária. Tais experiências foram impulsionadas por organismos internacionais, especialmente a Fundação Kellogg e a Fundação Ford. Diante desse cenário embrionário, houve questionamento de alguns Departamentos de Medicina Preventiva sobre o ideário preventivista, considerando-o aquém para analisar e transformar a realidade sanitária do país. Como forma alternativa, foi construída a denominada “teoria social da saúde”, a partir da abordagem histórico-estrutural, materialista, marxista,

¹⁰ BRASIL. Decreto-Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967, que dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências.

¹¹ Medicina de Grupo são empresas ou entidades com finalidade lucrativa que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de administradora, cooperativa médica, autogestão e filantropia.

que tecia fortes críticas tanto a medicina preventivista liberal quanto à medicina racionalizadora técnica, o que implicaria uma proposta mais avançada de medicina social.

No decorrer da década de 1970, o alicerce teórico da saúde coletiva no país estava sendo desenvolvido com as defesas das teses “Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho”, da autoria de Cecília Donnangelo¹² e o “Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva”, de Sérgio Arouca¹³. A denominada teoria social da medicina tomou como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder do médico e a medicalização. No que diz respeito aos conceitos estratégicos, a abordagem médico-social tomaria por base a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, objetivando uma transformação social.

Na constante busca de estreitamento no relacionamento entre a produção do conhecimento e a prática política, a academia ocupou o campo das políticas públicas como arena de atuação. Assim, iniciava-se o movimento sanitário, cuja organização superou o objetivo específico, envolvendo-se na luta pela democratização do país e pelo fortalecimento da sociedade civil (SCOREL, 2008, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 38).

Entre os anos de 1974 e 1979, nessa esteira de raciocínio, experiências institucionais tiveram o intuito de colocar em prática algumas diretrizes da reforma sanitária, especialmente: descentralização, participação e organização. Assim, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz se apresenta como espaço de atuação da abordagem marxista da saúde (ASSUMPÇÃO, 2017).

O II Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND, confeccionado no período que antecedeu a assunção de Ernesto Geisel à presidência, enfatizava que o desenvolvimento social deveria ocorrer paralela e gradativamente ao desenvolvimento econômico. Portanto, o cognominado II PND concedeu privilégios no campo social à educação, pontualmente à pós-graduação e, no âmbito do setor de saúde a ênfase foi na assistência médica da previdência social (ASSUMPÇÃO, 2017).

No que diz respeito à saúde, foram escolhidos no II PND dois campos institucionais:

- a) o Ministério da saúde – MS, com atribuição normativa e ação executiva voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo;
- b) o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, com laboração centrada no atendimento médico-assistencial individualizado.

¹² Maria Cecília de Freitas Donnangelo (1940-1983), professora e pesquisadora de grande relevância para a saúde coletiva.

¹³ Antônio Sérgio da Silva Arouca (1941-2003), médico sanitário e um dos principais teóricos e líderes do movimento sanitário.

Em 1975, houve um significativo aumento de recursos no MS e, diante da unificação e centralização dos recursos, o MPAS se fortaleceu (SCOREL 2008).

De acordo com Escorel (2008, *apud* Assumpção, 2017; p. 39), o II PND possibilitou a abertura de espaços institucionais com vistas ao desenvolvimento de projetos que cooptaram intelectuais e técnicos que se opunham ao regime militar, organizando uma rede de sustentação de projetos e pessoas, financiando pesquisas, contratando pessoal, promovendo a articulação com os entes municipais de saúde, elaborando propostas alternativas de organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos. Em face do expressivo orçamento do MPAS, verificou-se o estabelecimento de aliança entre os interesses privados e a burocracia governamental, que disponibilizou os caminhos para a privatização dos serviços médicos oferecidos aos previdenciários.

No entendimento de Dowbor (2009, *apud* Assumpção, 2017; p. 39), a concentração de grande parte de recursos de saúde no MPAS, próximo a 85%, responsável pela promoção da atenção médico hospitalar, foi o motivo escolhido para identificar o modelo como hospitalocêntrico, isto é, aquele que promove as ações curativas em prejuízo das preventivas, eis que é no hospital que se dispõe do principal equipamento de atendimento (DOWBOR, 2009).

Segundo Assumpção (2017), 1977 foi um ano grifado pela criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, com a justificativa de racionalizar e tornar mais eficiente o sistema, descrito como centralizador e excludente dos segurados. Contudo, foram criados três institutos: o INAMPS, tendo em vista a assistência médica; o INPS, em face dos benefícios previdenciários; e o IAPAS, visando o controle financeiro.

Durante o ano de 1977, a atuação do MS foi limitada a um papel de coadjuvante. Porém, um distinto grupo de novos técnicos enfrentou os interesses da medicina de grupo que se faziam presentes e participantes na previdência social, reunindo forças para que o MS retomasse o papel condutor da política de saúde (ASSUMPÇÃO, 2017).

Conforme expõe Escorel (2008)

Esse grupo adotou uma proposta de atuação na qual o corpo doutrinário era o da medicina comunitária e de extensão de cobertura difundido pelos organismos internacionais, que tinha por linha condutora os programas

fundamentados na regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde e a festejada participação comunitária.

Ainda, há que se ressaltar que o movimento sanitário foi um movimento de profissionais da saúde e de pessoas vinculadas ao citado setor que compartilhou o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, visa à transformação do setor de saúde no Brasil, com vistas à melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira (SCOREL, 2008, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 40).

É importante enfatizar que na década de 1970, na sua segunda metade, ganharam relevo três importantes projetos nacionais, concedendo robustez aos propósitos da reforma sanitária: o Plano de Localização de Serviços de Saúde - Plus; o Projeto Montes Claros - PMC; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde - PIASS (ASSUMPÇÃO, 2017).

Para Dowbor (2009), depreende-se que o fortalecimento do setor público de saúde foi viabilizado pelo PIASS, tendo em vista que as Secretarias Estaduais de Saúde foram incumbidas do seu gerenciamento e implementação. No ano de 1979, ocorreu o financiamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, agência federal responsável pela assistência médico hospitalar e abrigo de predileções privadas.

Nesse contexto, Escorel (2008) observa que o Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus) foi concebido para possibilitar o planejamento da expansão física dos serviços de saúde da previdência social, testando, dessa maneira, um ordenamento de programação de serviços. Já o denominado Projeto Montes Claros (PMC) viabilizou o emprego dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde e atendimento por intermédio de agentes de saúde e participação popular. No período que compreendeu os anos de 1975-1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), cujo escopo era a implantação de uma estrutura básica de saúde pública em comunidades da região nordeste com até vinte mil habitantes.

Um pouco mais a frente, especificamente no mês de novembro de 1979, quando foi realizado o I Simpósio Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento sanitário gerou e espalhou a sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com outros movimentos com vistas à redemocratização do Brasil. Esse

árido trajeto organizacional do movimento sanitário foi até o ano de 1982 (ASSUMPÇÃO, 2017).

No entendimento de Escorel

um fato significativo foi a VII Conferência Nacional de Saúde realizada no mês de março de 1980, cujo tema foi: "Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos", que teve por objetivo debater o Prevsáude (inicialmente nomeado como Pró-Saúde). O Prevsáude objetivava, a partir dos serviços básicos de saúde, a integração e articulação entre o Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social tendo a participação, na sua concepção, de profissionais oriundos do movimento sanitário.

A proposta apresentada favorecia o setor público e trazia forte conteúdo democratizante, pois visava à inclusão da participação comunitária. Por isso, enfrentou muitas resistências do setor privado e, após a apresentação de 12 versões sucessivas, foi engavetado (SCOREL, 2008, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 41).

O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social foi admitido em 1982, envolvendo 33 projetos e programas, com ênfase no Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), o que possibilitou o desdobramento do processo de universalização da assistência médica (ASSUMPÇÃO, 2017).

Dowbor (2009) expõe que o regime militar proporcionou, no contexto do setor de saúde, um expressivo aumento da cobertura médico-hospitalar em virtude de ter posto em prática modelos distintos de atenção no âmbito das suas instituições, mas com pesos e recursos dissemelhantes.

Diante do reordenamento da política nacional de saúde, o que ocorreu efetivamente em 1984, a estratégia federal adotada foi no sentido de realizar uma reconfiguração com fulcro nos seguintes princípios: responsabilidade do poder público; integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público, definição de propostas a partir do perfil epidemiológico; regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; valorização das atividades básicas; utilização prioritária e plena da capacidade potencial da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração; planejamento da cobertura assistencial; desenvolvimento dos recursos humanos e reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais em todo processo (SCOREL, 2008).

Porém, fato historicamente importante, a reconfiguração adotada possibilitou a assunção do movimento sanitário na direção geral do INAMPS. Em face da nomeação de representantes do movimento sanitário para os cargos de liderança no

âmbito do MS. Em razão desse desdobramento factual, possibilitou-se legitimar as AIS como estratégias de reorientação setorial, incorporando-as como política do INAMPS. Há que se esclarecer que as AIS implicavam no repasse de verbas do INAMPS aos outros níveis federativos, viabilizando, dessa forma, a criação dos serviços locais de saúde ou o impulsionamento daqueles já existentes, em particular, no nível de atenção básica (DOWBOR, 2009).

A convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986 pelo MS, cujo tema principal era: “Saúde, Dever do Estado e Direito do Cidadão”, abordando a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e a forma de financiamento do setor, se tornou um marco de democratização do setor de saúde, dando vazão a espaços para novas formas de concepção e organização do sistema de saúde. Relevante trazer à lume que o MS convidou as organizações da sociedade civil para participarem da realização da 8ª Conferência, dando amplitude aos debates. (COSTA, 2007).

Portanto, no entendimento de Assumpção (2017)

Essa conferência foi o resultado da negociação entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, em decorrência do impasse entre os dois órgãos ministeriais sobre o aprofundamento da reforma sanitária, fundamentalmente da passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde. A realização da 8ª Conferência concretizaria uma linha teórica de movimento, qual seja: a saúde é determinada pela organização social.

Assim, a conferência explicitou a intenção de ampliar o debate setorial e de reunir um maior acúmulo de forças para viabilizar a reforma sanitária que já vinha sendo construída pelo movimento sanitário, com grande destaque para o líder e médico sanitarista Sérgio Arouca, na época presidente da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Pela sua dimensão e significado a conferência se apresentou como uma verdadeira “constituinte da saúde”, inaugurando um novo período na história do Brasil. Importante ressaltar que a 8ª conferência contou com a participação significativa dos usuários dos serviços de saúde, entretanto não houve presença do setor privado (ASSUMPÇÃO, 2017; p. 42).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou um ponto de expressiva relevância social, qual seja: o conceito de saúde como um direito do cidadão, demarcando os fundamentos do Sistema Único de Saúde - SUS, com fulcro no desenvolvimento de várias estratégias que possibilitaram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. As mudanças administrativas estabeleceram as bases

fundacionais para a construção do SUS (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA e MACINKO, 2011).

Adiante, em 1987 as AIS foram sucedidas por um convênio firmado entre o INAMPS e os governos estaduais, nominado de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que perdurou até a aprovação da Lei Orgânica de Saúde – LOS, em 1990. Tratava-se de uma política pública de amplitude e abrangência nacional, com orientações que confirmavam os princípios da mudança, especialmente: a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde; a universalização e a equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; regionalização e integração de serviços e desenvolvimento de instituições colegiadas (DOWBOR, 2009).

3.3 O Sistema Único de Saúde – SUS: a saúde inserida no universo constitucional como direito fundamental.

A partir do declínio do governo militar, o país se depara com experiências significativas de reforma e redefinição do seu sistema público de saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 foi o marco desse novel momento ao redor da saúde como direito de cidadania e reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, que propiciaram um caloroso debate até a aprovação da Constituição Federal de 1988 – CF/88.

No decorrer do processo constituinte, a pressão realizada pela sociedade civil logrou uma coalizão parlamentar suficientemente robusta para propor e justapor no “Título VIII – Da Ordem Social” um capítulo próprio acerca da Seguridade Social¹⁴. O conteúdo ideológico deste capítulo expõe a preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça na sociedade, pavimentados com o desdobramento dos direitos sociais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Diante dessa conjuntura de articulação e integração das políticas sociais, estabeleceram-se os fundamentos que, pela primeira vez na história nacional, orientaram a consignação da saúde como direito de todos e dever do Estado. É significativo destacar a concepção ampla da saúde adotada na Carta Política de

¹⁴ Seguridade Social: modalidade de intervenção específica do Estado na área social adotada em vários países desenvolvidos, principalmente no pós-guerra, caracterizada pela distribuição de benefícios, ações e serviços a todos os cidadãos de uma nação, abrangendo previdência, saúde, assistência social, educação e outros direitos sociais.

1988, garantida por meio de “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzem o risco de doenças e outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

O primeiro texto constitucional a consagrar o direito à saúde como direito fundamental¹⁵ foi a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. O Art. 196 estabelece a saúde pública como um direito de todos e dever do Estado e, ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, tomou para si a responsabilidade da criação de toda uma ambiência jurídica e institucional para o amadurecimento e implantação de uma pretensa reforma sanitária (ASSUMPÇÃO, 2019).

Portanto,

no contexto da busca de implantação de um estado de bem-estar social, a Constituição Federal de 1988 transformou a saúde em direito de cidadania dando origem a um processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado. Além de direito fundamental, a saúde tornou-se dever para o Estado (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, *apud* Assumpção, 2019; p.100).

Há de se ressaltar que o Art. 196 da CF dispõe que, além do direito fundamental à saúde, há o dever fundamental da prestação de saúde por parte das pessoas jurídicas de direito público interno (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), cabendo a todas elas como atribuição comum a obrigação de desenvolver políticas públicas que tenham por objetivo a redução de doenças, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (MENDES; BRANCO, 2015, *apud* Assumpção, 2019; p.100).

Adiante, pontualmente no Art. 199 da Carta Constitucional brasileira, verifica-se que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Perante as disposições constitucionais e da delicada situação enfrentada tanto pelo SUS como pelas operadoras de planos de saúde, na qual se constata o envolvimento entre os setores público e privado à saúde como um tema de fundamental importância e estratégico para todo o sistema de saúde nacional. (ASSUMPÇÃO, 2019)

Desse modo, é necessário pontuar que a Constituição apresentou um sistema universal de acesso aos serviços públicos de saúde, definindo a solidariedade entre as pessoas jurídicas de direito público interno, dispondo a igualdade de assistência à

¹⁵ Direitos Fundamentais são os direitos individuais, sociais, políticos e jurídicos reconhecidos e previstos na esfera do direito constitucional.

saúde, sem nenhuma espécie de preconceitos ou privilégios conforme a disposição do art. 7º, IV, da Lei nº 8.080/90. (ASSUMPÇÃO, 2019)

O SUS foi definido na Lei nº 8.080/90¹⁶ como sendo: “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Foram incluídos nesta definição (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012):

- a) atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;
- b) serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (federal, estadual ou municipal), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- c) ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes;
- d) intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes em que se trabalha na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;
- e) instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos de saúde.

Por certo, as políticas sociais e econômicas previstas no art. 196, têm por objetivo a redução do risco de doença e de outros agravos, manifestando assim uma realidade preventiva. Diante dessa conjuntura, ganha importância o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, conforme estabelece o art. 198, II da Carta Política brasileira. Perceba-se que a dimensão individual do direito à saúde ganha relevante sentido como um direito público subjetivo assegurado à

¹⁶ A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (BRASIL, 1990).

generalidade das pessoas que carrearia o indivíduo e o Estado a uma relação jurídica obrigacional (ASSUMPÇÃO, 2019).

Dentro de um mesmo universo, a carta constitucional que trata do setor de saúde cobriu os postulados do movimento pela reforma sanitária, ou seja, um sistema unificado e hierarquizado, descentralizado, orientado na participação da comunidade e atendimento integral, garantindo a continuidade do setor privado como prestador complementar de serviços públicos e com a liberdade para a expansão do mercado privado de medicina (ASSUMPÇÃO, 2019).

Para Dowbor (2009, *apud* Assumpção, 2019; pág. 101), a promoção do município à condição de ente federado dotado de autonomia adveio com CF de 1988. No âmbito das competências intergovernamentais, o texto constitucional estabeleceu que a prestação de serviços de atendimento à saúde da população seria da competência exclusiva dos municípios. Nesse contexto, verifica-se que o município foi alçado ao papel de precípua espaço de implementação do SUS, dependente, em expressiva parte, de recursos federais, porém, autônomo no que tange a sua aplicação.

Como amparo da criação do SUS, o art. 198 da CF estabeleceu as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da sociedade. Contudo, o texto constitucional não diferenciou os níveis de atenção (básico, médio e complexo) fazendo menção genericamente aos serviços de saúde (ASSUMPÇÃO, 2017).

Sendo um dos pontos basilares do SUS, a descentralização do sistema foi inicialmente atrelada a um expressivo processo de transição política e de reconfiguração da federação. Esse pacto federativo viabilizou uma maior autonomia para os municípios, acolhendo as peculiaridades regionais em um país heterogêneo (ASSUMPÇÃO, 2017).

No entendimento de Arretche (2011), a constituição de um SUS, em virtude da promulgação da CF de 1988, tornou-se a decisão mais importante de reforma da área social da década de 1980, eis que:

A implementação desta reforma vem redesenhando o modelo de prestação de serviços de saúde, tal como este havia se configurado no final dos anos 60, e - o que interessa aqui particularmente - vem redefinindo a distribuição das funções a serem desempenhadas por cada nível de governo. Neste aspecto, a reforma em curso pretende, entre outros propósitos: i) transferir

aos governos locais (Estados e Municípios) as funções de gestão dos atos e procedimentos médicos (ambulatoriais e hospitalares) do setor público e privado, restando ao governo federal as funções relativas ao financiamento; ii) transferir aos municípios a maior parte dos atendimentos básicos em saúde; e iii) transferir aos Estados e municípios as atividades de vigilância sanitária e epidemiológica (ARRETCHE, 2011, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017, p. 45-46).

Contudo, Pires e Demo (2006, *apud* Assumpção, 2019; p. 102) delineiam que a institucionalização do SUS pode ser examinada sob a persuasão das tensões existentes entre mercado e cidadania no âmbito da redemocratização que o Brasil vivenciou, gerada nos confrontos políticos que movimentaram o país no desenvolvimento da Carta Constitucional de 1988, na crise econômica que perdurou por toda a década de 80, bem como no desaquecimento do Estado desenvolvimentista.

A efetivação do SUS foi iniciada no ano de 1990, ano que culminou com a posse de Fernando Collor de Mello na Presidência da República. O governo Collor foi notoriamente marcado pela orientação neoliberal, característica destacada da política internacional que alastrava a redução da presença do Estado na direção das políticas sociais e a consequente transformação destas em políticas residuais compensatórias, impulsionadas pelo denominado Estado mínimo e regulador do mercado liberal. A orientação neoliberal assumida não acolheu integralmente a reforma sanitária, mas aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90¹⁷), que delimitou as atribuições e a organização do SUS (ASSUMPÇÃO, 2017).

Importante expor que o SUS é um sistema de saúde porque é formado por instituições das três esferas de governo, tendo como complementação os serviços privados de saúde que são contratados. Mesmo o serviço sendo estatal, é complementado pelo serviço privado; é cognominado de único porque adota a mesma orientação filosófica de atuação em todo o território pátrio, sendo organizado com idêntica metodização (COSTA, 2007, *apud* Assumpção, 2019; p. 103).

Sobre os princípios norteadores, a universalidade está presente desde a clarividência da saúde como direito de todos, de acordo com as necessidades, independentemente de contribuição previdenciária e de pagamento pelo atendimento realizado. Nesse mesmo contexto, a equidade acarreta a atenção que o serviço deve ter diante das desigualdades existentes, com o intuito de que as ações

¹⁷ Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (BRASIL, 1990).

cuidem das necessidades diferenciadas. A integralidade visa o atendimento simultâneo do indivíduo e da comunidade, tendo por escopo a prevenção e o tratamento, com ações que compreendam o indivíduo como um todo, integrando as diversas instituições que cuidam de distintos contextos da saúde (COSTA, 2007, *apud* Assumpção, 2019; p. 103).

O SUS deve ser compreendido como um processo em movimento de produção social da saúde, que não começou em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, não tendo um tempo estabelecido para ser concluído. O SUS é o somatório de propostas sustentadas no decorrer dos tempos pelo conjunto da sociedade e pelo expressivo lapso temporal, estando sujeito aos necessários aperfeiçoamentos advindos de suas próprias experiências (ASSUMPÇÃO, 2017).

A legislação aplicada ao SUS estabelece a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, porém, o Estado não tem como destinar serviços de saúde aos cidadãos sem o complemento deles. Dessa forma, direito à saúde e gratuidade de assistência são conceitos que se imbricam, fazendo clara alusão à desconsideração dos recursos públicos com destaque para aqueles advindos do pagamento dos tributos (ASSUMPÇÃO, 2019).

É fundamental ressaltar que o SUS não é composto apenas por serviços públicos, mas também por uma ampla rede de serviços privados, especialmente hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados com recursos tributários destinados à saúde. O financiamento, derivado de diversas receitas arrecadadas pelas pessoas jurídicas de direito público interno, possibilita que o acesso a ações e serviços do SUS não sejam dependentes da capacidade de pagamento prévio das pessoas (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Quando se objetiva a efetivação do direito à saúde, os desafios da gestão governamental envolvem as reconfigurações recentes da relação entre Estado e sociedade na elaboração das políticas públicas, pontualmente no que diz respeito às políticas sociais, ou seja, o alargamento dos padrões de inclusão social. Dessa forma, passam a ser relevantes as questões econômicas, sociais e ambientais no planejamento governamental, a elaboração de vínculos entre os distintos atores sociais nos espaços de gestão e a consolidação dos processos orgânicos de negociação (ASSUMPÇÃO, 2017).

3.4 O campo da Saúde Suplementar: um sistema de saúde concorrente?

Conforme dito anteriormente, a política pública de saúde suplementar acaba sendo considerada como um desdobramento da política de saúde, sendo apresentada como um modo de interferência do Estado, visando à manutenção das relações sociais de determinada formação social.

Nesse sentido, Hofling (2001) sustenta que elas incorporam feições diversas em várias sociedades e distintas concepções de Estado, fundamentalmente porque é inviável elucubrar sobre o Estado fora de um projeto político e de uma teoria social para a sociedade. Assim, os planos de saúde se encaixam em um encorpado e complexo modelo organizacional, embora podem ser de responsabilidade pública e privada as dimensões do financiamento, gerenciamento e provisão de serviços (LEAL, 2012).

Para melhor entender as questões atreladas à saúde suplementar, é de grande e fundamental importância estabelecer a distinção entre saúde complementar e suplementar. Sobre a saúde suplementar, ela engloba ações e serviços privados prestados por intermédio das operadoras e prestadoras de planos de saúde. Dessa forma, diz respeito à prestação de serviço exclusivamente na esfera privada. De outro modo, a atuação do segmento privado no contexto do SUS é cognominado de saúde complementar.

Sobre o contexto histórico é de grande importância o ano de 1923, onde foi editada a Lei denominada de “Eloy Chaves”¹⁸, considerada como o ponto inicial da Previdência Social no Brasil, pois criou as denominadas Caixas de Aposentadorias e Pensões. Essas denominadas Caixas de Aposentadorias e Pensões eram fundos geridos e financiados por patrões e empregados. Além de garantirem as aposentadorias e pensões, tais órgãos também financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes (ASSUMPÇÃO, 2017).

No que tange ao contexto histórico e o surgimento dos planos de saúde no Brasil, o surgimento do mercado de saúde suplementar revela a sua origem na década de 1950, na região do ABC paulista, com a instalação e desdobramento da indústria automobilística.

¹⁸ Eloy Marcondes de Miranda Chaves, advogado e político brasileiro. Foi o proponente da legislação precursora da Previdência Social.

Para Bahia, Scheffer, Dal Poz e Travassos (2016, *apud* Assumpção, 2017, pag.53), determinados esquemas assistenciais coletivos privados, fundamentalmente aqueles que foram baseados na captação de recursos tanto de empresas quanto de trabalhadores com vistas ao financiamento de uma assistência médico-hospitalar adicional a que foi organizada pelo Estado, foram concebidos no interregno de tempo dos anos 1940 e 1950. O exemplo mais expressivo desse cenário foi a implantação da caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI e a assistencial patronal para os servidores do Instituto de aposentarias e Pensões dos Industriários, a atual GEAP – Fundação de Seguridade Social.

Há que se observar que na década de 1950 houve a estruturação de sistemas assistenciais destinados exclusivamente aos servidores públicos estaduais que não eram assistidos pela Previdência Social, assim caracterizando a face civil dos serviços de saúde exclusivamente atribuídos a servidores públicos com regimes próprios de previdência (BAHIA; SCHEFFER; DAL POZ; TRAVASSOS, 2016, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 53-54).

Nessa esteira de seguimento, na década de 1960, os intitulados convênios médicos firmados entre as empresas empregadoras com empresas médicas, mediados pela Previdência Social, impulsionaram contundentemente o empresariamento da medicina. Portanto, com a organização empresarial dos prestadores de serviços, em detrimento da prática médica liberal e da autonomia de cada nosocômio, emergiram as empresas médicas com redes próprias, denominadas de medicinas de grupo (BAHIA; SCHEFFER; DAL POZ; TRAVASSOS, 2016, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 54).

Concomitantemente, ao mesmo tempo em que as medicinas de grupo¹⁹ se organizaram ao redor de proprietários/acionistas de hospitais, as Unimed²⁰ vieram como uma alternativa para preservar a prática nos consultórios médicos, por intermédio da criação de cooperativas de trabalho médico (ASSUMPÇÃO, 2017).

No Ano de 1966, a fundação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) impulsionou o processo de assistência médica prestada pelo Estado, fundamentalmente com a contratação de serviços privados em face de grandes

¹⁹ Medicina de Grupo: são entidades com fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de administradora, cooperativa médica, autogestão e filantropia.

²⁰ Cooperativas de Trabalho Médico.

redes de prestadores espalhada por todo o Brasil. Por certo, esse modelo adotou um sistema de regulação junto aos seus prestadores (ASSUMPÇÃO, 2017).

Para Assumpção (2017), os desdobramentos da operação administrativa advinda dessa configuração empresarial seria o outro aspecto regulatório definidor de tal assistência. Os mecanismos e fluxos de controle e avaliação estabelecidos foram os indutores desse tipo de assistência prestada pela rede credenciada, eis que as revisões administrativas, autorizações e glosas pontuaram o que podia ou não ser realizado, criando um padrão para a operação de tais prestadores.

No decorrer da década de 1980, a manifestação da existência de um grande mercado de planos de saúde se desdobrou em coexistência com a pujante intensificação da comercialização de planos individuais, a entrada de grandes seguradoras no universo da saúde, a adesão de novas categorias de trabalhadores, com destaque para os servidores públicos, e um atrelamento da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar (BAHIA; SCHEFFER; DAL POZ; TRAVASSOS, 2016, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 54).

Bahia, Scheffer, Dal Poz e Travassos (2016, *apud* Assumpção, 2017, págs. 54-55) defendem que dois enunciados, combinados entre si, delineiam o crescimento dos planos privados de saúde no país. Num primeiro plano, as insuficiências do SUS são vinculadas ao crescimento da assistência médica suplementar, conclamando os avanços das políticas neoliberais. Em outro contexto, o crescimento das alternativas particulares corporativas e meritocráticas desafiam a construção de um sistema de proteção social universal e redistributivo.

O Art. 197 da Constituição Federal, dispõe que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Entretanto, o Art. 199/CF dispõe que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste (BRASIL, 1988, 2016, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 55).

Nos termos do modelo proposto pelo Consenso de Washington, o Brasil vivenciou o ciclo, a partir da década de 1990, de privatizações e concessões, tornando possível ao privado atribuições antes realizadas diretamente pelo Estado, por meio das empresas estatais. Di Pietro (2002, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 55) retrata essa alteração paradigmática como meio de se alcançar o desejado

desenvolvimento econômico, em razão do esgotamento da capacidade de financiamento do Estado, eis que:

À proporção que o Estado foi assumindo outros encargos nos campos social e econômico, sentiu-se a necessidade de encontrar novas formas de gestão do serviço público e da atividade privada exercida pela Administração. De um lado, a idéia de especialização, com vistas à obtenção de melhores resultados, que justificou e ainda justifica a existência de autarquias; de outro lado, e com o mesmo objetivo, a utilização de métodos de gestão privada, mais flexíveis e mais adaptáveis ao novo tipo de atividade assumida pelo Estado, em especial a de natureza comercial e industrial; em alguns países, como a Alemanha, isso foi feito com fins de socialização e, em outros, especialmente nos subdesenvolvidos, com vistas ao desenvolvimento econômico (DI PIETRO, 2002; p. 57).

As políticas hodiernas de reforma do setor de saúde ganharam expressivo alcance a partir da década de 1980. A reforma do setor de saúde é processo de alteração estrutural na área de atenção à saúde, atrelados a transformações mais abrangentes da sociedade no que diz respeito aos contextos econômico, político, ideológico e social, isto é, a tempos históricos em que se alteram tanto as concepções e crenças acerca de saúde e enfermidade, quanto às perspectivas segundo as quais se estabelecem os serviços designados a atender às necessidades da população, assim como os papéis desempenhados pelo Estado e do setor privado que atuam no referido setor (ASSUMPÇÃO, 2017).

É importante ressaltar que os sistemas de saúde decorrem do desenvolvimento histórico da implementação de determinadas políticas de saúde, sendo o resultado de um conglomerado de ações desenvolvidas pelo Estado, que atingem as condições sociais e as chances de vida e morte de pessoas, grupos e famílias. Portanto, significa dizer que a política de saúde e o correspondente sistema de saúde retratam o esforço para modificar as condições discrepantes que favorecem o adoecimento dos indivíduos, tentando impedir que isso ocorra, e para diminuir o sofrimento das pessoas quando ficam enfermas (ALMEIDA, 2013 *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 55-56).

Ainda, o desenvolvimento dos serviços de assistência médica como parte integrante de um encorpado complexo econômico-industrial, mormente após 1945 diante do fim da Segunda Guerra Mundial, é o mais expressivo eixo-estruturador dos sistemas de saúde como hoje são conhecidos hoje e a participação ativa do Estado na condução e promoção desse processo acentua o reflexo no setor de saúde, de

fenômenos característicos das economias capitalistas contemporâneas (ASSUMPÇÃO, 2017).

No entendimento de Almeida (2013 *apud* Assumpção, 2017; p. 56)

A consolidação dos sistemas de saúde se apresenta em três dimensões. A primeira delas diz respeito à regulação das condições sob as quais os serviços de saúde são oferecidos à população, como parte integrante ou não do elenco de programas sociais do Estado de Bem-Estar Social, o que implica questões relativas aos direitos de cidadania, ao poder profissional, à organização, ao funcionamento e ao desempenho dos sistemas de serviços de saúde, quer dizer, à sua natureza pública, privada ou mista e aos resultados obtidos.

Por outro lado, a segunda dimensão é a econômica, que se refere ao papel preponderante da tecnologia na assistência médica contemporânea, cuja importância estratégica possui íntima conexão com a contínua e agitada expansão da base tecnológica das economias de orientação capitalista, em que o Estado participa da competição entre os produtores de bens e serviços. Já a terceira dimensão trata da área na qual os conflitos distributivos ocorrem, ou seja, os sistemas de saúde contemporâneos constituem arenas econômicas e políticas importantes, no qual são negociados recursos, empregos e poder nas diversas sociedades, o que tem sido alvo de significativos conflitos de interesses.

Os movimentos contemporâneos de reforma são oriundos de transformações que se iniciam a partir de 1973 e 1975, quando uma forte crise econômica foi instalada inicialmente nos países do hemisfério norte, repercutindo, na década de 1980, por todo o mundo. No âmbito político-social, essa crise provocou um processo crítico sem precedentes, tanto à direita como à esquerda que desconstruiu as matrizes histórico-científicas e político-ideológicas organizadores dos confrontos coletivos das sociedades (ALMEIDA, 2013, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 56).

A revisão das reformas dos sistemas de saúde revela que elas foram estabelecidas com cerne em elementos comuns constantes na agenda homogênea propagada mundialmente, ainda que tenham sido adotadas diversas formas de reorganização dos serviços de saúde nos mais distintos países. As políticas neoliberais trouxeram novas tensões nos domínios da saúde, centrando no esgotamento das políticas públicas pretéritas, sendo que as reformas contemporâneas de cunho neoliberal desconsideraram o papel da política e do conflito na sua formulação e implementação. Importante dizer que as relações entre o Estado e o mercado no âmbito do setor de saúde, apresentam significativas falhas mercadológicas que propiciam razões para um maior envolvimento público do que em outras atividades sociais, além do fato de que os sistemas de saúde são densos por definição, insertos na realidade de cada sociedade (ALMEIDA, 2013, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 56-57).

Segundo Assumpção (2017)

O setor de saúde está inserido nessa mudança paradigmática, sendo, portanto, interessante referencial de estudo. Tal área está sujeita a uma série de políticas públicas a serem implementadas, especialmente que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário, às ações e aos serviços para a sua promoção (art.196/CF). Há de se ressaltar que a discussão suscitada não pode ser observada tão somente pela ótica da gestão, eis que também passa por uma necessária concepção política.

Ocorre que, a implementação dessas novas perspectivas é influenciada pela sociedade consumidora de planos de saúde, que obteve um crescimento exponencial nos últimos anos. No intuito de propiciar acesso a uma medicina qualitativa, as políticas de saúde suplementar acabam por atribuir ao setor privado um papel crucial para o atendimento das necessidades e do acesso de considerável fatia da sociedade aos serviços de saúde.

No plano do ordenamento interno, verificou-se a instituição de novas estruturas e novos mecanismos de regulação desses setores, como as Agências Reguladoras, especialmente a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e os arranjos contratuais e tarifários informados por regimes de alocação de riscos e preços livremente acordados (ASSUMPÇÃO, 2017; p. 57).

O conjunto de alterações carrega novos atores e diversos interesses, muitas vezes contrários entre si. Ao realizar uma reflexão sobre preços livremente estabelecidos, por exemplo, se constatará o seu forte caráter convincente exercido sobre o comportamento humano. Por sua vez, este não é estabelecido apenas por aumentos ou diminuições de preços, mas é inevitável reconhecer seu elemento influenciador, mesmo que se trate de um serviço público ou de relevância pública (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 57).

Verifica-se uma impactante influência social e econômica na regulação da política pública de saúde suplementar, o que é efetivado nas obrigações impostas às Operadoras de Planos de Saúde. Esse contexto gera grande discussão socioeconômica sobre o aumento de obrigações atribuídas ao setor produtivo, que diante do seu notório crescimento, desafoga o sistema público de saúde (ASSUMPÇÃO, 2017).

Portanto, a atribuição estatal de proteção do interesse público em face das estratégias econômicas dos agentes privados se tornou atribuição da ANS, tendo por norte a concepção de um Estado regulador, mas não imperiosamente provedor de serviços (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 58).

Fundamentalmente a saúde coletiva instituiu-se a partir do estudo das relações entre a medicina como prática social e a estrutura das sociedades concretas onde ela se desdobra. É cediço que a criação do SUS decorreu em um cenário de tendência ideológica neoliberal que estimulava o crescimento das relações mercantilistas na prestação de serviços, especialmente aqueles atrelados à saúde com uma significativa redução no papel atribuído ao Estado, como responsável imediato desses serviços (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 58).

3.4.1 A estruturação da saúde suplementar: o mercado regulado dos planos de saúde.

A CF/88 quando definiu a criação do SUS como universal, integral e gratuito, também delineou que a atuação dos particulares no setor deveria ser regulada pelo Estado. No mês de maio de 1998 a Lei nº. 9.656 foi sancionada, tornando-se um marco regulatório na saúde. Em regra, a regulamentação evidenciou duas questões centrais: a econômico-financeira, que resultou na edição de regras prudenciais, e a assistencial, que culminou com a criação das normas referentes ao produto ofertado. Em relação à regulação econômico-financeira, foram normatizadas as condições de entrada, funcionamento e saída do mercado no que diz respeito aos requisitos operacionais e de garantias financeiras (ASSUMPÇÃO, 2017).

No que diz respeito à regulação da assistência, foi criado o plano referência, na qual a oferta é obrigatória e abarca atendimento integral à saúde, sem exclusões ou exceções de coberturas, abarcando todas as doenças classificadas no Código Internacional de Doenças – CID. Com o propósito de proteção ao consumidor, foram editadas regras para o controle de reajustes de preços nos planos individuais e das faixas etárias, proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral do contrato e garantia de direitos aos aposentados e demitidos (ALVES, 20152016, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 62).

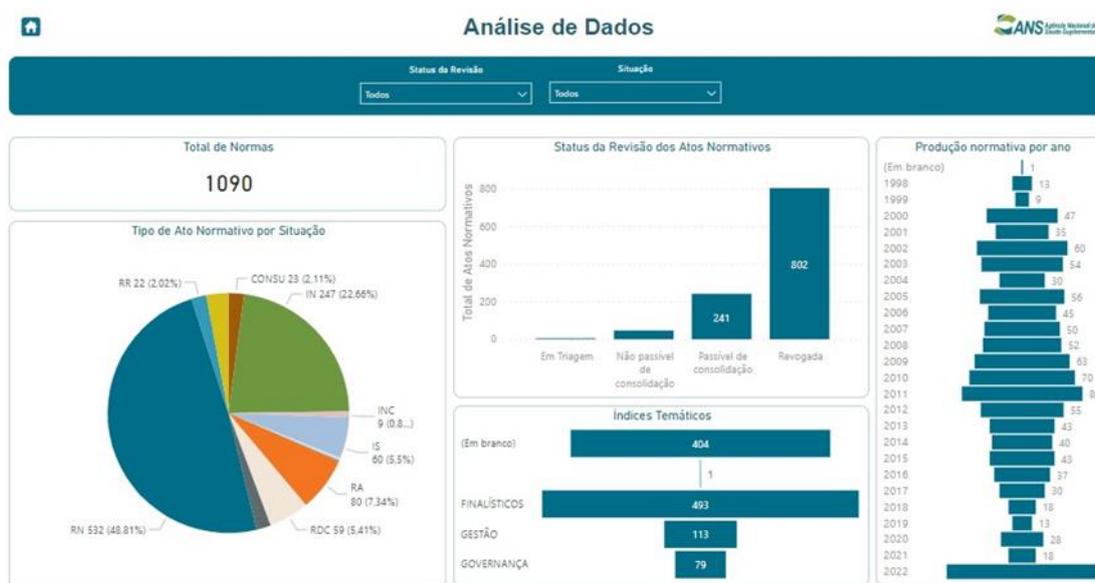
Tratar dos desafios da regulação pública da saúde no Brasil significa perscrutar a regulação dos mercados e, por uma série de fatores culturais, sociais e econômicos, o Brasil é conhecido mundialmente pelo seu altaneiro grau de burocracia e regulação. A robusta carga tributária e um Estado grandioso aclaram os contornos de uma economia que não consegue extrair todo o potencial produtivo do

setor privado. Desse modo, a regulação, antes de se amoldar como assunto afeto a ideologias, é uma questão técnico-econômica com vistas ao aperfeiçoamento das formas e intensidade da regulação (ASSUMPÇÃO, 2017).

No caso da saúde suplementar, a regulação é densa e bastante pujante. São naturais as rotineiras alterações regulatórias, sem que com isso sejam justificadas as incertezas regulatórias. É consenso que a regulação dos mercados deve produzir benefícios sociais acima dos custos sociais, devendo ser limitado aos casos em que o mercado falha, verificando se os custos da intervenção não serão superiores aos benefícios esperados (ASSUMPÇÃO, 2017).

Para melhor compreender a questão regulatória da ANS, há de se observar a intensa produção de normas abaixo esboçada:

Figura 1 – Análise de Dados



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2022)

No período compreendido entre 1998 e 2022, a pujante atividade regulatória da ANS produziu: 22 Resoluções Regimentais - RR; 23 Resoluções do Conselho Nacional de Saúde - CONSU; 247 Instruções Normativas - IN; 9 Instruções Normativas Conjuntas - INC; 60 Instrução de Serviços - IN; 80 Resoluções Administrativas RA; 59 Resoluções da Diretoria Colegiada - RDC; 532 Resoluções Normativas - RN. O somatório de medidas regulatórias é de 1032 documentos.

Não se trata de exclusividade do setor de saúde suplementar brasileiro, eis que se observa que as normas regulatórias são concebidas sem que exista uma

escorreta identificação de aleatória falha que visa corrigir e sem que se determine, com antecedência, os custos e os benefícios da regulação. Tal característica, em parte, se inicia no voluntarismo dos chamados *policymakers*²¹, sendo os mesmos reguladores ou representantes do Poder Legislativo. Portanto, é imperativo conhecer os fundamentos da regulação, quais sejam: para que regular? Como regular? Qual a intensidade da regulação? Qual o resultado esperado para a sociedade como um todo? (ALVES, 2015, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p.63).

O mercado de planos e seguros de saúde é identificado como sendo um setor em que a compleição de informações assimétricas entre os agentes é muito relevante e estas frestas são a motivação econômica para a intervenção governamental. Assim, a economia da saúde remete às denominadas assimetrias informacionais, a causa de deformações que afetam o mercado de saúde suplementar de modo que este não funcione com o mesmo patamar de eficiência que os mercados em concorrência perfeita. Nota-se três problemas que decorrem da existência de assimetrias de informação entre os componentes desse mercado: risco moral, seleção adversa e a indução de demanda (ALVES, 2015, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 64-65).

Desse modo, o risco moral se desdobra quando a estrutura de incentivos que o cliente encontra se transforma, possibilitando a utilização de serviços para muito além de sua capacidade, especialmente se implicasse exatamente no pagamento dos serviços. Em razão do custo monetário da utilização ser zero, o usuário não tem ânimo suficiente para organizar a sua procura e, por diversas vezes, gera um uso inadequado de serviços, alterando a distribuição de probabilidades atrelada à ocorrência do evento indenizável. Portanto, o risco moral pode ser minimizado por intermédio do uso de mecanismos de compartilhamento de riscos entre a operadora de planos de saúde e o usuário, tomando-se como exemplo a coparticipação e a franquia no pagamento dos serviços (ASSUMPÇÃO, 2017).

No tangente ao setor de serviços médicos, a responsabilidade pela análise e, diversas vezes, pelo tratamento é uma situação que o paciente transfere para o médico em função da discrepância de informação entre eles. Portanto, o corpo clínico e o médico assumem novos papéis, transformando-se nos principais responsáveis pelo encaminhamento do paciente dentro do contexto médico-

²¹ Responsáveis pelas políticas, formuladores de políticas.

hospitalar, pois é o médico quem estabelece, com mais frequência, a destinação dos raros recursos do setor (ASSUMPÇÃO, 2017).

Percebe-se a possibilidade de produção de demanda pelos seus próprios serviços que se manifesta, novamente, na desconformidade de informação entre o médico e o paciente e, especialmente, entre o médico e a operadora de plano de saúde. Tal fenômeno se denomina de indução de demanda pela oferta. O formato adotado pelas operadoras de planos de saúde na remuneração dos prestadores, induz exatamente as suas condutas no pagamento no tangente à serventia dos trabalhos. Nesse sentido, a remuneração dos serviços feitos se vincula à inferência da procura, porquanto outros meios de remuneração objetivam a diminuição dos fomentos (ALVES, 2015, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 65).

Conforme aduz Assumpção (2017)

O fenômeno da seleção adversa ocorre no caso em que as operadoras de planos de saúde são capazes de conhecer e identificar do risco dos indivíduos ou a probabilidade de adoecimento antes de aceitá-los na sua carteira de clientes. Ora, se a operadora de planos de saúde estabelecer um preço médio, baseado na média do risco desses indivíduos, há a tendência da atração daqueles clientes que tem uma maior probabilidade de utilização do plano, indivíduos de risco mais elevado. Os indivíduos que possuem nível de risco superior à média, em geral optam por contratar o plano de saúde.

De modo contrário, os indivíduos com risco inferior ao risco médio não aderem ao contrato, pois custaria caro demais. Nesse processo, apenas os indivíduos com baixos níveis de saúde tomariam parte nos contratos oferecidos pelas operadoras, o que tornaria inviável a existência do mercado privado diante da impossibilidade de diluição dos riscos entre os seus consumidores. Diante da seleção adversa, o resultado do processo de mercado leva a situações de ineficiência, eis que os indivíduos que gostariam de contratar um plano acabam por não terem a oferta desse produto no mercado (ASSUMPÇÃO, 2017; p. 65-66).

No entendimento de Alves (2015, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p.66), as operadoras de planos de saúde dispõem de dois modos de redução dos efeitos negativos do desequilíbrio, quais sejam: a seleção de risco e a diversificação dos contratos. Observando as duas situações, a operadora de planos de saúde procura prioritariamente os pretensos clientes mais saudáveis com vistas à composição do seu portfólio de clientes. Esse costume do âmbito dos seguros é bastante questionável no que diz respeito à saúde suplementar. Quando se estabelece o crescimento de coberturas obrigatórias, a uniformização de contratos, a criação de mecanismos rígidos para a cotação do risco e o teto de reajuste de preços, a regulação de saúde suplementar provocou efeitos secundários que se desdobraram sobre a eficiência do mercado e disposição de aportar recursos para a oferta de novos planos individuais.

Nesse contexto, a regulação prudencial visa à proteção da clientela da ação incompetente ou fraudulenta das operadoras de planos de saúde. Essa regulação resultou de uma modificação institucional no âmbito mercado de planos de saúde que, com a exceção das seguradoras, não era cultural e nem obrigatória a constituição de reservas de contingenciamento. O incentivo acessório para utilizar a regulação prudencial na saúde suplementar é o cuidado que se deve ter para que o ciclo financeiro invertido seja capaz de provocar a descapitalização da operadora de plano de saúde (ASSUMPÇÃO, 2017).

Nessa mesma esteira de raciocínio, Alves (2015) discorre que

O ciclo invertido ocorre quando a operadora de planos de saúde arrecada as mensalidades para o pagamento futuro das despesas assistenciais, pois há incerteza quanto ao uso do plano, tanto o período quanto o serviço utilizado e o conseqüente custo. Especificamente no caso da saúde suplementar, o ente regulador obriga que as operadoras de planos de saúde a reconheçam as obrigações assistenciais a que estão sujeitas, afastando a percepção equivocada de excesso de liquidez.

Portanto, as operadoras de planos de saúde devem manter recursos suficientes para a liquidação das obrigações sociais e a absorção de eventual prejuízo. Importante destacar que por equilíbrio econômico-financeiro entende-se a manutenção de liquidez e de solvência. O processo de regulação econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde estabeleceu regras para a constituição das provisões técnicas, para o lastro de ativos garantidores²², regras de capital mínimo e capital de solvência (ALVES, 2015, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 66-67).

Nesse universo, a avaliação de desempenho das operadoras por meio do Programa de Qualificação de Operadoras é realizada, obrigatoriamente, pela ANS. É de grande importância entender que essa avaliação é realizada pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, que é calculado a partir de indicadores definidos pela própria agência reguladora (ASSUMPÇÃO, 2017). Esses indicadores são agrupados em quatro dimensões, quais sejam:

- a) Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS) – dimensão composta por indicadores que trata, dentre outros, de estímulo ao parto normal e atenção ao pré-natal;

²² Para uma melhor compreensão, os denominados ativos garantidores são bens imóveis, ações, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora ou do mantenedor da entidade de autogestão, ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, que lastreiam as provisões técnicas e seguem os critérios de aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação (RN nº 392/15).

- b) Dimensão Garantia de Acesso (IDGA): composta por indicadores que avaliam a qualidade dos hospitais, acesso aos serviços de urgência e emergência, dentre outros;
- c) Dimensão Sustentabilidade de Mercado (IDSM): indicadores que avaliam, dentre outros, da satisfação do cliente e resolução das queixas dos pacientes;
- d) Dimensão Gestão de processos de Regulação (IDGR): composta por indicadores que avaliam a qualidade dos dados e diagnósticos e o relacionamento dos planos de saúde com hospitais e laboratórios, entre outros.

Nessa conjuntura

A ANS instituiu, também, o Programa de Acreditação das Operadoras que tem como objetivo certificar a qualidade assistencial das operadoras, conforme a avaliação feita por entidades de acreditação²³ homologadas pela ANS. A análise leva em conta a administração, a estrutura e a operação dos serviços de saúde disponibilizados, o desempenho da rede de profissionais e de estabelecimentos de saúde conveniados e o nível de satisfação dos beneficiários. Para o consumidor, a acreditação funciona como um selo de qualidade na busca da redução da assimetria de informações do cliente com relação à qualidade da instituição. No caso da empresa acreditada, o movimento é um estímulo à diferenciação do produto, expondo ao mercado que a instituição está ocupando uma posição à frente da concorrência (ALVES, 2015, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 67).

Importante ressaltar que a teoria econômica moderna, destacando a denominada economia da regulação, é capaz de identificar um grupo de situações em que a regulação dos preços pode se apresentar como adequada. Em se tratando de monopólio, não há mercado para compelir a redução de preços aos patamares competitivos, pois a empresa monopolista utiliza da sua força no mercado para estabelecer preços de monopólio. Nos mercados, com competição acanhada é sugerida uma política regulatória que atenuie as dificuldades de entrada nesse contexto, não obstante referirem-se a ordem econômica, tecnológica ou regulatória, como forma de contenção de condutas anticoncorrenciais (ASSUMPÇÃO, 2017).

Portanto, trata-se de

²³ Acreditação é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. Tem caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle governamental, não devendo ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

um importante trabalho da política de defesa da concorrência, que monitora a competição nos mercados a partir do controle dos atos de concentração²⁴, da repressão às práticas de cartel e demais condutas anticoncorrenciais. A metodologia utilizada para a regulação dos reajustes padece de dois problemas: o reajuste dos planos individuais e dos planos coletivos. No tangente ao reajuste dos planos individuais, eles são lastreados na evolução dos preços dos planos coletivos, sendo linear (ASSUMPÇÃO, 2017; p.68).

Por ser baseada no reajuste dos planos coletivos, a medida não guarda relação com os fatores determinantes dos reajustes dos planos individuais que possui substanciais diferenças na composição dos custos entre si. Os planos individuais estão mais sujeitos à presença de seleção adversa, enquanto os planos coletivos possuem maior homogeneidade de riscos. Nos planos individuais, há pouca margem de negociação para os reajustes, porém, nos planos coletivos, há a possibilidade de se reavaliar os parâmetros dos contratos, especialmente os de rede e coparticipação (ALVES, 2015, *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 68).

Nesse percurso, o reajuste autorizado pela ANS para os planos de saúde, que é linear, não estabelece garantias para a recomposição do equilíbrio entre receitas e despesas assistenciais para os atores que intervêm na saúde suplementar em face da notória pluralidade existente no mercado. A aceitação de um índice único para todas as operadoras de planos de saúde pode se mostrar conveniente para algumas, porém limitados para outras, tendo como base os atributos dos portfólios e da gestão do custo assistencial. Ressalta-se que houve significativos ganhos oriundas da proteção dos consumidores em virtude do aumento de coberturas, da profissionalização do setor de saúde suplementar e da instituição de regras prudenciais (ASSUMPÇÃO, 2017).

Observa-se que

a sanidade financeira das operadoras de planos de saúde se encontra vinculada ao conceito de equilíbrio econômico-financeiro dos contratos firmados de seguro-saúde. A ideia de seguro carrega o sentido de justo equilíbrio entre o prêmio pago pelos beneficiários e a taxa de verificação de sinistros²⁵. Trata-se de um cálculo atuarial²⁶ que ajuda a evitar o alargamento entre os mesmos, sendo que o volume de recursos arrecadados deve ser superior aos custos decorrentes do pagamento de serviços médicos, sob pena de significar a derrocada econômica da operadora e do plano oferecido. Assim, torna-se necessário que o prêmio

²⁴ Nos termos do artigo 90 da Lei 12.529/2011, os atos de concentração são as fusões de duas ou mais empresas anteriormente independentes; as aquisições de controle ou de partes de uma ou mais empresas por outras; as incorporações de uma ou mais empresas por outras; ou, ainda, a celebração de contrato associativo, consórcio ou joint venture entre duas ou mais empresas. Apenas não são considerados atos de concentração, para os efeitos legais, os consórcios ou associações destinadas às licitações promovidas pela administração pública direta e indireta e aos contratos delas decorrentes (BRASIL, 2011).

²⁵ Juridicamente e na linguagem afeta ao mercado dos seguros, sinistro é um acidente que causa prejuízo em algum bem que está segurado.

²⁶ Cálculo Atuarial é um método matemático que utiliza conceitos financeiros, econômicos e probabilísticos para dimensionar o montante de recursos e de contribuições necessárias ao pagamento de benefícios futuros.

pago pelos usuários de planos de saúde seja suficiente para o funcionamento do sistema e, conseqüentemente, que possibilitem um retorno para as operadoras (ASSUMPTÃO, 2017; p. 68-69).

Para melhor entender e visualizar o mercado de saúde suplementar no Brasil, são atendidas 49.387.185 pessoas pelos distintos tipos de operadoras de Planos de Saúde, sendo que o Sistema Unimed presta serviços à 18.736.397 de usuários, conforme se pode observar:

Figura 2 – Mercado de Saúde Suplementar no Brasil

NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E VARIAÇÃO MENSAL							
BRASIL	ABR/22	MAR/22	ABR/21		VARIAÇÃO MENSAL	VARIAÇÃO 12 MESES	% MERCADO
Mercado	49.387.185	49.183.185	47.866.650	↑	0,4%	↑ 3,2%	100,0%
Sistema Unimed	18.736.397	18.668.665	17.980.918	↑	0,4%	↑ 4,2%	37,9%
1º Hapvida Assistência Médica	3.852.204	3.852.463	2.814.413	●	0,0%	↑ 36,9%	7,8%
2º Bradesco Saúde	3.333.457	3.310.869	3.217.754	↑	0,7%	↑ 3,6%	6,7%
3º NotreDame Intermédica	3.230.777	3.196.630	3.159.039	↑	1,1%	↑ 2,3%	6,5%
4º Amil	2.878.951	2.869.820	2.913.073	↑	0,3%	↓ -1,2%	5,8%
5º SulAmérica	2.020.221	2.005.898	1.924.516	↑	0,7%	↑ 5,0%	4,1%
6º Central Nacional Unimed	1.942.628	1.942.848	1.775.664	●	0,0%	↑ 9,4%	3,9%
7º Unimed Belo Horizonte	1.394.612	1.411.931	1.313.720	↓	-1,2%	↑ 6,2%	2,8%
8º Unimed Rio	756.015	754.007	735.186	↑	0,3%	↑ 2,8%	1,5%
9º Unimed Porto Alegre	639.476	638.794	623.549	↑	0,1%	↑ 2,6%	1,3%
10º Seguros Unimed	630.267	610.396	552.090	↑	3,3%	↑ 14,2%	1,3%

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2022)

Abaixo, observa-se a evolução do número de operadoras de planos de saúde no período de 2000 a 2021:

Figura 3 – Evolução no Número de Operadoras

*Número de Operadoras na Saúde Suplementar e no Sistema Unimed
(Cooperativas e Não-Operadoras)*



Fonte: Elaborado pela área de Estratégia da Unimed do Brasil. Dados Tabnet ANS e CADU

Observação: Base de dados de 2001 a 2006 não informatizadas tendo consolidado a partir de 2007.



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2022)

No mês de agosto de 2022 e após longos anos de debate e constante insegurança jurídica para o mercado da saúde suplementar em face das oscilantes decisões judiciais que não tinham o Rol de procedimentos como paradigma, o Superior Tribunal de Justiça – STJ nos Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 1.886.929-SP, firmou posição acerca da taxatividade do rol de procedimentos, estabelecendo que a ANS tem competência para a elaboração do Rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins dispostos na Lei nº 9.656/98.

Neste contexto e em síntese, o STJ pugnou que o Rol mínimo de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, a preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável economicamente da população. A decisão contemplou também algumas situações especiais que devem ser observadas, quais sejam:

- a) o Rol de procedimentos de procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo;
- b) a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS e, se existe tal possibilidade para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro estará incorporado à lista;

- c) é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extrarrol;
- d) não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo-assistente.

Em um primeiro momento, a decisão do STJ trouxe um alento de segurança jurídica para o segmento da saúde suplementar ao definir o rol de procedimentos como taxativo. Porém, em 21/09/22, foi publicada a Lei nº 14.454 que “altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde”.

A Lei nº 14.454/22, dispôs que o rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1.999 e para os contratos adaptados a esta lei e fixa diretrizes de atenção à saúde.

Assim, em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de saúde, desde que:

- a) exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou
- b) existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec); ou
- c) exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

Como se pode observar, a Lei nº 14.454/22 trouxe novamente ao cenário da saúde suplementar a insegurança jurídica. Apesar de fazer menção taxativa sobre o rol de procedimentos com referência básica, inseriu no cenário jurídico e operacional das operadoras de planos de saúde a obrigatoriedade de atendimento de situações

que não sejam constantes do rol, mas que cumpram os requisitos de efetividade às evidências científicas. E assim, a tensão entre a regulação e operação dos serviços de saúde pelas operadoras parece longe de ter repouso.

3.4.2 A atenção integral como meio preventivo de promoção da saúde.

No intuito de melhor situar o contexto da Atenção Integral à Saúde – AIS, é de fundamental importância entender que se trata de um conceito amplo que esboça uma estratégia diante da necessidade de concepção de um novo modelo para a saúde, tendo como um dos segmentos robustos a atenção primária e a ênfase na medicina preventiva, que se apresenta como opção de reestruturação dos sistemas de saúde com foco na atenção integral, articulando-se com as modernas práticas de gestão, utilizando a epidemiologia clínica²⁷ como ferramenta e voltando-se à informação em saúde, a partir da vigilância, alicerçando-se na promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças²⁸.

Em um contexto de política pública abrangente, a integralidade, como princípio estrutural do Sistema Único de Saúde, tem o escopo de garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que vá além da prática curativa, observando o indivíduo em todos os níveis de atenção e tomando por base o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural.

É fato notório que o modelo assistencial hegemônico na saúde suplementar é caracterizado pela perspectiva biologicista da saúde/doença, não levando em conta os seus determinantes sociais, com ações desarticuladas, desintegradas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e com incorporação acrítica de novas tecnologias, assentando-se em um modelo pouco eficiente, pouco eficaz e pouco efetivo (ANS, 2009)

A ANS com a finalidade de estimular a realização de programas no setor suplementar adotou iniciativas, sendo que a primeira ocorreu em março de 2005 com a publicação da Resolução Normativa (RN) nº 94²⁹. Em virtude da

²⁷ A Epidemiologia Clínica reúne conceitos da clínica e da epidemiologia clássica, e tem por objetivo auxiliar o profissional de saúde na solução de questões associadas ao risco, diagnóstico, terapêutica e prognóstico do câncer que se apresentam na prática clínica.

²⁸ http://www.Unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=124277. Acesso em 3/10/2022.

²⁹ RN nº 24, de 23 de março de 2005 - Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de

obrigatoriedade de as operadoras constituírem uma reserva financeira, a RN nº 94/2005 dispôs os critérios com vistas à prorrogação dos prazos para integralizar essa garantia financeira para as operadoras que desenvolvessem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Nessa senda, cada operadora deveria apresentar no mínimo dois programas voltados para duas linhas de cuidado distintas, em especial: materno-infantil, saúde bucal, cardiovascular, neoplasias e outras mais.

Nos programas avaliados pela ANS, os principais problemas identificados foram:

- a) baixa abrangência e cobertura com pequeno número de usuários aderidos;
- b) baixa consistência técnica dos programas, baseados em ações sem evidência de eficácia;
- c) ausência de monitoramento e avaliação das ações implementadas; e
- d) ausência de ações que garantissem a sustentabilidade das ações (ANS, 2009).

As mudanças e transformações que ocorreram no universo da saúde suplementar nessas duas primeiras décadas deste século, especialmente aquelas postas pela ANS, provocaram desafios no Sistema Unimed e, dessa forma, geraram uma necessidade de adequação aos atuais procedimentos adotados pelas operadoras de planos de saúde em razão das novas necessidades da sociedade, especialmente no que tange ao envelhecimento da população, a violência e a multimorbidade.

Para Alves, Carvalho e Cassias (2019):

O Século XXI chegou impondo mudanças e transformações em diferentes segmentos, especialmente nos sistemas de saúde, que passaram a enfrentar dificuldades crescentes frente ao atual panorama. A sustentabilidade está ameaçada e isso decorre de um somatório de causas, porém, fundamentalmente, de um modelo desarticulado e de fragilidades estruturais em contraposição a fenômenos globais como: transição demográfica, transição epidemiológica e transição tecnológica, além de aspectos específicos do mercado da saúde brasileiro que impactam na precificação dos serviços, bem como na cotação de materiais e insumos, especialmente no segmento de órteses, próteses e materiais especiais (OPME). Nesse contexto, a oferta de serviços pela demanda e a falta de

assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários.

orientação quanto ao percurso assistencial levam à hiperutilização, tornando-se um problema que afeta tanto a saúde pública quanto a suplementar, pois o financiamento é restrito e a busca por melhores condições de saúde é geral (ALVES; CARVALHO; CASSIAS, 2019; p. 21).

O desafio que se apresenta para o setor de saúde suplementar e, em especial para todo o Sistema Unimed, é a mudança de cultura médica e estrutural acerca da abordagem de atenção e cuidado preventivo da saúde aos seus assistidos. De uma forma geral, os beneficiários ainda aguardam pela doença como fator desencadeante da atenção e do cuidado à saúde, o que estabelece um comportamento voltado à intervenção em face da promoção e prevenção, em seus diversos níveis.

Há uma percepção de que os serviços disponibilizados pela operadora são utilizados sem a orientação de percurso assistencial, o que acaba por estabelecer uma espécie de calvário diante dos serviços desarticulados e as ações reativas por parte da Unimed, cuja estrutura é tendente a atender à demanda desencadeada, na sua maior parte, de forma espontânea e com ausência de mecanismos eficientes de controle (ALVES; CARVALHO e CASSIAS, 2019).

Para o Sistema Unimed, um novel modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como realidade, eis que já consolidado no continente europeu, apresentando-se como uma boa opção para reestruturação, mas desde que os serviços estejam articulados em rede. Tal modelo se consolida com fulcro nos princípios de acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Esse modelo se articula com as modernas práticas de gestão e faz uso da epidemiologia clínica como ferramenta para um gerenciamento mais adequado do risco em saúde.

É de suma relevância pontuar que a Atenção Primária se refere a um conjunto de práticas integrais em saúde, que se direcionam em responder a necessidades individuais e coletivas que no Brasil, no decorrer do processo de implementação do SUS, passou a ser chamado de atenção básica à saúde. Assim, a atenção básica integra a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente. A atenção primária, em tempos hodiernos, é considerada internacionalmente a base para um novel modelo assistencial de sistemas de saúde que possuem em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

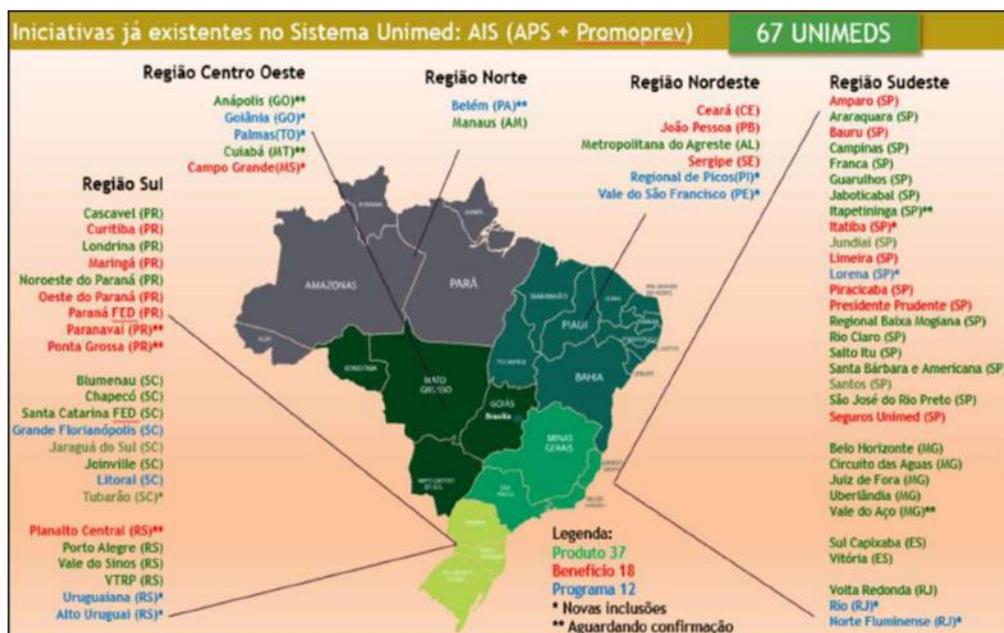
Nesse sentido, a APS exerce um papel dual como porta de entrada e como elemento central do sistema, tendo como condição a utilização da informação em saúde, a partir de uma abordagem proativa de gerenciamento do risco, baseado no registro da informação de maneira estruturada e em meio eletrônico. Par e passo, a medicina preventiva, prática já adotada há anos em todo o Sistema Unimed, precisa convergir e se integrar em rede, o que seria uma facilitação na articulação dos serviços. Nesse sentido, o objetivo a ser alcançado está no cuidado integral e coordenado.

Importante destacar que a atenção centrada na pessoa requer a confluência entre tais abordagens, tomando como solução as denominadas linhas de cuidado, que constituem modelos de atenção matriciais, em que se integram ações de promoção à saúde, vigilância, prevenção de riscos e doenças nos distintos níveis, assistência e reabilitação (ANS, 2009).

Portanto, o realinhamento integrado da estratégia e readequação de processos podem ser coordenados simultaneamente, mas desde que exista o entendimento de que se trata de uma prioridade e desafio sistêmico, com o intuito de que a integração possibilite sinergia e ganho em escala, enfatizando o conceito de rede (ALVES; CARVALHO e CASSIAS, 2019).

No quadro abaixo se observa a gradativa expansão da AIS no âmbito do Sistema Unimed. O objetivo sistêmico é o atingimento de 80% das Unimeds com iniciativa em AIS até o ano de 2023. No entendimento de Alves, Carvalho e Cassias (2019) é levado em conta que se trata de um processo dinâmico que se sujeita à influência de variáveis e ainda sem controle pela gestão confederativa, compreendendo-se que essa proposta de expansão possa ser atualizada e adequada, de modo que a transformação efetivamente ocorra, eis que o mecanismo de retroalimentação sistêmica serve para impulsionar ou breçar as iniciativas, conforme os resultados sejam alcançados no decorrer do tempo, em que muitas variáveis exercem expressiva influência.

Figura 4 – Expansão da Atenção Integral à Saúde na Unimed



Fonte: Plano Diretor de Educação (2018)

A finalidade institucional da ANS é a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e, no sentido de proporcionar um melhor atendimento aos clientes das operadoras de planos de saúde, entende que o desenvolvimento de programas de promoção à saúde e prevenção de riscos contribuirão fortemente para a mudança do modelo assistencial em voga e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida dos assistidos por planos de saúde. Com isso, a preocupação do Sistema Unimed em implantar, com a maior celeridade possível, os serviços de AIS nas singulares.

4 AS RAÍZES DO CONTRAMOVIMENTO E A CONSTITUIÇÃO DO MAIOR SISTEMA COOPERATIVO MÉDICO DO MUNDO: O SISTEMA UNIMED.

As raízes do contramovimento e a constituição do maior sistema cooperativo médico do mundo serão delineados no terceiro capítulo. A pesquisa realizada pela rede Euricse/IHCO avaliou a contribuição mundial das cooperativas para a assistência à saúde e os problemas e desafios enfrentados, serão tratados também nesse capítulo. Ainda neste mesmo capítulo, será posto o ressurgimento das cooperativas de saúde diante das dificuldades enfrentadas pelos sistemas de saúde e os 4 tipos de sistemas de saúde estruturados. A última parte do capítulo traz a problematização da pesquisa, os objetivos e a metodologia utilizada.

4.1 A Pesquisa sendo exposta

4.1.1 Problematização da Pesquisa

Nesta tese, a delimitação do tema se deve à importância social e acadêmica do acesso da população à saúde, bem como à afinidade e proximidade que o doutorando possui com o setor de saúde suplementar, visto que há mais de 20 anos atua como advogado e consultor jurídico de Operadoras de Planos de Saúde perante o Poder Judiciário, Poder Legislativo, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e demais órgãos públicos fiscalizadores e de controle.

A dissertação do mestrado em Ciências Sociais, do ora doutorando, tratou do seguinte tema: “A Regulação da Política Pública de Saúde Suplementar: os desafios socioeconômicos das cooperativas de trabalho médico.” Portanto, este estudo se segue à pesquisa realizada no mestrado, sendo um desdobramento dela.

Em síntese, os resultados alcançados no mestrado concluíram que por intermédio de uma legislação crescentemente restritiva e rigorosa, o Estado realiza movimentos de transferência para a saúde suplementar de várias de suas responsabilidades constitucionais referentes à saúde pública. Tal situação coloca em risco a viabilidade econômico-financeira para o setor privado em longo prazo, bem como ao equilíbrio do próprio sistema nacional de saúde.

Ainda, há de se levar em conta que o sistema público aporta recursos bastante expressivos, quando contrata os particulares para a realização do atendimento médico ambulatorial e internações. Portanto, é significativo para os particulares o aumento da dependência do SUS em relação aos seus serviços e instalações, por vezes disponibilizados com preços superfaturados. Desse modo, é manifesta a robusta presença de interesses mercantilistas na manutenção dessa situação.

Em razão dos estudos realizados no mestrado, em que houve uma imersão na regulação da política de pública de saúde suplementar e nos impactos regulatórios no âmbito das Unimed, o convite dos institutos Euricse e IHCO para o doutorando e sua orientadora trabalharem a realidade das cooperativas de trabalho médico no Brasil - em especial a Unimed - ampliou o objeto da pesquisa do mestrado alargando o foco para a contribuição das sociedades cooperativas para o acesso à assistência à saúde no âmbito das suas realidades nacionais, o que perpassa, necessariamente, pelos contextos político-regulatórios das medidas de saúde adotadas ou que futuramente serão implementadas.

Portanto, a realização do presente estudo, fortemente instigado pela ampliação do escopo dos trabalhos realizados no mestrado, também se vincula ao fato de que este doutorando e a sua orientadora estão inseridos no âmbito da pesquisa internacional “THE COOPERATIVE HEALTH REPORT: Assessing the world wide contribution of cooperatives to health-care”, promovida pelo Euricse – ResearchReport, em conjunto com a “International Health Co-operative Organization - IHCO”.

Em colaboração com a IHCO, a Rede Euricse está conduzindo esse estudo, cujo objetivo geral é avaliar a contribuição dos serviços de saúde por cooperativas na promoção de saúde e bem-estar. Dentre os objetivos específicos, destaca-se a avaliação e funcionamento das cooperativas de saúde em diferentes sistemas nacionais que contemplam o bem-estar social.

No âmbito do projeto coordenado pelas redes Euricse e IHCO, o doutorando e a orientadora foram os responsáveis pelo estudo de caso brasileiro, tendo sido realizada a pesquisa na Unimed que é a maior cooperativa de saúde do Brasil e do mundo, maior rede de assistência médica no país, com mais de 114 mil membros e 348 cooperativas. Este estudo está registrado no primeiro relatório, intitulado “THE COOPERATIVEHEALTH REPORT: Assessing the worldwide contribution of

cooperatives to health-care 2018”³⁰ , que avaliou a contribuição mundial das cooperativas para a assistência à saúde em 15 países.

Tal projeto foi estruturado em etapas com desdobramentos ao longo de um período de quatro anos, sendo iniciado em 2018. A pesquisa Euricse/IHCO está focada, dentre outras, em cooperativas médicas de prestação de serviços relacionados com tratamento, cura e/ou reabilitação; cooperativas que operam instalações na área de saúde, hospitais, clínicas, cooperativas que trabalham na prevenção de doenças, promoção ou capacitação em saúde.

A pesquisa Euricse/IHCO apontou que, diante do atendimento das necessidades de saúde das pessoas, os países desenvolveram diversos tipos de sistemas de saúde. As diferenças dos sistemas de saúde dos países estão atreladas aos níveis de regulamentação pública das atividades de saúde, do mecanismo de financiamento, do grau de cobertura para doenças e problemas de saúde e da natureza e forma de governança das organizações que gerenciam a prestação dos serviços.

Para a pesquisa Eurice/IHCO, o potencial das cooperativas de saúde ainda está distante de ser totalmente aproveitado. Foram trazidas três razões que ajudam a entender as razões do seu potencial ainda ser subestimado:

- 1) a tendência de não se diferenciar entre os provedores privados e a suposição de que os atores com fins lucrativos são melhores do que as organizações públicas, entidades sem fins lucrativos e cooperativas, devido à sua eficiência;
- 2) a complexidade da oferta cooperativa e entidades sem fins lucrativos de assistência médica, particularmente as diferentes formas, atividades, tamanhos e características exibidas por esse cenário organizacional variado em todo o mundo. Tal complexidade dificulta extrapolar e quantificar o peso das organizações sem fins lucrativos voltadas para a saúde, separadas das organizações genéricas privadas;
- 3) a falta de dados confiáveis sobre a verdadeira relevância desses atores, especialmente sobre a capacidade das cooperativas de saúde de prestar serviços de saúde e atender necessidades de saúde.

As cooperativas de saúde são orientadas por uma lógica que se conforma aos sistemas públicos de saúde, eis que partilham dos mesmos objetivos de interesse geral e estão dispostas a cooperar com os atores públicos e a oferecer suas vantagens competitivas para o aprimoramento dos serviços de saúde. Ainda, a

³⁰ Relatório da Saúde Cooperativa: avaliando a contribuição mundial das cooperativas para a assistência a saúde.

vantagem competitiva cooperativa é fruto da primazia de objetivos diversos das sociedades mercantis, fundamentalmente por não terem finalidade lucrativa.

Considerando o vasto cenário em que diversos atores sociais e instituições públicas e privadas interagem, este estudo se propôs a investigar e responder ao seguinte problema de pesquisa: diante da abrangência da política pública de saúde brasileira, em que medida a Unimed - Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico se torna instrumento de acesso facilitado e qualificado a serviços de saúde para a população? E quais são as implicações de seu formato cooperativista sobre a qualidade dos serviços e os efeitos à sua comunidade, à população em geral e ao sistema de saúde?

Tomando por base as tipologias trazidas pela Euricse/IHCO, os resultados da pesquisa realizada no mestrado e do caso brasileiro na pesquisa Euricse/IHCO e, o debate teórico instaurado no Brasil sobre a saúde suplementar, desdobram-se outras questões de interesse da pesquisa:

- a) a atuação da Unimed retira direitos ou expande o acesso a serviços de saúde de qualidade, contribuindo para a ampliação de direitos no Brasil? Se a Unimed não existisse, poderíamos imaginar que o serviço de saúde pública seria melhor e atenderia aos desassistidos?
- b) sendo produto de uma ação coletiva da sociedade civil brasileira, a Unimed tem um componente de emancipação social ou ela simplesmente reproduz uma dinâmica empresarial, não se distinguindo de outras operadoras de planos de saúde e convergindo apenas para um processo de privatização da saúde no Brasil? Em outras palavras, a Unimed pode ser considerada uma iniciativa social pela sua emergência ou ela se desfigurou a tal ponto de ser comparada a uma empresa mercantil? E ainda: A Unimed seria exógena ao SUS? O que o SUS entende sobre as iniciativas sociais?
- c) no que o olhar comparativo e ampliado da tipologia Euricse/IHCO contribui para compreendermos a realidade brasileira e em que aspectos o aprofundamento analítico da experiência da Unimed qualifica os dados da pesquisa internacional?

4.1.2 Objetivos

Os objetivos propostos são:

Objetivo geral

Analisar a contribuição das Unimeds como uma organização cooperativa na prestação de serviços de saúde suplementar e nas políticas públicas de saúde, considerando os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil.

Objetivos Específicos

- aprofundar o tema do cooperativismo e suas especificidades na prestação de serviços de saúde à população, do ponto de vista teórico e empírico, em contexto nacional e internacional;
- conhecer a estrutura de funcionamento e organização das Unimeds e investigar o modo como elas se apresentam como instrumento de acessibilidade aos serviços de saúde;
- avaliar as especificidades do cooperativismo na comunidade da Unimed e no sistema de saúde brasileiro, em seus limites e possibilidades;
- identificar as tensões enfrentadas pelas Unimeds diante da política pública de saúde suplementar, bem como as alternativas de superação;
- analisar os principais desafios e cenários possíveis do cooperativismo na saúde, considerando a realidade e perspectivas de países com sistemas de saúde semelhantes.

4.1.3 Metodologia

Com o intuito de apresentar a metodologia adotada na presente pesquisa, há de se esclarecer que foram utilizados métodos para melhor alcançar o entendimento da realidade investigada e, também, para desdobrar o problema de pesquisa apresentado, no intuito da obtenção de subsídios para se alcançar a resposta mais adequada sobre o tema ao qual efetivamente se pesquisou.

O projeto de pesquisa é baseado em metodologia qualitativa, tendo por paradigma a pesquisa realizada pelas redes Euricse e IHCO. É importante frisar que o estudo qualitativo se apresentou como o mais adequado, tendo em vista que o quantitativo era incipiente para o que o trabalho objetivou. Em suma, a pesquisa foi realizada em duas etapas, quais sejam: a) o trabalho de campo realizado nas unimeds de Araguaína e Gurupi, ambas no estado do Tocantins; b) a participação na pesquisa Euricse/IHCO, onde boa parte dos dados secundários foram utilizados.

A análise dos dados é baseada na coleta, agregação e síntese de dados já existentes, que serão obtidos por meio de relatórios estatísticos e de trabalhos científicos disponíveis, sendo fundamentalmente bibliográfica e documental. Os estudos de caso, lastreados em um protocolo comum, irão incluir a descrição detalhada do contexto socioeconômico das UnimedS pesquisadas.

Segundo o entendimento de Bauer e Gaskell (2002), a cobertura necessária dos acontecimentos sociais exige suficientes métodos e dados, eis que um pluralismo metodológico surge como imperativo. A metodologia é apresentada em três etapas, quais sejam: Fase Exploratória, Pesquisa de Campo e Análise e Sistematização de Dados.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir do levantamento das referências teóricas já observadas e divulgadas por meios escritos e eletrônicos. Já a pesquisa documental se valeu de fontes mais dispersas, sem tratamento analítico, tendo como exemplo as revistas, relatórios, documentos oficiais e etc.

No que diz respeito à pesquisa bibliográfica, especificamente, foram examinadas a legislação existente sobre o tema, as Resoluções Normativas da ANS, obras doutrinárias, artigos científicos e páginas de sítios afetos ao tema proposto, que são encontrados na rede mundial de computadores, especialmente, no Google acadêmico e no Scielo.

No mesmo sentido, foram analisados os documentos e normativos que dizem respeito às políticas públicas brasileiras. Ressalte-se que o processo de produção de dados incluiu a obtenção dos dados oficiais sobre as sociedades cooperativas de trabalho médico do Brasil e de dados secundários que possibilitaram a observação do seu desenvolvimento histórico e papel por elas desempenhado.

A etapa da pesquisa documental foi realizada, basicamente, sobre relatórios e documentos oficiais, oriundos dos órgãos públicos e do setor privado. Ganham especial atenção os documentos oficiais oriundos do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS e das UnimedS - Cooperativas de Trabalho Médico.

Os dados qualitativos foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas com a finalidade de proporcionar uma análise densa dos aspectos cruciais consignados nos questionários. Há de se ressaltar que o tema apresentado ganha maior relevo nos tempos atuais em decorrência da situação regulatória enfrentada pelo setor de saúde suplementar. Assim, verificou-se que a produção de

artigos científicos é bem mais expressiva do que a publicação de obras doutrinárias sobre o tema.

Além das pesquisas bibliográfica e documental, também foi realizada pesquisa de campo, com o objetivo de integrar as dimensões econômicas e sociais do tema pesquisado. Em virtude do tema proposto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores públicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, assim como com gestores das Unimed, com médicos cooperados e clientes.

Os critérios utilizados para a escolha dos atores sociais entrevistados, de forma objetiva, residem nas próprias atividades por eles desempenhadas, quais sejam:

- a) gestores públicos responsáveis pela implementação e gestão das políticas públicas implementadas no setor de saúde suplementar;
- b) gestores da Unimed singular responsáveis pelos serviços oferecidos aos clientes e pela função social desempenhada pela cooperativa;
- c) médicos cooperados com expressivo número de atendimentos aos clientes;
- d) clientes da Unimed que demandam periodicamente os serviços oferecidos pela cooperativa.

Nesse contexto, tomando por base os critérios acima apontados, as entrevistas foram realizadas com:

- a) 2 gestores públicos, ambos ANS;
- b) 3 gestores da Unimed;
- c) 3 médicos cooperados;
- d) 3 clientes da Unimed.

Importante esclarecer que a ideia inicial era realizar entrevista com um gestor público do Ministério da Saúde. Porém, nenhum gestor dessa pasta ministerial se dispôs em receber o doutorando e nem mesmo em responder o questionário enviado, sob a alegação que não dispunham de autorização superior para tanto.

A escolha desses atores sociais foi motivada pelo tema abordado, eis que é no setor público que se desdobra a formulação da política pública de saúde suplementar, cabendo ao setor privado a sua execução e a assunção dos desafios desse mercado, que desempenha importante função social.

A pesquisa de campo foi realizada no âmbito da área de abrangência da Federação Centro Brasileira, que engloba os estados de Goiás e Tocantins e do Distrito Federal. As Unimeds singulares que possibilitaram a realização da pesquisa foram as de Araguaína e Gurupi, ambas no estado do Tocantins.

É importante esclarecer que as Unimeds singulares são autônomas, possuem regras e interesses específicos delineados em seus estatutos. O sistema Unimed é viabilizado pela aceitação das singulares no cumprimento da constituição Unimed e dos demais normativos oriundos dessa concordância. Assim, em que pese existir todo um regramento sistêmico, as singulares não deixam de ter suas autonomias, o que é fundamental para o delineamento dos seus planejamentos e objetivos.

As técnicas de análise que foram utilizadas são a Pesquisa Qualitativa e a Análise de Conteúdo - AC. A pesquisa qualitativa não tem por preocupação a representatividade numérica, mas sim o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, entre outros (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

O que caracteriza a AC é o fato dela trabalhar com o conteúdo, com a denominada materialidade linguística por meio das condições empíricas do texto. Assim, a pesquisa qualitativa centra atenção aos aspectos da realidade que não podem ser quantificados, focando na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

Silveira e Córdova (2009) afirmam que os pesquisadores que fazem uso dos métodos qualitativos explicam o porquê das coisas, enfatizando o que convém ser feito, porém, não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, eis que os dados se valem de diferentes abordagens. E para a realização da análise dos dados qualitativos, a técnica de pesquisa de Análise de Conteúdo foi utilizada por meio dos documentos coletados e das entrevistas realizadas.

O interesse fundamental dos pesquisadores qualitativos é na tipificação da variedade de representações das pessoas no seu mundo vivencial. As formas como as pessoas se relacionam com objetos em seu mundo, sua relação sujeito-objeto, é

vista por meio de opiniões, atitudes, sentimentos, explicações, estereótipos, crenças, identidades, ideologias, discurso, cosmovisões, hábitos e práticas.

Por certo, o pesquisador qualitativo deseja entender as distintas ambiências sociais no espaço social, tipificando estratos sociais e funções, ou combinações deles. Os ambientes sociais ocupam um espaço social e podem ter um projeto de interesse e de investimento comuns que justifique as representações específicas (BAUER; GASKELL, 2002).

No caso concreto desta tese, a abordagem qualitativa aprofundou o conhecimento das relações sociais que conduziram à configuração do campo e dos atores que o delinearão direta ou indiretamente, assim como dos processos e estruturas em vigor, de acordo com o seu tempo específico.

4.1.4 A pesquisa de campo: as entrevistas semiestruturadas com os distintos atores sociais

Os critérios utilizados para a escolha dos atores sociais entrevistados, de forma objetiva, residem nas próprias atividades por eles desempenhadas, quais sejam:

- a) gestores públicos responsáveis pela implementação e gestão das políticas públicas no setor de saúde suplementar;
- b) gestores da Unimed singular responsáveis pelos serviços oferecidos aos clientes e pela função social desempenhada pela cooperativa;
- c) médicos cooperados com expressivo número de atendimentos aos clientes;
- d) clientes da Unimed que demandam periodicamente os serviços oferecidos pela cooperativa.

No que diz respeito à pesquisa de campo, as entrevistas foram feitas com dois gestores públicos, ambos da ANS; três gestores das Unimeds de Araguaína e Gurupi; três médicos cooperados da Unimeds de Araguaína e Gurupi e três clientes da Unimed Araguaína. Com vistas a uma melhor cognição, os entrevistados serão identificados por números, por exemplo: gestor público 1, gestor da Unimed 2, cooperado 3, Usuário 1. Logo abaixo, segue uma tabela com os perfis e codinomes dos entrevistados, para uma melhor visualização.

Tabela 1 – Perfil dos entrevistados

PARTICIPANTES	CARGO	SEXO	ESCOLARIDADE	IDADE
Gestor Público 1	Diretor da ANS	Masculino	Superior	54
Gestor Público 2	Diretor da ANS	Masculino	Superior	58
Gestor da Unimed 1	Diretor	Masculino	Superior	69
Gestor da Unimed 2	Diretor	Masculino	Superior	73
Gestor da Unimed 3	Diretor	Masculino	Superior	53
Cooperado 1	Médico	Masculino	Superior	48
Cooperado 2	Médico	Masculino	Superior	43
Cooperado 3	Médico	Masculino	Superior	42
Cliente 1	Administradora	Feminino	Superior	46
Cliente 2	Analista de RH	Feminino	Superior	36
Cliente 3	Administradora	Feminino	Superior	33

Fonte: Elaborado pelo autor

Antes das perguntas da entrevista semiestruturada ser realizadas, o doutorando conversou com os atores sociais informalmente e realizou anotações importantes sobre o que foi pontuado por eles. As respostas contidas nas entrevistas são muito objetivas e, em grande parte das vezes, não aborda diretamente o cerne do que foi questionado, mostrando um excessivo cuidado dos entrevistados com as suas falas institucionais e pessoais.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de junho e agosto de 2021. As observações e percepções feitas pelo pesquisador por ocasião das entrevistas, serão apresentadas no tópico 4.4, que trata dos resultados obtidos pela pesquisa realizada.

4.2 A formação do cooperativismo de trabalho médico no Brasil.

O Sistema Unimed é o maior sistema de cooperativas de trabalho médico do mundo, sendo referência para vários outros países. Para a Aliança Cooperativa Internacional - ACI, a Unimed é um marco do cooperativismo de trabalho médico, exprimindo uma das mais bem-sucedidas experiências no gênero, em âmbito mundial.

Em razão da maciça presença das Unimed em todo o país e especialmente no interior e regiões mais distantes dos grandes centros, a sociedade cooperativa se apresenta como o meio de acesso aos serviços de saúde para a população. As peculiaridades desse tipo societário e a sua atenção e comprometimento com a realidade da região na qual está localizada, permitem que elas atuem como atores de transformação social, na medida em que amadurecem e colocam em prática o sétimo princípio cooperativo, no caso, a preocupação com a comunidade.

É cediço que

A primeira cooperativa de trabalho médico brasileira – e também das Américas – foi fundada em 18 de dezembro de 1967, formada a partir de profissionais da área, sob a liderança do ginecologista e obstetra Edmundo Castilho. Trata-se da Unimed Santos, situada na cidade de Santos/SP. Tal iniciativa deu origem ao Sistema Unimed, a maior rede de assistência médica do Brasil, espalhada em toda extensão nacional e especialmente no interior do país, presente em 84% do território brasileiro (ASSUMPÇÃO, 2017; p. 75-76).

O intuito da criação da cooperativa era a formação de uma organização que garantisse a dignidade de médicos e pacientes, ou seja: os médicos podendo exercer livremente a sua profissão, e os pacientes com acesso à medicina de qualidade e possibilidade de escolha do profissional médico de sua confiança. a criação da cooperativa de trabalho médico foi uma reação alternativa da classe Médica à multiplicação de empresas mercantis, que manifestavam interesse em fazer da saúde uma fonte de lucros, com agressiva exploração dos profissionais médicos (ALBUQUERQUE, 2012 *apud* ASSUMPÇÃO, 2017; p. 76).

Para Bentevi (2015), no mesmo cenário temporal da criação da primeira cooperativa de trabalho médico:

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 grupo 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 (BENTEVI, 2015; p. 142).

Historicamente é importante trazer a lume que até o ano de 1965, as sociedades cooperativas compostas por trabalhadores – as cooperativas de trabalho – eram formadas por mão de obra não tão qualificada ou por trabalhadores braçais. Foi a partir desse ano que começaram a surgir as cooperativas que reuniam profissionais e técnicos especializados. Tais cooperativas eram integradas por profissionais qualificados que se deparavam com problemas no mercado de

trabalho, especialmente relativos ao desemprego ou às dificuldades em se manterem como profissionais autônomos (BENTEVI, 2015).

As cooperativas que reuniam médicos na condição de profissionais liberais foram as que tiveram uma maior expansão, sendo que a absoluta maioria delas se integrou sob a sigla Unimed. Nas Unimeds, os médicos buscavam aumentar a sua renda por intermédio de um maior volume de clientes em seus consultórios.

Nesse sentido cabe destacar alguns fatos de expressiva relevância para o surgimento da Unimed:

Expansão das Escolas de Medicina e conseqüente aumento do volume 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 (BENTEVI, 2015; p.145-146).

Bentevi (2015), citando Lumertz (2011), esboça um resumo do momento histórico do nascimento da Unimed nos seguintes termos:

(...) frente às dificuldades de assistência à saúde e, por decorrência a realização do trabalho médico e o risco de 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) (BENTEVI, 2015; p. 146).

A exitosa empreitada da Unimed Santos acabou por estimular o surgimento de outras cooperativas médicas, inicialmente restritas ao interior do estado de São Paulo. A estratégia utilizada por Edmundo Castilho e sua equipe consistia, em regra, na organização de uma agenda de visitas nas devidas cidades que tinham interesse em constituir as suas próprias unidades, com a realização de palestras e orientações com vistas à mobilização de profissionais e associações médicas. E foi desse modo que o potencial do cooperativismo ganhou a musculatura necessária pra impulsionar o surgimento de novas cooperativas, especialmente nos estados do Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Santa Catarina e em Brasília/DF.

Diante do contexto histórico, a medicina assistencial no Brasil, na segunda metade da década de 1960, passava por um momento de grande efervescência diante das transformações estruturais na Previdência Social. Houve a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INPS), que mais adiante se transformaria no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), extinto em 1990 diante da criação do SUS.

Conforme Assumpção (2017)

No ano de 1966, com a criação do INPS, o governo militar trilhava um caminho em direção à centralização dos serviços de saúde, com o intuito de alargar o atendimento médico à população. Porém, diante da falta de recursos para a saúde, o INPS era um órgão que iniciava as suas atividades com muitas dificuldades na implementação dos seus objetivos.

Nesse período, o governo militar autorizava a formação de empresas de medicina de grupo, a partir da retenção de 5% do salário mínimo de cada empregado, com o objetivo de arcar com os custos do convênio médico nas organizações. Tal situação levou as empresas de medicina de grupo a focarem os seus investimentos nas capitais e nas cidades mais importantes dos estados membros da federação (ASSUMPÇÃO, 2017; p.75).

Em razão da diminuição no padrão de atendimento, as alterações levaram ao surgimento das seguradoras de saúde, à mercantilização da medicina e, via de consequência, à baixa remuneração do profissional médico que, diante das robustas mudanças, ficava impedido de exercer dignamente sua atividade liberal. A medicina de grupo estabelecia a sua atuação na baixa remuneração dos médicos e na celeridade dos atendimentos em face da qualidade (ALBUQUERQUE, 2012).

Esse era o contexto político social da época da fundação da Unimed, surgimento impulsionado como uma reação da classe médica e da mobilização de líderes sindicais às empresas de medicina de grupo que eram criadas por empresários que buscavam, fundamentalmente, uma atividade lucrativa. A reação da classe médica era pautada por uma reivindicação contrária à comercialização da saúde, ao respeito à ética médica e aos usuários dos serviços de saúde.

No entendimento de Duarte (2003):

Em um momento histórico em que a relação entre o médico e o cliente se conformava como uma relação prioritariamente mediada pelo Estado ou por empresas de seguro saúde, a Unimed se propôs a configurar uma opção para preservação do exercício da medicina liberal através da possibilidade de controle de alguns elementos estratégicos para o exercício profissional, especialmente os meios de trabalho – local e equipamentos – e o valor e volume da remuneração [...]

Na história da medicina no Brasil, a Unimed representou a criação, pela própria categoria, de uma intermediação entre o médico e sua clientela.

Embora com uma clientela institucional (clientes da Unimed e não dos médicos), o objeto de trabalho, os serviços produzidos e as formas de regulá-lo de certa forma permaneciam – e ainda hoje permanecem – ao alcance do controle dos profissionais. Esse controle foi sendo ampliado no decorrer do tempo, com novos componentes sendo agregados a organização, como instituições de caráter financeiro e para comercialização de medicamentos (DUARTE, 2003; p. 34).

A forma de organização cooperativa foi a que melhor atendeu aos objetivos daquele grupo, eis que os médicos sendo os proprietários receberiam justa remuneração pelo trabalho realizado em troca de um diferenciado atendimento aos usuários. As suas críticas ao modelo que ora se apresentava, de franca exploração mercadológica dos serviços de saúde, não poderiam ser colocadas em prática com a adoção de um regime eminentemente mercantilista.

Em suma, as Unimeds são um retrato da pluralidade existente na sociedade que, por consequência, também encontra eco na classe médica. Desse modo, na proximidade do médico com a cooperativa nem sempre se verifica, nesse movimento, uma atitude voluntária e identitária de filiação à doutrina cooperativista. Inicialmente e em grande parte dos casos, essa proximidade ocorre como meio concreto de obtenção trabalho com o intuito de amealhar clientela.

No decorrer do tempo o Sistema Unimed passou por três estágios de evolução, quais sejam: crescimento e expansão (1967-1998), amadurecimento e reunificação (1999 a 2007/2008) e reorganização, fortalecimento e sustentabilidade (2009-2014). Esses ciclos percorridos demonstram um percurso histórico de amadurecimento diante do crescimento dos serviços prestados e do próprio Sistema Unimed, levando em conta os impactos regulatórios e os desafios mercadológicos.

A reunificação do Sistema Unimed é um ponto que ganha relevo em razão do crescimento do cooperativismo médico no Brasil. Em 1998, em decorrência de divergências políticas, algumas federações se desligaram da Unimed do Brasil e criaram outra Confederação, cujo nome era Aliança Cooperativista Nacional Unimed. Em termos percentuais, aproximadamente 10% da Unimeds migraram para a Aliança Cooperativista. Grande parte dessas cooperativas eram das regiões norte, nordeste e centro-oeste.

A cisma no Sistema Unimed perdurou até o ano de 2005 quando foi decretado o regime de Direção Fiscal e Técnica pela ANS em razão da constatação de anormalidades econômico-financeiras e administrativas graves, que colocavam em risco a continuidade do atendimento dos clientes da operadora.

As dificuldades administrativas e financeiras enfrentadas pela Aliança, no regime de direção fiscal, foi um verdadeiro mote para que gradativamente as cooperativas retornassem para a Unimed do Brasil. No ano de 2007 a reunificação do Sistema Unimed foi concluída com o retorno da Confederação Norte/Nordeste e das Federações da Amazônia, do Maranhão, do Piauí, do Ceará, do Rio Grande do Norte e Baiana.

Com a reunificação do Sistema Unimed e a consequente recuperação da integralidade nacional das cooperativas médicas, a “marca” Unimed se fortaleceu no âmbito do mercado de saúde suplementar, especialmente diante da grande capilaridade das Unimeds no território nacional.

Com o fim da cisma que trouxe à tona as divergências políticas internas que geravam dúvidas acerca da pujança do cooperativismo médico, o Sistema Unimed reafirmou o seu intuito em se fazer presente em todo o território nacional, especialmente nas localidades interioranas onde a medicina de grupo não tem interesse econômico em se fazer presente.

Recentemente, conforme se observa no quadro abaixo, a “marca” Unimed, pela 29ª consecutiva, foi reconhecida pelo prêmio *Top of Mind Folha*³¹ como o plano de saúde mais lembrado pelos brasileiros, mantendo a liderança com índice de 35 pontos, um resultado expressivo e superior aos alcançados pelos seus concorrentes.

Figura 5 – Conquista do prêmio *Top of Mind*

³¹ Considerado como um dos mais importantes prêmios de marketing editado no Brasil.

Invicta na categoria Planos de Saúde, Unimed faz investimentos e amplia a qualidade no atendimento

16 de novembro, 2021

The image is a promotional banner for Unimed's 29th consecutive Top of Mind award. It features a dark green background with a white and yellow text overlay. On the left, the word 'UNIMED' is written in large, bold, white capital letters. Below it, the text 'Há 29 anos na memória do Brasil' is written in a smaller, yellow, sans-serif font. In the center, there is a photograph of a man and a woman standing on a beach, looking out at the ocean. To the right of the photo, the text 'Unimed, Top of Mind pela 29ª vez consecutiva.' is written in white. Below this text is the 'Top of Mind 2021' logo, which consists of a white elephant silhouette with the words 'TOP of MIND 2021' inside it. At the bottom right, there is a white rounded rectangle containing the Unimed logo and a small icon of a person walking.

Qual é a primeira marca que lhe vem à cabeça quando pensa em um plano de saúde? Há 29 anos seguidos, a resposta mais ouvida na pesquisa **Top of Mind** é a mesma: Unimed. Promovido pelo Instituto Datafolha, o prêmio é realizado consultando pessoas em todas as regiões do Brasil e é a maior pesquisa de lembrança de marcas do país.

“São quase três décadas na liderança. Estar presente de forma significativa na memória da população é o reflexo do compromisso da Unimed em promover cuidado assistencial de alta qualidade, em todos os momentos e em todas as regiões do país, mercado de forma permanente na vida das pessoas”, afirma Omar Abujamra Junior, presidente da Unimed do Brasil, confederação que representa o Sistema Unimed de cooperativas de saúde.

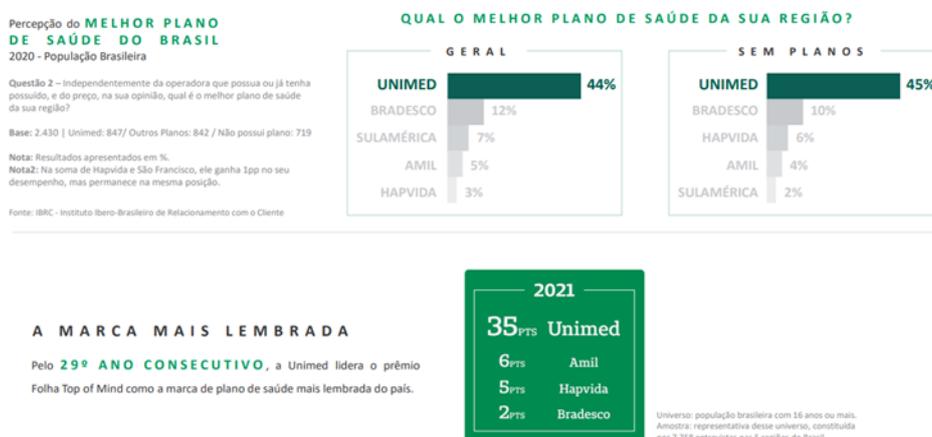
Atualmente, a Unimed está presente em 86% do território nacional, ou seja, 9 de cada 10 municípios, com uma carteira de 18,3 milhões de beneficiários, 38% do mercado de planos de saúde no país.

Fonte: Unimed Amparo³² (2021)

E nesse contexto, por ser muito competitivo, demonstra-se que a marca Unimed tem o reconhecimento pujante do mercado de saúde suplementar, especialmente diante da situação esboçada pelos consumidores, conforme se pode depreender na percepção consumerista acerca do que consideram como o melhor plano de saúde do Brasil. Eis:

³² Considerado como um dos mais importantes prêmios de marketing editado no Brasil. Disponível em: <https://www.Unimed.coop.br/site/web/amparo/-/Unimed-conquista>.

Figura 6 – Unimed: melhor plano de saúde



Fonte: Unimed (2022)

O fato de participar e ser reiteradamente premiada no prêmio *Top of Minds* revela uma notória preocupação mercadológica de todo o Sistema Unimed, em que se observa a pauta de discussões para uma reflexão acerca do embate entre uma conduta mais atrelada aos vínculos principiológicos originários do movimento cooperativo ou a uma postura mercadológica mais enfática e contundente, em grande parte das vezes deixando a sua própria natureza jurídica e existencial encoberta pela busca de maior espaço no “teatro de operações” do mercado de saúde suplementar. E essas são tensões constantes e ainda muito distantes de qualquer possibilidade de síntese dentro do cooperativismo médico unimediano.

E sobre essa questão, conforme se pode depreender logo abaixo, a posição institucional retratada na Pesquisa Euricse/IHCO acerca da importância da marca Unimed, expõe a situação dos choques de ideia e comportamento sistêmico, já anteriormente ditas:

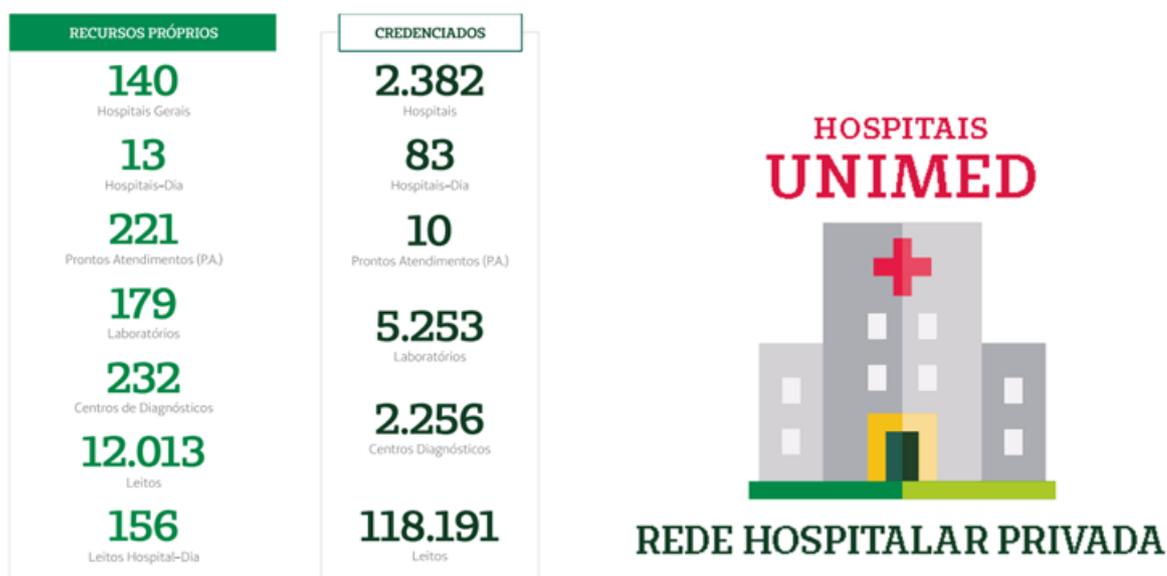
Com relação à estratégia de comunicação, a Unimed do Brasil uniu esforços para padronizar a comunicação corporativa e fortalecer a Marca Unimed. Para isso, a Unimed estabelece diretrizes de comunicação, objetivos, atitudes, responsabilidades e orientações. A comunicação deve ser construída em conformidade com os princípios que melhoram a imagem corporativa da marca: compromisso e respeito ao ser humano e à vida; apreciação e motivação das equipes de trabalho; promoção da igualdade de gênero e respeito à diversidade; transparência com todas as partes interessadas; e respeito pela lei. Para garantir uma comunicação eficiente, a Unimed do Brasil atende a dois tipos de público: interno (diretores; cooperativas médicas; enfermeiros; funcionários; prestadores de serviços) e externo (clientes, órgão público, autoridades públicas, sindicatos, parceiros e mídia). O Sistema Unimed também possui um sistema de gerenciamento

de crises para lidar com situações de emergência que podem prejudicar sua imagem e reputação de marca.

Além de padronizar e fortalecer a marca Unimed, a Confederação busca definir diretrizes e estruturas; criar uma cultura de comunicação integrada; melhorar a imagem institucional e a reputação Unimed; orientar e integrar as ações de comunicação do Sistema Unimed; registrar o processo de comunicação; desenvolver planejamento; identificar as ações e campanhas que podem ser veiculadas em conjunto para otimizar esforços e recursos; monitorar, controlar e avaliar a implementação de atividades através da medição sistemática dos resultados esperados e alcançados por meio de indicadores de desempenho de comunicação (RELATÓRIO EURICSE, 2018; p. 128).

A estrutura atual do Sistema Unimed, conforme a seguir exposta, dispõe de 341 cooperativas, 118.143 mil médicos cooperados, 18,7 milhões de beneficiários, mais de 29 mil hospitais, clínicas e serviços credenciados, 153 hospitais próprios, além 221 prontos atendimentos, 179 laboratórios, 232 centros de diagnósticos, 12.013 leitos e 156 leitos de hospital-dia para garantir a qualidade da assistência prestada aos beneficiários. Ainda, há de se destacar que o Sistema Unimed gera 136 mil empregos diretos.

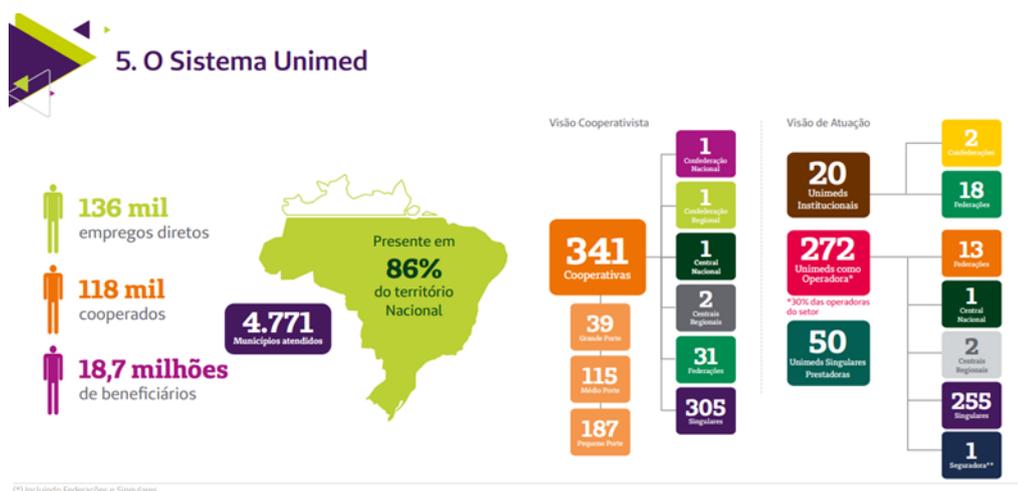
Figura 7 – Estrutura hospitalar – Rede Unimed



Fonte: Panorama – Saúde em números (2021)

Em seguida, observa-se a estruturação pormenorizada do Sistema Unimed no Brasil:

Figura 8 – Estrutura Sistema Unimed



Fonte: CADU – Unimed do Brasil (2022)

Das 341 cooperativas do Sistema Unimed, conforme se depreende no organograma acima, a Visão Cooperativista estabelece a seguinte composição: 1 Confederação Nacional; 1 Confederação Regional; 1 Central Nacional; 2 Centrais Regionais; 31 Federações e 305 Singulares. No tangente à Visão de Atuação, 20 Unimed (Confederações e Federações) são institucionais, 272 são operadoras de Planos de Saúde e 50 singulares são prestadoras. Com o intuito de se ter uma melhor cognição da relação de cooperados por beneficiários por estado e região, o quadro subseqüente assim pontua: 18.737.245 de beneficiários; 118.143 médicos cooperados do Sistema Unimed; 6 médicos cooperados para cada 1000 beneficiários.

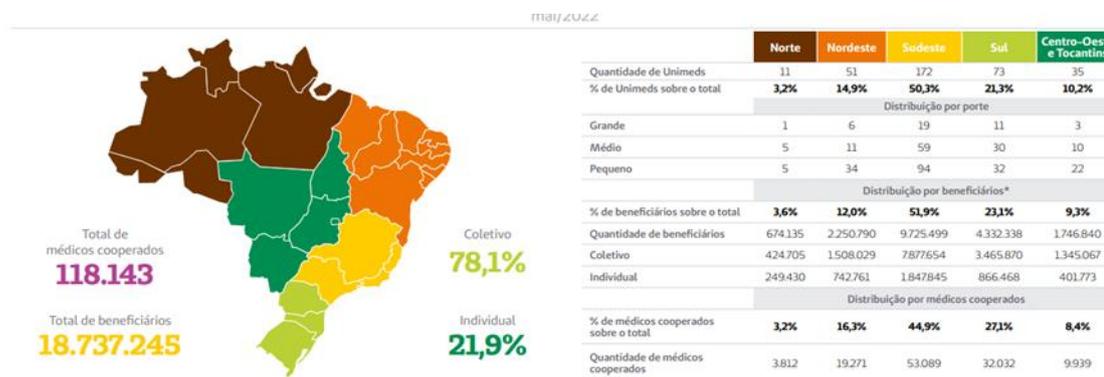
Figura 9 – Relação dos cooperados por estado e região



Fonte: CADU – Unimed do Brasil (2022)

Em razão do grande espriamento do Sistema Unimed por todo território brasileiro, adiante se vê a distribuição regional das Unimeds - incluindo também a Unimed Seguros - por porte, quantidade de beneficiários e médicos cooperados.

Figura 10 – Distribuição regional das Unimeds



Fonte: CADU – Unimed do Brasil (2022)

É importante enfatizar, mais uma vez, que o Sistema Unimed está presente em 86% do território brasileiro, tendo 38% de participação no mercado nacional de planos de saúde e gerando 136 mil empregos diretos e sendo atendido por 22% da classe médica.

Tomando por base que 49.789.947 de indivíduos são atendidos pela medicina suplementar no Brasil e que a maior parte deles são assistidos pelo Sistema Unimed, no qual se observa um impacto estratégico do cooperativismo médico da Unimed diante da política pública de saúde.

A estrutura do Sistema Unimed é classificada em singulares (1º grau), centrais ou federações (2º grau) e Confederação (3º grau). As cooperativas denominadas de singulares são destinadas à prestação de serviços aos associados, constituídas por médicos e com área de ação em um ou mais municípios. As Federações se destinam à prestação de serviços, ao monitoramento das atividades e à representação político-institucional das Singulares associadas, com a possibilidade de também operarem planos de saúde.

A Central Nacional Cooperativa Única (2º grau) é constituída por federações e cooperativas médicas singulares e, excepcionalmente, por uma Central Cooperativa Odontológica, destinada à operação de planos de saúde, sendo observadas as normas de comercialização e à prestação de serviços a suas associadas.

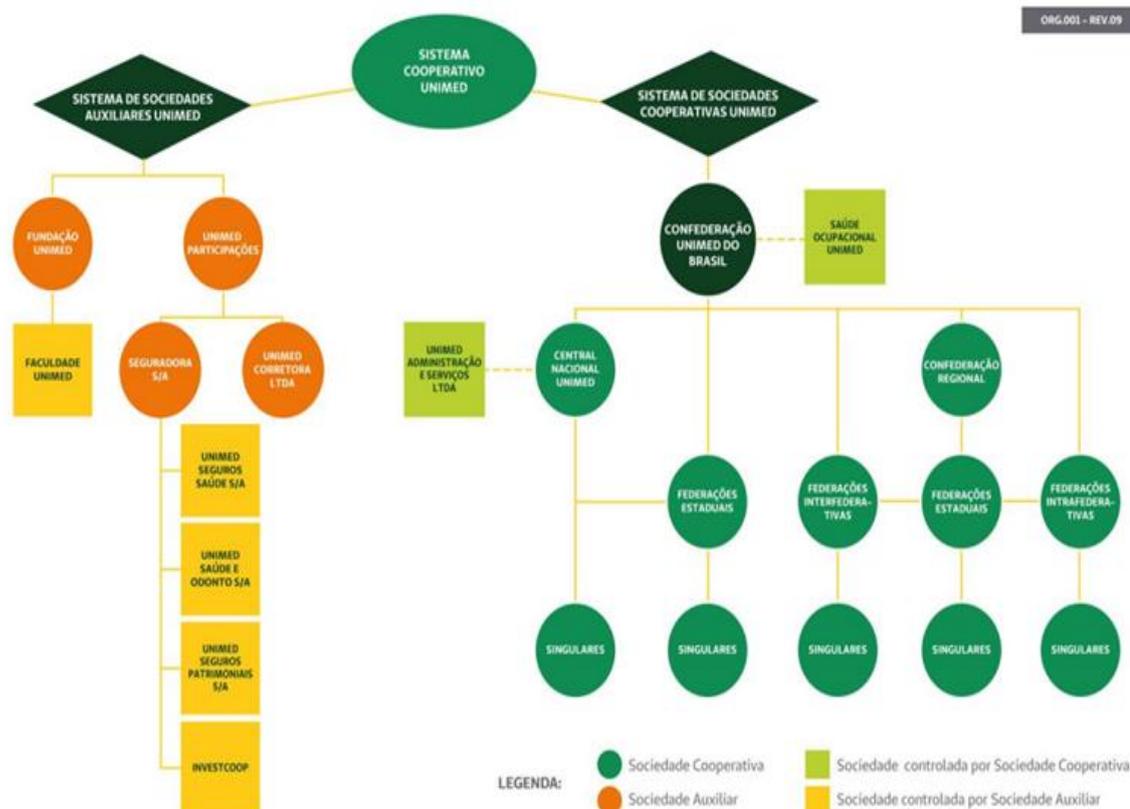
O 3º grau é ocupado pela Confederação Nacional Única, constituída exclusivamente por Federações e pela Cooperativa Central Nacional, destinada à prestação de serviços a elas e às Singulares, bem como a representação político-institucional da marca Unimed em todo o território nacional.

Além das Singulares, Federações ou Centrais, Central Nacional e Confederação, o Sistema Unimed possui Unimed Participações, que é a holding que controla as empresas.

Sendo constituída em 13/09/1989, o objetivo inicial da Unimed Participações era a representação dos interesses das cooperativas e de todo o Sistema Unimed junto às controladas na condução dos negócios.

Os organogramas, em seguida exibidos, possibilitam uma visão amplamente abrangente do sistema cooperativo Unimed.

Figura 11 – Organograma Sistema Unimed



Fonte: Unimed (2021)

Figura 12 – Sistema Unimed do Brasil



Fonte: Unimed (2022)

Sobre a Unimed Participações, o intuito inicial era que ela fosse a controladora da Unimed Seguros S/A (antiga razão social Unimed Previdência Privada), tendo em vista o atendimento da legislação vigente à época, que apenas admitia a existência de companhias de seguros que tivessem um sócio controlador com pelo menos 51% das ações com direito ao voto³³.

No mês de maio de 2017, houve a aprovação da alteração do tipo societário de sociedade limitada para sociedade anônima e, em razão disso, passou a ser denominada de Unimed Participações S.A, sendo eleito o Conselho de Administração, iniciando, desse modo, um novo modelo de atuação. A Unimed Participações possui 220 acionistas, sendo que os 20 maiores representam 84,65% do capital³⁴.

Tal alteração concedeu a possibilidade aos acionistas – as cooperativas do Sistema Unimed – de participarem de uma empresa já inserida em um contexto legal atualizado, além da aplicação de governança corporativa adequada, ofertando maior proteção aos acionistas minoritários, promovendo a simplificação dos processos deliberativos, gerando retorno de investimentos aos acionistas, disponibilizando regras claras nas negociações das ações previstas no Estatuto Social, consolidando a imagem da companhia frente ao mercado, propiciando e potencializando negócios e parcerias estratégicas.

³³ <https://www.Unimed.coop.br/site/web/participacoes/nossa-historia>

³⁴ <https://www.Unimed.coop.br/site/web/participacoes/nossa-historia>

Em junho de 2021, em razão da posse da nova Diretoria Executiva, a Unimed Participações assume:

a missão de ser o hub de negócios prioritários e complementares ao ecossistema Unimed, através das empresas em que participa. Além da participação societária que já possui na Seguros Unimed e suas controladas, e na Corretora Unimed, a participações passa a ter foco na aquisição de novos negócios, consolidando a empresa como a holding do Sistema Unimed.³⁵.

A experiência vivenciada pelo Sistema Unimed apresenta-se como um genuíno contramovimento da classe médica diante da situação da saúde suplementar da época, trazendo à tona a realidade da Teoria do Duplo Movimento de Polanyi, especialmente no contexto de que a reação da sociedade com a denominada “socialização” da economia possibilitou às cooperativas de trabalho médico a participação no cenário econômico em prol do atingimento dos seus objetivos finalísticos, eis que se constata uma pujante procura aos serviços que são oferecidos por elas.

Nesse sentido, é fundamental expor que Polanyi arguia que a sociedade detinha uma realidade substantiva formadora de energia para mudanças sociais, tendo uma visão diversa na sociedade como sendo a origem do contramovimento. Para ele, indivíduos que vivem em comunidades estruturadas são preparados para suportar as forças do mercado ou do Estado, eis que a sociedade é entendida como sendo um conjunto de relações entre as pessoas.

Há entrelaçamento entre o comportamento adotado pela classe médica na segunda metade da década de 1960 e a Teoria do Duplo Movimento de Polanyi, eis que diante das dificuldades impostas pelo jovem mercado de saúde suplementar, que não tergiversou com a sua proposta majoritariamente mercantilista para a classe médica, deu vazão ao contramovimento que buscou uma alternativa concreta e efetiva para a preservação de uma medicina liberal, sem cabrestos e qualitativa.

O estudo realizado aponta para um efetivo contramovimento da classe médica diante da adoção de uma tendência mercantil preponderante para a ampliação da medicina na década de 1960. A formação da cooperativa de trabalho médico propugnou pela autonomia e qualidade do exercício da medicina.

³⁵ Idem.

Com a formação e crescimento gradual do sistema cooperativo de trabalho médico e de uma necessária adequação aos cenários econômico e normativo, especialmente diante do crescimento do mercado de planos de saúde, o Sistema Unimed se estruturou nos moldes das grandes corporações mercantilistas, formando uma holding e implementando a governança corporativa.

E diante desse contexto, as tensões internas se intensificam no sentido de que há uma corrente que sustenta a manutenção de uma postura mais ortodoxa e menos mercadológica e outra, que atualmente prepondera, que deseja uma maior inserção mercadológica sem grandes pudores para a adoção de práticas mercantilistas no universo cooperativo.

4.2.1 A responsabilidade comunitária da Unimed: apenas um princípio?

O sétimo princípio cooperativista é denominado de preocupação com a comunidade. É patente que as cooperativas de trabalho médico possuem uma área geográfica de atuação delimitada, e que essa delimitação está diretamente atrelada em assunção de compromisso com a comunidade.

Ganha destaque o fato de que enquanto as sociedades mercantis visam ao cometimento de ações que alcancem repercussão social, tendo por objetivo a fidelização de clientela, as cooperativas possuem como princípio estrutural a preocupação com as comunidades da sua área geográfica.

Historicamente, foi no Congresso realizado pela Aliança Cooperativa Internacional no ano de 1995 na cidade de Manchester, na Inglaterra, que foi incorporado formalmente ao rol de princípios cooperativistas, como: “interesse pela comunidade.

Tal princípio traduz a preocupação e o compromisso das sociedades cooperativas em trabalhar com o fito de alcançar o desenvolvimento social, econômico e ambiental sustentável que favorece as comunidades e os integrantes das sociedades cooperativas.

Para Silva (2021):

Mas ao introduzir o sétimo princípio a ACI parece desejar que as cooperativas estabeleçam compromissos mais profundos com a busca de soluções para as necessidades das comunidades onde elas estão instaladas. O interesse pela comunidade pode se expressar em “gestos de solidariedade da cooperativa para com a comunidade, colaborando com

iniciativas na solução do desemprego, da diminuição da violência, da corrupção, na superação da fome e desnutrição” (SCHNEIDER; HENDGES, 2006, p.37). Meinem e Port (2014) também defendem que as cooperativas, por estarem inseridas nas comunidades, têm o papel de conduzir o bem-estar das populações e desenvolvimento equilibrado dos espaços onde estão incluídos seus associados (SILVA, 2021; p. 40).

Com o intuito de melhor compreender e visualizar a modificação dos princípios cooperativistas no decorrer do tempo, Silva (2021; p. 35) assim apresenta:

Tabela 2 – Evolução dos princípios cooperativistas de acordo com a Aliança Cooperativa Internacional

Princípios originais de Rochdale (1844)	Revisão de 1937 (Paris)	Revisão de 1966 (Viena)	Revisão de 1995 (Manchester)
1. Adesão aberta de novos membros no mesmo pé de igualdade dos antigos.	1. Adesão aberta de novos membros no mesmo pé de igualdade dos antigos.	1. Adesão livre (inclusive neutralidade política, religiosa, racional e social).	1. Adesão voluntária e livre.
2. Gestão democrática, um sócio, um voto.	2. Gestão democrática, um sócio, um voto.	2. Gestão democrática, um sócio, um voto.	2. Gestão democrática pelos membros.
3. Distribuição de parte do excedente proporcional às compras.	3. Distribuição de parte do excedente proporcional às compras.	3. Distribuição das sobras ao(s): a) desenvolvimento da cooperativa; b) serviços comuns; c) associados pró rata das operações.	3. Participação econômica dos membros.
4. Juros limitados ou fixados sobre o capital subscrito.	4. Juros limitados ou fixados sobre o capital subscrito.	4. Taxa limitada de juros ao capital social.	4. Autonomia e Independência.
5. Promoção da educação.		5. Educação cooperativista permanente.	5. Educação, formação e informação.
6. Vendas à vista, sem crediário.		6. Cooperação entre cooperativas.	6. Interooperação.
7. Neutralidade política e religiosa.		7. Neutralidade social, política, religiosa e racial.	7. Interesse pela comunidade.

Fonte: RIBEIRO (2012)

Nesse contexto, não se pode deixar de ressaltar que os princípios originários de Rochdale da adesão livre (portas abertas), gestão democrática, retorno

proporcional (pró-rata), educação cooperativista, cooperação entre cooperativas e juros limitados ao capital (participação econômica dos membros) permanecem inclusos nos nobres ideais cooperativistas.

Para dar ênfase aos princípios atualmente em vigor, a ACI expõe definições explicativas que esmiúçam os seus propósitos e norteiam a aplicação prática. No quadro subsequente, é possível verificar os escopos principiográficos em voga (SILVA, 2021; p. 36):

Tabela 3 – Princípios atuais do cooperativismo e suas definições explicativas, de acordo com a ACI

A Aliança Cooperativista Internacional conceitua cada princípio cooperativista de modo a nortear as ações de suas filiadas:	
1. Adesão voluntária e livre	São organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas aptas a utilizarem os seus serviços e assumirem as responsabilidades como membros sem discriminações de sexo, sociais, raciais, políticas e religiosas.
2. Gestão democrática	São organizações democráticas, controladas por membros que participam ativamente da formulação de políticas e tomada de decisões.
3. Participação econômica dos membros	Os membros contribuem equitativamente para o capital das suas cooperativas e o controlam de forma democrática. Parte desse capital é, normalmente, propriedade comum da cooperativa. Os membros recebem, se houver, uma remuneração limitada ao capital integralizado como condição de sua adesão e destinam os excedentes a outras finalidades: desenvolvimento da cooperativa, criação de reservas e apoio a outras atividades aprovadas pelos membros.
4. Autonomia e independência	São organizações autônomas, de ajuda mútua, que, ao fazerem acordos com outras organizações, incluindo instituições públicas, ou recorrerem a capital externo, devem fazê-lo em condições que assegurem o controle democrático pelos seus membros e mantenham a autonomia da cooperativa.
5. Educação, formação e informação	Promovem educação e formação dos seus membros, representantes eleitos e trabalhadores, de forma que estes possam contribuir para o desenvolvimento da cooperativa. Informam o público em geral, principalmente os jovens e os líderes de opinião, sobre a natureza e as vantagens da cooperação.
6. Intercoperação	Servem de forma mais eficaz aos seus membros e dão mais força ao movimento cooperativo, trabalhando em conjunto por meio de estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.
7. Interesse pela comunidade	As cooperativas trabalham para o desenvolvimento sustentado das suas comunidades por meio de políticas aprovadas pelos membros.

Fonte: Revista Pegada – vol. 22, n.2 (2021)

Nessa seara expositiva, não se pode deixar de observar que para apascentar os princípios vigentes, a ACI pontua que a atuação das sociedades cooperativas esteja lastreada em um conjunto de valores assim representado: autoajuda,

autorresponsabilidade, democracia, igualdade, equidade e solidariedade. E no intuito da manutenção da tradição originária rochadaleana, ressaltam a essencialidade dos valores éticos da honestidade, atitude receptiva, responsabilidade social e respeito mútuo (ALIANÇA COOPERATIVA INTERNACIONAL, 2020³⁶).

Ao citar Alves, Silva, Búrigo e Cazella (2020) enfatizam que ao apresentar o interesse pela comunidade, as sociedades cooperativas ratificam o seu compromisso com a sociedade e com o ambiente, além de reforçar os vínculos dos princípios do cooperativismo com a responsabilidade social dessas organizações.

No entendimento de Bertuol, Cançado e Souza (2012), verifica-se uma reiterada confusão entre o interesse pela comunidade e a responsabilidade social. Para eles, são expressões que carregam conteúdos semelhantes com significados distintos. Exemplificam com a responsabilidade social praticada por uma entidade privada em que quem for beneficiado não precisa estar perto, ou pertencer à mesma comunidade onde ela está localizada, demonstrando que o contexto geográfico não possui expressiva relevância. Em regra, o sétimo princípio busca a valorização da área de abrangência da cooperativa, a área de sua atuação. E não se pode deixar de fazer uma reflexão diante das dificuldades enfrentadas nesta aplicação principiológica, pois conforme esboça Braga (2002):

Uma dificuldade para a aplicação prática deste princípio é a crescente escassez de recurso para gerir estas ações, dada a tendência de diminuição de margens e sua conseqüente diminuição de resultados, o que não é referente apenas a organizações cooperativas. Este fato torna necessária uma grande criatividade e flexibilidade para encontrar soluções que unam recursos escassos e resultados satisfatórios e para isto é necessário vontade política (BRAGA et al, 2002; p.47).

Nessa seara de raciocínio, tal limitação tem como ser superada com a adoção de parcerias com outras organizações, tanto públicas quanto privadas, que operam na mesma área de abrangência. Em razão das suas características de valorizar os recursos locais e potencializar suas ações tendo em vista os sócios, a sociedade cooperativa pode contar com suportes que vão além daqueles gerados em suas ações empresariais ou oriundo dos ganhos advindos por sua participação no mercado. Esse fio condutor reafirma que mesmo que possa ser inviável sob o ponto

³⁶ ALIANÇA COOPERATIVA INTERNACIONAL. Identidad cooperativa: nuestros principios y valores. 2020. Disponível em. Acesso: 31 mar. 2020

de vista econômico, a sociedade cooperativa não visa ao lucro (SILVA, BÚRIGO E CAZELLA, 2020).

Para Drumond (2010), com o sétimo princípio a ACI almeja a ampliação da lógica da escassez, que em geral orienta a ação das empresas na economia capitalista. A Aliança reafirma que as cooperativas possuem um papel ativo na sua área de abrangência, nas regiões que estão localizadas. Tal compromisso ultrapassa a fronteira de apenas manobrar recursos econômicos de forma eficiente.

Assim, a cooperativa tem o papel de estímulo aos cooperados não somente para buscar melhorias para as próprias vidas, mas especialmente para torná-los agentes capazes de atuar no planejamento estratégico interno e externo, indo além dos limites da própria cooperativa e em busca de soluções para os problemas mais relevantes para a comunidade.

Para melhor ilustrar algumas situações adotadas com vistas ao desdobramento do sétimo princípio, ao citar Drumond (2010), Silva (2021) exemplifica a questão com os seguintes indicadores:

Tabela 4 – Indicadores do interesse pela comunidade de uma cooperativa

1. Realização de momentos de lazer com objetivo de integração dos cooperados e inserção de seus familiares no contexto cooperativista.
2. Divulgação dos resultados diferenciados obtidos pelos cooperados, destacando a diferença entre pertencer a uma cooperativa ou a uma empresa comum.
3. Contratação de pessoal que priorize membros da comunidade em que a cooperativa está inserida.
4. Projeto de responsabilidade social.
5. Publicação das ações sociais por meio de Balanço Social.
6. Acompanhamento dos indicadores sociais e econômicos do município ou região no qual está inserida, e mensura a sua participação relativa nestes números.
7. Estabelecimento de registro e estudo sobre indicadores sociais que demonstrem as diferenças de desenvolvimento entre cooperados e não cooperados.
8. Ações de inclusão social e geração de trabalho e renda na comunidade onde está localizada.
9. Existência de critérios formalizados para apoiar instituições que prestam serviços sociais, como por exemplo, asilos e creches.
10. Apoio às iniciativas da comunidade local para geração de trabalho e renda.
11. Construção de política interna de conscientização sobre a importância da responsabilidade social.
12. Estimulo à prática do voluntariado.
13. Processo de coleta seletiva e reciclagem dos materiais utilizados em suas atividades.
14. Envolvimento em campanhas de mobilização social tais como: Campanha do Agasalho, Campanha do Quilo, Carta do Papai Noel - Correios.
15. Estabelecimento de parcerias com outras instituições para estimular o desenvolvimento local.
16. Priorização de fornecedores que desenvolvem práticas de responsabilidade social empresarial.
17. Estabelecimento de um Conselho de Ética.
18. Construção de um código formal de ética que seja amplamente divulgado para o seu quadro social.
19. Estabelecimento de parcerias locais com objetivos de oferecer serviços ao seu quadro social como, por exemplo: escolas, academias, farmácias.
20. Estabelecimento de programa de doações de seus produtos ou serviços.
21. Estabelecimento de programa para contratação de funcionários portadores de necessidades especiais.
22. Inclusão de mulheres no conselho de administração e ou diretoria.

Fonte: Silva, Búrigo e Cazella (2020)

Ao trazer estes exemplos de indicadores amplos, Silva (2021) faz as seguintes considerações:

Percebe-se que várias sugestões de Drumond referem-se a ações de elaboração de estruturas de gestão internas, a exemplo dos itens 17 e 22. Outras defendem a construção de políticas internas que orientem a condução dos colaboradores e associados (itens 2, 5, 6, 7, 11 e 13) ou promovam o envolvimento da cooperativa no plano comunitário (itens 1, 3, 4, 8, 10 e 12). Sugere também ações de cunho social, baseadas em alianças e cooperação com entidades e movimentos da coletividade (itens 9, 14, 15 e 16). Muitas sugestões de Drumond significam uma aproximação com demandas cotidianas das comunidades que vão além das questões

econômicas. Como as ações dependem dos interesses dos próprios membros cooperados, cabem a eles deliberarem sob quais normas as gestões devem se pautar para cumprir essa orientação doutrinária (MEINEN; PORT, 2014).

Contudo, o quadro acima não estabelece uma hierarquia de ações, de modo a traçar um conjunto de prioridades, como forma de explicitar qual missão da cooperativa com a transformação do local onde atua. Ou seja, de que maneira ela se preocupa com a comunidade e sob qual visão ela age estrategicamente a favor do seu desenvolvimento. Particularmente, o item 15 propõe que a cooperativa estabeleça parcerias e integre redes pra conceber e executar projetos estratégicos de desenvolvimento nos locais onde atua. Essa orientação dificilmente será concretizada a partir dos “interesses” exclusivos dos associados. Trata-se de uma ação pró-ativa que visa beneficiar parcela da população não associada da cooperativa e que pode despertar, inclusive, resistência dos associados. Tem-se aqui um tema que mobiliza o sentimento corporativista de parcela de cooperados, necessitando ser bem trabalhado e contornado por dirigentes e demais membros da cooperativa que defendem a importância do sétimo princípio e de seus desdobramentos em termos de desenvolvimento sustentável (SILVA, 2021; p. 43).

Tomando por base o quadro acima apresentado, sete indicadores ganham expressivo relevo para as cooperativas de trabalho médico em razão das suas possibilidades de implantação de atividades comunitárias, quais sejam:

- 1) realização de momentos de lazer com objetivo de integração dos cooperados e inserção de seus familiares no contexto cooperativista;
- 2) projeto de responsabilidade social;
- 3) desenvolvimento de ações de inclusão social e geração de trabalho e renda na comunidade onde está localizada;
- 4) construção de política interna com vistas à conscientização sobre a importância da responsabilidade social;
- 5) estabelecimento de parcerias regulares com outras instituições para estimular o desenvolvimento social;
- 6) estabelecimento de parcerias locais com o objetivo de oferecer serviços ao seu quadro social, como por exemplo: escolas, academias e farmácias;
- 7) estabelecimento de programa especial para adesão e contratação de funcionários portadores de necessidade especial.

Mas há de se trazer à luz a discussão acerca da responsabilidade social, que não deve ser atarantada com o sétimo princípio, na medida em que se compreenda a responsabilidade social como ferramenta estratégica de resultados. Percebe-se que há o entendimento que a preocupação com a comunidade tem escopo distinto, na medida em que possui um âmbito de atuação e possui uma lógica mais próxima

da Teoria da Dívida do que do aparato instrumental do marketing (CANÇADO; GONTIJO, 2004).

A discussão travada sobre o tema Responsabilidade Social Empresarial – SER, é esboçada por Salmon e Cattani (2009), da seguinte maneira:

A noção de responsabilidade social corresponde a estratégias desenvolvidas, sobretudo, por grandes corporações. Estas definem, de maneira unilateral, normas e condutas que, pretensamente, consideram os impactos sociais, econômicos e ecológicos de suas atividades. O discurso dominante é o de que, com isso, essas corporações teriam a intenção de assumir os riscos sociais e ambientais gerados por suas atividades produtivas e a capacidade preveni-los. [...]

O desenvolvimento recente da responsabilidade social empresarial (RSE) pode ser interpretado sob dois ângulos divergentes, situando-a ou como uma evolução espontânea do gerenciamento empresarial, ou como uma resposta, à demanda social, oferecida pelas corporações. O primeiro confere primazia absoluta às iniciativas empresariais, logo a SER resultaria do aperfeiçoamento constante da gestão das empresas. Subitamente, as grandes corporações teriam despertado pra dimensões extra-econômicas e adotariam espontaneamente valores e técnicas a fim de contribuir para o bem comum. O segundo ponto de vista salienta a importância de manifestações diversas de associações de consumidores, sindicatos e mesmo do poder público, que não mais aceitam ser penalizados em função de externalidades causadas pelas empresas, pressionando-as a assumirem os custos de prevenção dos riscos ou a reduzirem os danos econômicos, sociais e ambientais (SALMON; CATTANI, 2009; p.289).

A ideia prevalente sobre um pretenso conceito modelar de responsabilidade social cooperativista é que ela consiste na maneira de ser e conduzir os negócios de uma cooperativa, que se manifesta na orientação dos processos e das atividades para torná-la parceira e corresponsável pelo desenvolvimento sustentável da sua área de abrangência e atuação.

Trata-se de um amoldamento do conceito basilar de responsabilidade social com a atividade desempenhada pela sociedade cooperativa. Depreende-se que o principal objetivo da responsabilidade social no setor produtivo é estabelecer padrões para uma gestão ética, evidenciada no bem-estar dos colaboradores e da comunidade.

A adoção de determinadas posturas, comportamentos e ações que promovam o bem-estar do seu público interno e externo deve ser uma prática voluntária, eis que não se deve ser confundida com ações compulsórias impostas pelo governo ou por quaisquer incentivos externos. Portanto, nessa premissa, o conceito abarca o benefício da coletividade, podendo ser relativa ao público interno ou a atores externos.

Por certo, há de se ter todo cuidado para não tornar o sétimo princípio – interesse pela comunidade – uma sinonímia da responsabilidade social, pois são distintos. Ficou evidente que a responsabilidade social não necessariamente guarda vinculações ou comprometimentos comunitários. Na grande maioria das situações, os desdobramentos empresariais mercantis não carregam preocupações comunitárias pontuais em face de não possuírem uma área de atuação específica, consistindo em ações espraiadas.

Mas há de se levar em conta que o sétimo princípio estabelece um franco diálogo com a responsabilidade social, na medida em que se vinculam por valores basilares e próximos, visando um desenvolvimento equilibrado das comunidades (público-alvo), fundamentalmente no universo em que os cooperados estão inseridos e que interagem com as pessoas, especialmente em uma área tão sensível como a da saúde.

4.2.2 As cooperativas diante da atração mercantilista: tensões e questionamentos.

Dentro do universo mercadológico da saúde suplementar, as Unimed's esboçam a pluralidade existente na sociedade, o que também acaba por englobar, nesse contexto, a classe médica. A proximidade do médico com a cooperativa nem sempre explicita uma conduta comprometida e identitária de pertencimento à doutrina cooperativista. Na maior parte das situações, tal contiguidade ocorre como meio concreto de obtenção de trabalho e com o firme propósito em formar clientela.

Existem tensões entre a formação cooperativista que, por necessitar ser um itinerário constante, estabelece comprometimentos sociais e doutrinários distintos de outros tipos societários, especialmente das sociedades mercantis. Nessa rota, um dos grandes desafios contemporâneos das sociedades cooperativas é justamente a formação dos seus quadros diante de uma identidade cooperativista, o que resulta na adoção de um olhar e comportamentos diferenciados perante o contexto social que os envolve.

Portanto, a formação cooperativista é fundamental para que o associado veja que o cooperativismo se apresenta como uma alternativa à sociedade dominada pelos princípios mercadológicos mercantis. Em regra, as empresas denominadas de autogestionárias – como é o caso das cooperativas – procuram superar o modo de produção capitalista por meio das suas relações de trabalho.

É perceptível que há um robusto traço cultural do sistema capitalista dentro das empresas autogestionárias e muitos questionamentos ganham expressão nesse cenário, fundamentalmente no sentido de se avaliar se devem as cooperativas se manter fiéis aos seus princípios basilares ou se efetivamente devem buscar outras formas mais competitivas para o crescimento dos seus negócios.

Nesse universo plural, há cooperados que tanto defendem a adoção conservadora dos princípios cooperativistas como outros que são entusiastas de uma leitura distinta e contemporânea dos princípios regedores dessas sociedades. Por isso, é natural que seja indagado: em que medida a Unimed reproduz ou não reproduz a questão mercantil nas suas atividades, especialmente diante de um corpo plural de cooperados que nutre simpatia por distintas correntes de conteúdo mercantilistas e rochdaleanas?

No entendimento de Barreto e Paula (2009):

“...percebe-se que a todo momento, mesmo que não explicitamente, a questão da necessidade de uma inserção consciente na lógica cooperativista se faz indispensável. O fato de que o ingresso em uma cooperativa baseia-se na livre opção do indivíduo pressupõe o seu interesse em aderir à proposta, o que é correlato à participação nas decisões e à busca por um constante aprimoramento profissional. O desenvolvimento do interesse pelo cooperativismo também, enquanto movimento, implica na busca pelo seu fortalecimento por meio do incentivo de relações intercooperativas, bem como do empenho em fazer com que a vivência dos seus princípios signifiquem uma transformação muito além da geração de renda e emprego, e sim uma mudança de caráter social. Discute-se, portanto, como realizar tais objetivos que exigem uma determinada visão do indivíduo acerca da realidade, se este permanece submerso nos valores de uma economia tão antagônica.” (BARRETO; PAULA, 2009; p. 202)

Partindo do pressuposto que as cooperativas foram criadas para melhor atender às necessidades e anseios dos seus associados diante dos desafios socioeconômicos que despontavam diante dos desafios mercadológicos apresentados pelo mundo contemporâneo, é imperativo dizer que essas sociedades surgem como uma forma singular de organização econômica e social, um modo distinto de enfrentamento ao cenário econômico capitalista, eis que a ajuda mútua passa a ser um requisito basilar desse tipo societário.

Nesse contexto, expõe Namorado et al (2009):

Encarando o cooperativismo como projeção e apologia do movimento cooperativo, que, desse modo, com ele se identifica, pode dizer-se emergiu, com a fisionomia actual, no início do século XIX, conjugadamente com a hegemonia do capitalismo. Manifestou-se então como uma rede de

organizações predominantemente econômicas, cujo eixo principal era a cooperação entre os seus membros. Deste modo, as cooperativas modernas traduzem a centralidade de uma prática social, a cooperação, que é um dos tecidos conjuntivos das sociedades humanas, tendo, aliás, havido uma época no dealbar da história em que ela foi uma verdadeira condição de sobrevivência da espécie. As cooperativas são, assim, a expressão moderna das práticas sociais da cooperação, bem gravadas no seu código genético, mas revelam-se por intermédio de um movimento social que se afirma no seio do movimento operário como uma das suas vertentes, o movimento cooperativo (NAMORADO et al, 2009; p. 97).

E há de se ressaltar que a formação das sociedades cooperativas de trabalho médico se tornou viável em razão de divergências de uma fatia da classe médica diante da maneira como a medicina estava sendo tratada e, conseqüentemente, exercida com objetivos eminentemente comerciais. Assim, o fator distintivo da junção de propósitos dos profissionais médicos necessariamente apontava na direção de se cultivar outros valores diversos daqueles que estavam sendo utilizados pela medicina de grupo.

Segundo Schneider (2014), os valores compõem “ideias-força” a partir das quais fornece a energia motivadora e a inspiração para a prática da ação cooperativa, que se norteia por princípios. O cooperativismo, sem os valores, se tornaria um sistema e movimento desértico e vazio de sentido. Os princípios inspiram-se nos valores e deles adquirem força e sentido. Dessa maneira, os valores podem ser considerados como o sol que ilumina e esquentam os princípios e normas. Os valores sendo pedras fundamentais, se tornam universais e imperecíveis na história das sociedades cooperativas.

O quinto princípio das sociedades cooperativas versa sobre a educação, formação e informação. Portanto, o escopo é promover a educação e formação dos cooperados com base nos próprios princípios cooperativistas, de modo que eles possam contribuir para o desenvolvimento da cooperativa. A informação é dirigida, também, para expor ao público externo as vantagens da cooperação.

Nesse sentido, a prática e a expansão cooperativista entre os distintos públicos demandam a formação dos associados e colaboradores. O desenvolvimento das cooperativas está calcado no conhecimento e disseminação dos seus valores e regras, especialmente para que sejam feitas as distinções em relação aos demais tipos societários.

Por certo, um cooperado que não possui boa formação cooperativista, que não é esclarecido acerca da importância do cultivo de valores e princípios da

sociedade que pertence e que tiver tímida participação perante ela, ao menor sinal de tribulação, cogitará a possibilidade de abandoná-la.

A formação cooperativista adquire importância magna para a sustentabilidade da própria sociedade, na medida em que a formação de quadros minimiza comparações e proximidades com as sociedades eminentemente mercantis, especialmente diante dos compromissos sociais, próprios do cooperativismo.

Para Ferreira e Silva (2015):

O contexto cooperativo tem apresentado a sua preocupação em relação a pouca ou, até mesmo, inexpressiva participação do associado, nas atividades de decisão e discussão das cooperativas. Essa condição reduz a gestão democrática – um dos princípios do cooperativismo – e denuncia uma educação cooperativa frágil ou inexistente. Por considerar a educação cooperativa como algo tão fundamental, o cooperativismo incluiu entre os seus princípios a educação, formação e informação.

[...]

Atualmente, a legislação define a obrigatoriedade do Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social (FATES), que é o principal instrumento de promoção social dos associados, gestores e colaboradores através da educação e do aperfeiçoamento técnico das atividades desenvolvidas por cada integrante do sistema cooperativo. O FATES, conforme exige a legislação vigente, é composto de pelo mínimo de 5% das sobras da cooperativa, porém, essa porcentagem pode ser ampliada conforme decisões da gestão de cada cooperativa e as ações educativas que essa desenvolve. O investimento em educação e educação cooperativa é tão relevante para o sistema cooperativo que possui definição e porcentagem estabelecida na lei em vigor.” (FERREIRA; SILVA, 2015; p. 15-16)

O FATES é previsto no Art. 28, II da Lei nº 5.764/71³⁷, sendo um fundo estratégico da formação cooperativista. O quinto princípio – educação, formação e informação é conhecido como a regra de ouro do cooperativismo pois viabiliza a solidificação de todos os outros princípios.

Contextualizando a denominada regra de ouro, a educação é tópico que engloba todo o universo educativo, tanto os formais quanto os informais, internos e externos, direcionados à toda comunidade cooperativa (cooperados, colaboradores e comunidade). A formação adquire caráter pontual, centrando atenção às

³⁷ Art. 28. As cooperativas são obrigadas a constituir - Fundo de Reserva destinado a reparar perdas e atender ao desenvolvimento de suas, atividades, constituído com 10% (dez por cento), pelo menos, das sobras líquidas do exercício; II - Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social, destinado a prestação de assistência aos associados, seus familiares e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa, constituído de 5% (cinco por cento), pelo menos, das sobras líquidas apuradas no exercício. § 1º Além dos previstos neste artigo, a Assembleia Geral poderá criar outros fundos, inclusive rotativos, com recursos destinados a fins específicos fixando o modo de formação, aplicação e liquidação; § 2º Os serviços a serem atendidos pelo Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social poderão ser executados mediante convênio com entidades públicas e privadas

atividades profissionais e negociais da cooperativa, especialmente no tocante à qualificação técnica de dois sócios e colaboradores. A informação publiciza e informa sobre o sistema cooperativo, apresenta dados das cooperativas singulares e expõe o trabalho realizado.

O itinerário de educação cooperativa é que nivela o interesse em integrar a cooperativa (adesão voluntária), a participação na direção e gestão das atividades (gestão democrática), o entendimento da importância do investimento econômico (participação econômica), a compreensão de que a cooperativa não dispõe de vínculo ou interferência estatal ou governamental (autonomia e independência), a consciência de operar em parceria com outras cooperativas (intercooperação) e, especialmente, de apoiar o ambiente em que opera (FERREIRA; SILVA, 2015).

No que diz respeito à realidade da cultura cooperativa no Brasil, para Pereira, Cançado, Rodrigues e Silva (2013):

As cooperativas, no Brasil, são constituídas por associados que apresentam grau acentuado de diferenciação social e econômica, o que dificulta a formação da identidade cooperativa. Essa diferenciação no interior das cooperativas reflete as diferenças culturais de nossa sociedade. Como consequência, os associados apresentam interesses e necessidades diferenciadas, apesar de constituírem uma organização com finalidades comuns. Além disso, essas diferenças têm levado determinados grupos dentro das cooperativas a agirem na direção de atingir seus interesses particulares, em detrimento dos outros grupos (PEREIRA; CANÇADO; RODRIGUES; SILVA; p. 74).

Nessa seara de raciocínio, a conduta de uma pessoa ou de um grupo de pessoas é conduzida pelos valores culturais e pela ideologia. Assim, a ideologia é retratada como um conjunto de crenças e ideias organizadas que leva um grupo ou indivíduo à ação. É possível afirmar que a cultura está relacionada à prática e ao hábito, enquanto a ideologia está vinculada às crenças e às ideias.

Portanto, a ideologia cooperativista está relacionada com os princípios cooperativistas e a cultura cooperativa com as práticas e os vínculos simbólicos estabelecidos entre os associados. Assim, quando os cooperados apresentam valores culturais comuns, afirma-se que há identidade entre eles. Quando os associados possuem ideias próximas ou ideais de vida parecidos, constata-se que há identificação entre eles (PEREIRA; CANÇADO; RODRIGUES; SILVA, 2013).

Na percepção de Freitas (1999), ao apresentar as diferenças entre identidade e identificação, as organizações buscam se apresentar como modelo ou fonte de

identificação para quem almeja integrar os seus quadros. Nesse caso, identificação implica reconhecer algo ou alguém e reconhecer-se em algo ou em alguém. Trata-se de um processo psicológico, em que um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade ou um atributo de outro e se modifica, total ou parcialmente conforme o modelo daquele.

No âmbito das sociedades, quando seus membros compartilham valores, expressam sentimentos de unidade, de pertencimento, de autonomia e confiança, diz-se que a organização formou uma identidade.

Desse modo:

A identidade é um resultado, um estado psicossocial que pode variar no tempo, ou seja, não é fixa e depende de seu ponto de definição, pois pode dizer respeito ao indivíduo, ao grupo e à sociedade em geral. Um sujeito tem diversas identidades e o conjunto delas lhe permite experimentar um sentimento de identidade sem esse sentimento interno. Este é composto dos sentidos de unidade, de singularidade, de coerência, de filiação ou pertencimento de valor de autonomia e confiança, organizados em torno de uma vontade de existência (FREITAS, 1999; p. 40).

As sociedades cooperativas de trabalho médico, especificamente as Unimed, possuem um modelo organizacional específico e diferenciado em relação aos outros tipos societários mercantis tradicionais. Os principais traços que diferenciam as cooperativas são a participação dos cooperados nos processos decisórios (cada um com um voto) e a divisão dos ganhos conforme o trabalho e não do capital.

O sistema Unimed dispõe de uma norma fundamental e estruturante, denominada de Constituição do Sistema Cooperativo Unimed. Esta Constituição corporativa estabelece que as Unimed são cooperativas sem fins lucrativos, aberta aos médicos de todas as especialidades; geridas democraticamente, na base de um cooperado um voto.

O contexto remuneratório é efetuado pelo trabalho realizado - denominado de produção - com distribuição das sobras conforme o trabalho que cada associado desdobrou no exercício anual. Não há intermediação entre o cooperado médico e o cliente da Unimed. Em regra, o paciente é atendido nos consultórios dos cooperados, atrelando o padrão de qualidade técnica à observação inflexível dos princípios éticos e de respeito ao paciente.

Com o intuito de melhor cognição da questão identitária dos associados com a cooperativa, é significativo enfatizar o “Capítulo II – Dos Princípios / Seção I – Dos princípios gerais”, que assim estabelece:

Art. 3º. O SISTEMA COOPERATIVO UNIMED rege-se pelos princípios:

- I – da dignidade humana;
- II – da liberdade, como grupo social;
- III – da democracia, como instituição;
- IV – do não exercício simultâneo de mais de 2 (dois) cargos executivos remunerados em quaisquer de suas sociedades, como expressão de moralidade.

Adiante, na Seção III, Art. 5º do mesmo texto normativo, são esculpidos os princípios do cooperativismo médico, nos seguintes termos:

Art. 5º. As cooperativas médicas UNIMED regem-se pelos princípios:

- I – no campo da ética médica:
 - a) da relação direta médico/paciente;
 - b) da independência do médico quanto aos atos médicos que deva praticar, uma vez respeitado o Código de Ética Médica;
 - c) da não exploração do trabalho médico com fins lucrativos, políticos ou religiosos;
- II – No campo do compromisso comunitário:
 - a) da colocação de medicina ética e de qualidade, acessível a maior número de pessoas;
 - b) da interação entre os médicos, prestadores de serviços, e os beneficiários tomadores desses serviços;
- III – no campo do compromisso público:
 - a) da integração com os serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças;
 - b) da complementariedade contratual dos serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças;
 - c) da complementariedade voluntária dos serviços públicos de assistência à saúde.

Mesmo diante de um roteiro principiológico denso e extenso, que pugna formalmente pela educação e formação dos associados, observa-se que existem tensões entre os propósitos das sociedades cooperativas e das expectativas e objetivos trazidos por cada médico associado.

É de conhecimento expresso que o núcleo operacional da Unimed é formado por médicos cooperados, sendo a sua atuação destacada por um elevado grau de especialização, próprio de profissionais treinados no domínio de conhecimentos e de habilidades indispensáveis ao desempenho de ações complexas.

Na mesma esteira de raciocínio, no âmbito do Sistema Unimed as singulares dispõem de expressiva autonomia, e os profissionais atuantes detêm um grandioso controle sobre a sua atividade laboral. Desse modo, a concentração de poder nas

mãos do cooperado é potencializada, crescendo-se à autoridade própria da natureza profissional, que decorre da qualidade de cooperado (DUARTE, 2001).

Ainda, uma dualidade imperecível é identificada no âmbito do Sistema Unimed, marcado pela competição entre os propósitos da organização, quando explicitados – diminuir o grau de utilização dos serviços para melhorar a relação receita/despesa -, e os propósitos dos profissionais – aumentar seus ganhos, por meio do aumento da produtividade. Essa realidade perpassa claramente, os interesses e as demandas dos assistidos/usuários (DUARTE, 2001).

Para Possamai (2009), o que leva o profissional médico a ingressar na Unimed, objetivamente, são os seguintes aspectos:

- a) buscar vantagens para ter acesso à determinada faixa de paciente, que possibilite o conhecimento e o espraiamento dos seus serviços;
- b) é um investimento concreto diante de um retorno financeiro e reconhecimento profissional;
- c) por segurança e sobrevivência, pois participar da cooperativa é uma questão de segurança profissional para o cooperado, especialmente se o médico estiver em início da carreira;
- d) a cooperativa concede benefícios aos sócios, com destaque para um plano de saúde próprio e especial para os cooperados e familiares, além do FATES;
- e) o indivíduo sozinho não existe profissionalmente e, nesse sentido, por ser médico cooperado e contar com todo suporte dado pela Unimed, auferir entre 40 e 50% dos seus ganhos.

A sociedade cooperativa médica é uma forma de organização, no qual os médicos são parceiros e prestadores de serviços. Eles podem ser, em determinadas situações empregados da cooperativa e se sujeitarem à legislação trabalhista, percebendo vencimentos como médicos auditores ou realizando atendimento em seus próprios hospitais. Mas a grande maioria dos médicos é cooperado, recebendo a sua produção mensal conforme o seu trabalho realizado.

Em regra, ao ser aceito no quadro de cooperados, o médico tem a obrigação de participar de um curso de formação cooperativista, cujo intuito é apresentar o sistema cooperativo desde a formação da sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale até a criação da primeira cooperativa de trabalho médico, culminando com

o surgimento e crescimento do Sistema Unimed. Nesse contexto, há forte ênfase nos princípios cooperativistas, o que remete à formação de um ethos de posição médico cooperativista.

A abordagem da cultura cooperativista, na situação concreta da classe médica, por meio do ethos, como conjunto de esquemas por meio dos quais os sujeitos têm a percepção do universo e agem sobre ele, envida um comportamento distinto daquele adotado por médicos que atuam nas sociedades mercantis, especialmente na denominada medicina de grupo.

Nesse sentido, a cooperação propicia benefícios coletivos para todos os atores sociais envolvidos que, individualmente, teriam muitas dificuldades para atingir tais benefícios, especialmente no tangente à liberdade do próprio exercício profissional. No caso específico das cooperativas de trabalho médico, a própria sociedade cooperativa se encarrega em dar viabilidade para o exercício da atividade médica para os seus cooperados. Elas acabam gerando externalidades de expressivo alcance econômico e social, que agregam contribuição para o desenvolvimento da atividade médica dos seus cooperados.

Porém, um expressivo número de cooperados e médicos prestadores de serviços das Unimeds reproduzem uma visão de negócios e práticas profissionais muito mais próximas da medicina de grupo, com efetivo teor mercantilista. Tais práticas consistem em:

- a) prescrição de exames e procedimentos desnecessários, situação em que o médico vence como prestador – quando dispõe de estrutura clínica ou hospitalar própria;
- b) benefícios indevidos decorrentes do relacionamento anteriormente dito com as indústrias de medicamentos (RELATÓRIO EURICSE, 2018).

Em razão desses elevados custos, o Sistema Unimed expandiu a sua rede de hospitais e clínicas e buscou uma melhor negociação com os fornecedores para adquirir as órteses, próteses e medicamentos especiais – OPME necessárias para os procedimentos médicos. Mesmo reduzindo os custos, ainda é necessário melhorar a auditoria médica e aumentar o controle de exames solicitados (RELATÓRIO EURICSE, 2018).

Nesse universo da saúde suplementar, há médicos que ao mesmo tempo são cooperados e donos de clínicas e/ou hospitais credenciados pelas Unimed. Nesses casos, o médico pode auferir ganhos por essas duas vias, ou seja, tanto da cooperativa quanto dos serviços prestados pelas próprias clínicas e/ou hospitais.

Na maior parte das situações, não há o intuito desses médicos na expansão dos serviços próprios da cooperativa, eis que ao disponibilizar os próprios serviços, a cooperativa deixaria de utilizar os serviços terceirizados, resultando na diminuição dos ganhos dos médicos cooperados que são proprietários de clínicas e/ou hospitais prestadoras de serviços.

Ao observar esse quadro, torna-se evidente a tensão existente entre os cooperados que desejam a implantação de serviços próprios na cooperativa, com a implantação de centros de atendimento e de hospital próprio e aqueles associados que, pelo fato de serem proprietários de clínicas e/ou hospitais, não desejam que a cooperativa crie os próprios serviços, o que implicaria perda expressiva de ganhos e escala. Essas visões impactam a gestão da sociedade, especialmente se houver na direção da cooperativa, sócios com postura mais tendentes ao universo mercantilista.

Tal situação mostra que a formação cooperativista precisa ser permanente, especialmente para que o corpo de cooperados seja mais homogêneo e conciso no sentido da necessária manutenção dos princípios e valores norteadores desse tipo societário. A visão mercantilista de alguns sócios macula o ideal cooperativista, bem como distorce uma identidade que se coloca como distinta dos demais tipos societários, especialmente por ser calcada em valores e princípios próprios.

4.3 A pesquisa Euricse/IHCO: avaliando a contribuição mundial das cooperativas para a assistência à saúde.

No intuito de melhor situar a pesquisa Euricse/IHCO, é de fundamental importância dizer, brevemente, sobre o envolvimento do pesquisador e de sua orientadora nessa atividade acadêmica e profissional realizada. Em razão dos estudos realizados no mestrado, em que houve uma imersão na regulação da política pública de saúde suplementar e nos impactos regulatórios no âmbito das

Unimeds, o convite dos institutos Euricse e IHCO para a orientadora e o pesquisador tem como objetivo trabalhar a realidade das cooperativas de trabalho médico no Brasil - em especial a Unimed -, ampliou o objeto da pesquisa do mestrado alargando o foco para a contribuição das sociedades cooperativas para o acesso à assistência à saúde no âmbito das suas realidades nacionais, o que perpassa, necessariamente, pelos contextos político-regulatórios das medidas de saúde adotadas ou que futuramente poderão ser implementadas.

Portanto, a realização do estudo realizado no doutorado, fortemente instigado pela ampliação do escopo dos trabalhos realizados no mestrado, também se vincula ao fato de que este pesquisador e a sua orientadora estão inseridos no âmbito da pesquisa internacional “THE COOPERATIVE HEALTH REPORT: Assessing the worldwide contribution of cooperatives to health-care³⁸”, promovida pelo Euricse – *Research Report*, em conjunto com a “International Health Co-operative Organization - IHCO”.

O Instituto Europeu de Pesquisa em Cooperativismo e Empresas Sociais – Euricse - é uma fundação associativa com sede na cidade de Trento na Itália, sendo uma organização privada sem fins lucrativos que tem por missão a promoção do desenvolvimento e a inovação do conhecimento no campo das sociedades cooperativas, empresas sociais e demais organizações sem fins lucrativos envolvidas na produção de bens e serviços. O seu objetivo é aprofundar o entendimento dessas organizações e o impacto que provocam no desenvolvimento econômico e social, promovendo o seu crescimento e contribuindo para a realização de um trabalho mais eficiente.

A Organização Cooperativa Internacional de Saúde – IHCO é uma associação voluntária de cooperativas de saúde e de consumidores, com múltiplas partes interessadas, que tem o objetivo de fornecer assistência médica comunitária de alta qualidade com um bom custo-benefício. Trata-se de uma organização setorial da Aliança Cooperativista Internacional – ACI e os seus objetivos consistem em:

- a) fornecer um fórum para a discussão e intercâmbio de questões relevantes para os seus membros;

³⁸ Relatório da Saúde Cooperativa: avaliando a contribuição mundial das cooperativas para a assistência à saúde.

- b) fornecer informações sobre a natureza e o papel das cooperativas de saúde a agências e órgãos internacionais;
- c) promover o desenvolvimento de cooperativas de saúde e colaborar com as organizações regionais da ACI.

No intuito de melhor posicionar o objetivo do trabalho internacional realizado, o Sumário Executivo da Pesquisa Euricse/IHCO, que trata da contribuição mundial das cooperativas para a assistência à saúde assim estabelece o seu propósito:

Para atender às necessidades de saúde das pessoas, muitas nações desenvolveram diversos tipos de sistemas de saúde. As variações nos países dependem amplamente do nível de regulamentação pública das atividades de saúde relacionadas, dos mecanismos de financiamento e do grau de cobertura para doenças e problemas de saúde. Além disso, a natureza e a governança das organizações que gerenciam a prestação de serviços de saúde também afetam a configuração dos sistemas de saúde. As nações cobertas por esta etapa de nossa pesquisa excluem países de baixa renda, ou seja, a maioria dos países africanos e alguns asiáticos, que carecem de sistemas de saúde. Embora a presente pesquisa explore diferentes tipos de sistemas de saúde bem estruturados, as organizações que fornecem serviços de saúde são efetivamente diversas, incluem organizações públicas, privadas sem fins lucrativos, mútuas, cooperativas ou privadas com fins lucrativos (RELATÓRIO EURICSE, 2018; p. 3).

Nessa seara de raciocínio, acerca dos objetivos e resultados da pesquisa da IHCO, o Sumário Executivo dispõe:

A IHCO e o Instituto Europeu de Pesquisa de Empresas Cooperativas e Sociais (Euricse) concordaram em desenvolver em conjunto uma iniciativa de pesquisa plurianual sobre a contribuição das cooperativas de saúde para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas em todo o mundo. Eles pretendiam publicar um relatório anual contendo – para um número cada vez maior de países – análises quantitativas de cooperativas de saúde e organizações mútuas, bem como os sistemas que operam. O primeiro ano da pesquisa se concentrou em 15 países, selecionados entre os que possuem um sistema de saúde estruturado, isso inclui Argentina, Bélgica, Brasil, Canadá, Colômbia, França, Itália, Japão, Malásia, Cingapura, Espanha, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos. Para cada um desses países, a Euricse desenvolveu um perfil focado nas principais características das cooperativas de saúde em relação ao sistema de saúde. Estudos de caso, aprofundados das principais características dessas cooperativas, foram entregues na Bélgica, Brasil, Canadá, Itália, Espanha e Japão. A iniciativa de pesquisa investigou vários tipos de cooperativas: cooperativas de profissionais de saúde, principalmente médicos; cooperativas de usuários / pacientes; e cooperativas com várias partes interessadas, mas também outros tipos de cooperativas, como cooperativas agrícolas, que fornecem diferentes tipos de serviços de saúde (RELATÓRIO EURICSE, 2018; p. 4 e 5)

Como se pode observar, a pesquisa centrada nos serviços prestados pelas cooperativas confirmou que a presença delas em todos os sistemas de saúde dos países integrantes do trabalho científico e investigativo. O relatório faz a observação que as sociedades cooperativas oferecem uma ampla gama de serviços, abarcando proteção contra riscos, prevenção e prestação de serviços de assistência médica, distribuição de produtos farmacêuticos e gerenciamento de clínicas de saúde (RELATÓRIO EURICSE, 2018).

Nesse contexto, a análise de estudo de caso trazida na pesquisa confirma que as cooperativas de saúde tiveram crescimento significativo em importância nos últimos 20 a 30 anos em todos os países estudados. Houve um crescimento notável das cooperativas, tanto nos países onde não tinham uma visibilidade e participação mercadológica expressiva quanto naqueles em que já ocupavam um lugar de destaque e importância na prestação dos serviços (RELATÓRIO EURICSE, 2018).

O crescimento se deu como reação evidente ao aumento de demanda por serviços de saúde, especialmente em razão das muitas dificuldades enfrentadas pelas autoridades públicas no tangente ao aumento com os gastos de saúde. O relatório traz como exemplos balizadores desse contexto apontado as cooperativas de saúde que atendem às necessidades de populações idosas, nomeadamente cooperativas sociais italianas, cooperativas de saúde canadenses (incluindo as cooperativas comunitárias que trabalham com os indígenas), cooperativas agrícolas japonesas, cooperativas comunitárias e mútuas na França, que estão se tornando cada vez mais relevantes no atendimento coletivo e que atendem pacientes de baixa renda (RELATÓRIO EURICSE, 2018).

O acesso à saúde é um tema socialmente relevante, atualíssimo e desafiador não somente para o Brasil, mas para todos os países ao redor do mundo. Por isso, a atenção à saúde não deve ser entendida fora de seu contexto, eis que fatores econômicos, políticos, sociais, culturais, comportamentais e ambientais induzem a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

A importância do tema acesso à saúde se deve, especialmente, ao aumento da longevidade e em razão do avanço tecnológico das ciências médicas, o que traz implicações diretas no custeio das políticas públicas de saúde e, principalmente, aos meios de acesso das populações aos serviços disponibilizados.

No âmbito brasileiro, observa-se que o acesso à saúde é gradativamente impactado em função do aumento das desigualdades sociais e da maior

complexidade das demandas, o que, por consequência, acaba por gerar questionamentos sobre a estrutura e efetividade das políticas de saúde pública adotadas.

Em 2020, o mundo se deparou com uma nefasta situação inesperada causada pela pandemia Covid-19. O fato de se vivenciar uma epidemia em âmbito global expôs a necessidade de maior aprofundamento e revisão das políticas de saúde adotadas, bem como dos seus meios de enfrentamento, não se restringindo somente às epidemias que são situações esporádicas, mas fundamentalmente, no atendimento qualitativo e preventivo à saúde população.

Por intermédio de uma legislação crescentemente restritiva e rigorosa, o Estado realiza movimentos de transferência para a saúde suplementar de várias de suas responsabilidades constitucionais referentes à saúde pública. Tal situação coloca em risco a viabilidade econômico-financeira para o setor privado em longo prazo, bem como ao equilíbrio do próprio sistema nacional de saúde.

Essa realidade é percebida pelo expressivo arcabouço regulatório atrelado ao setor (1032 documentos)³⁹ e pelo ressarcimento que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a realizar ao SUS cada vez que um cliente/assistido é atendido na rede de saúde pública, conhecido por ressarcimento ao SUS⁴⁰.

Nesse sentido, ao estabelecer um ressarcimento pelos serviços prestados pelos hospitais e clínicas públicas em pacientes que possuem planos de saúde, depreende-se que há uma transferência de obrigações do sistema público que, em princípio atenderia gratuitamente todo e qualquer cidadão brasileiro independentemente da sua situação pessoal ou profissional, para a saúde suplementar. Ressalta-se que a Constituição Federal em seu Art. 196⁴¹, estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, atribuindo acesso universal e igualitário.

³⁹ 22 Resoluções Regimentais - RR; 23 Resoluções do Conselho Nacional de Saúde - CONSU; 247 Instruções Normativas - IN; 9 Instruções Normativas Conjuntas - INC; 60 Instrução de Serviços - IN; 80 Resoluções Administrativas RA; 59 Resoluções da Diretoria Colegiada - RDC; 532 Resoluções Normativas, totalizando 1032 documentos.

⁴⁰ O Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde forem realizados em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, observando-se os limites dos contratos celebrados, conforme artigo 32 da Lei 9.656/98.

⁴¹ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ainda, há de se levar em conta que o sistema público aporta recursos bastante expressivos quando contrata os particulares para a realização do atendimento médico ambulatorial e internações. Portanto, é significativo para os particulares o aumento da dependência do SUS em relação aos seus serviços e instalações, por vezes disponibilizados com preços superfaturados. Desse modo, é manifesta a robusta presença de interesses mercantilistas na manutenção dessa situação.

Desse modo, em grande parte dos casos e em razão das urgências no atendimento das necessidades de saúde da população, opta por não investir em recursos próprios, o que demandaria um tempo expressivo e uma maior dotação orçamentária. Como o particular dispõe dos meios para os atendimentos urgentes e frequentes, a opção é pela saúde complementar, ou seja, utilizar os serviços particulares e remunerá-los por essa prestação de serviços, utilizando das disposições do Art. 199, §1º da CF ⁴².

4.3.1 Problemas e desafios enfrentados no âmbito da saúde.

O Brasil possui um sistema de saúde estruturado onde o acesso à saúde é universal desde 1988, com a promulgação da Constituição Federal - CF. Sendo um marco importante na construção do sistema de saúde, a CF/88 além de consagrar o direito à saúde como um direito fundamental, possibilitou muitos avanços em termos de acesso, cobertura, estrutura e gestão democrática em relação ao passado. Nos termos da legislação vigente, o Ministério da Saúde administra a política nacional de Saúde, enquanto a atenção básica continua sendo responsabilidade do governo federal.

A pesquisa Euricse/IHCO apontou que, diante do atendimento das necessidades de saúde das pessoas, os países desenvolveram diversos tipos de sistemas de saúde. As diferenças dos sistemas de saúde dos países estão atreladas aos níveis de regulamentação pública das atividades de saúde, do mecanismo de financiamento, do grau de cobertura para doenças e problemas de saúde e da

⁴² Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

natureza e forma de governança das organizações que gerenciam a prestação dos serviços.

Nos termos do trabalho conjunto elaborado pela IHCO/Euricse, os formuladores de políticas públicas dos países pesquisados (Argentina, Austrália, Bélgica, Brasil, Canadá, Colômbia, França, Itália, Japão, Malásia, Cingapura, Espanha, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos) ainda não conseguiram propor soluções em longo prazo para o enfrentamento das implicações acima expostas. Observa-se que as respostas políticas mais amplas e adotadas são duas: a) a descentralização das autoridades nacionais para as regionais e; b) a crescente valorização das instituições privadas como desdobramento da privatização da prestação de serviços de saúde.

O Relatório Euricse/IHCO (2018) também possibilitou a verificação de dois critérios distintos para explicar as variações dos países relacionadas ao papel que é exercido pelas cooperativas de saúde, são eles:

- 1) o grau de integração de cooperativas e sociedades de ajuda mútua nos sistemas públicos de saúde e;
- 2) o grau de centralização versus descentralização dos sistemas de saúde.

Para melhor detalhar as variações dos países estudados e que ajudaram a moldar o papel das cooperativas de saúde, alguns vetores importantes foram apontados, destacando-se:

- a) o grau de cobertura fornecido pelo sistema público de saúde;
- b) o grau de liberdade concedido a provedores privados;
- c) as tradições e culturas cooperativas;
- d) a capacidade dos movimentos cooperativos de se auto-organizarem para enfrentar desafios e;
- e) a forma como as cooperativas são reconhecidas, regulamentadas e apoiadas no ordenamento jurídico nacional.

Com fulcro nos dois critérios adotados para explicar as variações dos países relacionadas ao papel que é desdobrado pelas cooperativas de saúde, três grupos de países foram identificados, conforme demonstra o quadro abaixo:

Tabela 5 – Variações dos países

(continua)

CONTEXTOS SITUACIONAIS	PAÍSES IDENTIFICADOS
<p>Países onde as cooperativas de saúde e as sociedades de ajuda mútua estão altamente integradas ao sistema público de saúde, ou seja, um alto grau de institucionalização. Esses tipos são altamente regulamentados, embora recentes reformas do sistema de saúde tenham ajudado a conceder-lhes autonomia.</p>	<p>Bélgica e França.</p>
(conclusão)	
CONTEXTOS SITUACIONAIS	PAISES IDENTIFICADOS.
<p>Países onde as cooperativas e as sociedades de ajuda mútua foram reduzidas por sistemas universais de saúde com financiamento público estabelecido durante o séc. XX, como parte do processo de construção dos estados assistenciais europeus</p>	<p>Itália e Espanha.</p>
<p>Países onde as cooperativas de saúde continuaram a operar de forma autônoma ou com conexões limitadas com os fornecedores de saúde pública. Isso ocorre nos sistemas de saúde que foram projetados para garantir um alcance universalista, mas não o fazem devido à sua incapacidade de prestar serviços em áreas periféricas e/ou à falta de recursos financeiros</p> <p>OBS: Nesse grupo, também existem sistemas de saúde mistos, em que os serviços públicos de saúde são garantidos apenas a indivíduos sem benefícios previdenciários que não podem pagar.</p>	<p>Argentina, Estados Unidos e Malásia.</p> <p>Brasil e Colômbia.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme observou-se, o Brasil foi identificado no grupo de países em que as sociedades cooperativas de saúde continuaram a operar de forma autônoma ou com conexões limitadas com os fornecedores de saúde pública. Para melhor entender o contexto brasileiro na citada pesquisa, trata-se da maior república da América

Latina, sendo uma federação composta por 26 estados que possuem administrações autônomas e um Distrito Federal.

O contexto histórico da América Latina é amplamente delineado pela vulnerabilidade de uma sociedade desguarnecida de proteção social, cujo histórico colonial patrimonialista concebeu indicadores de ser o continente mais desigual e violento do mundo, com uma trajetória de governos autoritários e ditatoriais, sendo o Brasil, um dos países herdeiros desse cenário.

No Brasil, a noção de cidadania e proteção social tomou por base os padrões europeus adotados pelas elites tanto internas quanto externas, engendrando estruturas e práticas meritocráticas e bem-estadistas do Estado. Há de se ressaltar que os direitos ditos sociais, de forma fragmentada, desigual e centralizada, foram introduzidos na realidade brasileira pela Constituição Federal de 1934. O direito universal à saúde foi oficializado somente na CF/88.

Assim, depreende-se que esse traço histórico e cultural brasileiro não encontra convergências com as sociedades europeias, especialmente com aqueles Estados que já adotavam políticas de bem-estar social desde as primeiras décadas século XX. No período após a segunda guerra mundial, o plano Marshall possibilitou uma densa adoção de políticas públicas de bem-estar social, impulsionadas com o objeto de reconstrução dos países europeus devastados pela guerra, consolidando, culturalmente, tais políticas no seio dessas sociedades. Portanto, o cenário brasileiro e o contexto europeu são distintos.

Há uma questão relevante no estudo desenvolvido pelas redes Euricse e IHCO que diz respeito à colonialidade do saber, pois ambos os institutos de pesquisa são europeus e os estudos realizados trouxeram à tona questões próprias do continente sul-americano, eis que as pesquisas, além do Brasil, também foram realizadas na Colômbia e na Argentina.

Nesse sentido:

o conceito de sul não aponta exclusivamente a uma geografia. É uma metáfora ao sofrimento humano causado pelo capitalismo, pelo colonialismo e pelo patriarcado, e da resistência a essas formas de opressão. Na dor e na luta, desigualmente distribuídas pelo mundo, cabem uma multiplicidade de conhecimentos invisibilizados e desperdiçados pela modernidade (SANTOS; ARAÚJO; BAUMGARTEN, 2016; p.16).

É necessário realizar um confronto em relação à colonialidade do conhecimento, bem como rever conceitos a partir dos seus locais de enunciação, de

maneira que os diálogos internacionais sejam menos assimétricos e mais alinhados às suas respectivas realidades, e que não fiquem reféns da realidade europeia e norte-americana. (ABDALLA, 2014)

4.3.2 O ressurgimento das cooperativas de saúde diante das dificuldades enfrentadas pelos sistemas de saúde e os 4 (quatro) tipos de sistemas de saúde estruturados

De acordo com o Relatório Euricse/IHCO, a existência e aumento generalizado de cooperativas de saúde nos três grupos de países, cujos conceitos situacionais foram anteriormente citados, permitem afirmar que as cooperativas de saúde são altamente adaptáveis às características próprias de qualquer sistema de saúde.

É interessante ressaltar que as cooperativas se reinventaram ao longo do tempo, havendo notória evolução dos seus membros, órgãos de administração e prestação de serviços com o propósito de atender às necessidades do seu público. De igual modo, as cooperativas de saúde ajudam a superar falhas de coordenação que surgem de informações assimétricas que, em regra, exemplificam os serviços de saúde (RELATÓRIO EURICSE/IHCO, 2018).

As cooperativas de saúde, especialmente as cooperativas de trabalho médico, podem se adaptar às mudanças nas condições econômicas, sociais e políticas, assumindo comportamentos consistentes com o ambiente cultural e socioeconômico circundante mais rapidamente do que as empresas mercantis, especialmente a medicina de grupo (RELATÓRIO EURICSE/IHCO, 2018).

Nesse sentido, assim aponta o Relatório Euricse/IHCO (2018):

Além disso, diferentemente de outros setores econômicos, que são tipicamente povoados por um tipo predominante de cooperativa, o setor de saúde se distingue por uma rica variedade de formas cooperativas. Dependendo do tipo de problema abordado, os membros podem incluir pacientes, médicos e enfermeiros, cliente de medicamentos, voluntários (não presentes nas cooperativas tradicionais) ou uma combinação dessas partes interessadas. A escolha de um tipo de cooperação em detrimento do outro depende do problema abordado. Isso pode incluir a incapacidade dos usuários de pagar pelos serviços, o que normalmente não é um problema tratado pelas empresas convencionais com fins lucrativos. Outros objetivos das cooperativas de saúde incluem: melhorar as condições de trabalho e valorizar o compromisso ético dos médicos, equipe de enfermagem e paramédicos; encontrar as necessidades diversificadas dos usuários; e encontrar um equilíbrio entre as vantagens oferecidas pelas tecnologias

avançadas e a necessidade de fornecer serviços personalizados (EURICSE/IHCO, 2018; p. 8).

Foram identificados os seguintes tipos populares de sociedades cooperativas no Relatório Euricse/IHCO:

Tabela 6 – Tipos de Sociedades

(continua)

TIPOS DE COOPERATIVAS	CARACTERÍSTICAS
Sociedades de Ajuda Mútua	São organizações sem fins lucrativos. Toda a renda de sociedades mútuas é reinvestida para melhorar os serviços prestados aos membros.
(conclusão)	
TIPOS DE COOPERATIVAS	CARACTERÍSTICAS
Cooperativas de Trabalhadores e Produtores	Os objetivos dessas cooperativas são permitir organizações mais eficazes. Essas cooperativas monitoram a profissão médica, melhoram as condições de trabalhadores – como os médicos, por exemplo- e aumentam a eficiência e a eficácia dos serviços prestados No Brasil, esse modelo cooperativo de profissionais é muito difundido.
Cooperativas de Usuários	A lógica que explica o surgimento das cooperativas de usuários de saúde é a necessidade de preencher lacunas na prestação de serviços de saúde, incluindo o desenvolvimento de serviços de prevenção e a melhoria do bem-estar.

<p>Cooperativas inclusivas com várias partes interessadas – Cooperativas de base comunitária.</p>	<p>As cooperativas com várias partes interessadas diferem das cooperativas tradicionais, pois são caracterizadas pela participação de uma variedade de partes interessadas nos órgãos de governança. No setor da saúde, as partes interessadas podem incluir trabalhadores, como médicos e enfermeiros, mas também usuários e outros indivíduos ou empresas com participação no sucesso da cooperativa. Embora afetados pela atividade da cooperativa de diferentes maneiras, as partes interessadas compartilham uma meta de interesse geral. Esse tipo cooperativo foi desenvolvido em Cingapura. No Canadá as cooperativas geralmente se desenvolvem integrando as necessidades das partes interessadas envolvidas.</p>
---	--

Fonte: Relatório Euricse/IHCO (2018)

Sobre as vantagens competitivas cooperativas no âmbito da saúde, as cooperativas não são uma alternativa aos sistemas públicos de saúde, pois compartilham dos mesmos objetivos de interesse geral que os sistemas públicos de saúde, estando dispostas a cooperar com atores públicos e a disponibilizar suas vantagens competitivas, com o fito de aprimorar o fornecimento dos serviços de saúde. No mesmo contexto, as cooperativas de saúde não se apresentam como uma alternativa aos tipos societários com finalidade lucrativa (medicina de grupo e seguradoras), apesar de compartilharem modalidades de gerenciamento semelhantes (RELATÓRIO EURICSE/IHCO, 2018).

No que diz respeito à acessibilidade dos serviços de saúde, as cooperativas, em muitos casos, são formadas especialmente para aumentar a acessibilidade dos serviços de saúde às camadas mais pobres e comunidades periféricas, contribuindo, especialmente para reduzir as desigualdades na prestação de serviços de saúde. Em que pese o Relatório Euricse/IHCO fazer esse apontamento, essa situação não aplica, necessariamente, à realidade brasileira, especialmente diante das elevadas mensalidades praticadas pelas Unimed.

Ao apresentar algumas experiências particulares de países participantes da pesquisa, o Relatório Euricse/IHCO informa que ao promover a descentralização de poderes, as sociedades cooperativas possibilitam uma maior flexibilização na oferta

de serviços de saúde, o que possibilita prestar atenção individualizada aos assistidos com múltiplas barreiras de acesso à saúde.

Em face das suas raízes locais, as cooperativas podem ser consideradas como aquelas mais bem alertadas ou cientes acerca das necessidades específicas que surgem em cada comunidade, sendo diferenciadas, nesse sentido, dos demais tipos societários que interagem no mercado de saúde suplementar.

A experiência cooperativa trazida no Relatório Euricse/IHCO expõe que muitas vezes as cooperativas atendem a novas demandas de serviços sociais e de saúde que emergem da sociedade, especialmente em razão da demanda por serviços que os prestadores públicos e aqueles com finalidade lucrativa não podem ou não desejam atender, como é o caso da expressiva presença da Unimed no interior do Brasil.

Na maior parte dos casos, as cooperativas cumprem essa tarefa em prazos mais curtos do que as agências públicas e com custos mais baixos e razoáveis do que as empresas mercantis convencionais. Consta no Relatório Euricse/IHCO que essa habilidade cooperativa decorre de uma dúplice natureza, exemplificada pela vinculação aos movimentos sociais e aos comportamentos empresariais na gestão dos negócios, permitindo aprimorar os vínculos com a comunidade local.

Em que pese o fato de a pesquisa Euricse/IHCO trazer diferentes tipos de sistemas de saúde estruturados, as organizações que fornecem os serviços de saúde são distintas, pois incluem organizações públicas, privadas sem fins lucrativos, mútuas e privadas com fins lucrativos. Assim, ao levar em conta os papéis desempenhados pelos vários tipos de prestadores de serviços, foram identificadas quatro tipologias de sistemas de saúde, com o objetivo de esclarecer a complexidade da oferta de serviços de saúde e, principalmente, o papel desempenhado pelas cooperativas de saúde.

As tipologias de sistemas de saúde identificadas são as seguintes:

- a) quase exclusivamente sistemas públicos de saúde com atores privados, com fins lucrativos, sem fins lucrativos e sociedades cooperativas em posição marginal;
- b) sistemas universais de assistência à saúde, nos quais atores públicos integraram organizações mútuas e sem fins lucrativos privadas preexistentes;

- c) sistemas de saúde concebidos para garantir a cobertura universal pública, que deixaram de garantir o acesso aos serviços de saúde a todos os grupos populacionais;
- d) sistemas mistos de atenção à saúde, nos quais apenas serviços básicos são garantidos por políticas públicas voltadas para grupos de baixa renda (RELATÓRIO EURICSE/IHCO, 2018).

Diante da identificação dos sistemas acima expostos, a pesquisa Euricse/IHCO observou que o Brasil se aproxima do item “c”, ou seja, dos sistemas de saúde concebidos para garantir a cobertura universal pública, mas que deixaram de garantir o acesso aos serviços de saúde a todos os grupos populacionais. As razões dessa proximidade com o item “c” têm vários motivos de ordem política, de gestão e de financiamento, apontando, resumidamente, para uma relação de causalidade entre as dificuldades de acesso ao sistema e a baixa qualidade dos serviços no sistema público de saúde.

Em que pese no Brasil, a saúde possui característica universal desde a Carta Constitucional de 1988, a incapacidade do sistema público de saúde de atingir todos os grupos populacionais, especialmente com a baixa qualidade de alguns serviços disponibilizados possibilitou a abertura de caminhos para o surgimento de uma gama expressiva de operadoras de planos de saúde, eis que há demanda para o consumo dos serviços oferecidos.

Há de se ressaltar que todos os sistemas analisados na pesquisa Euricse/IHCO compartilham de problemas decorrentes de evolução da demanda e da oferta de serviços de saúde. Dentre esses problemas comuns constatados, ganham destaque:

- a) o aumento nos gastos com saúde para atender às demandas urgentes de saúde;
- b) demanda por serviços de longo prazo em razão de expectativa de vida mais longa, o que implica aumento das taxas de morbidade;
- c) dificuldade de grande parte dos sistemas de saúde em organizar cuidados preventivos;
- d) longa espera para a assistência médica;

- e) dificuldades em conter os custos crescentes de saúde (RELATÓRIO EURICSE/IHCO, 2018).

Nesse cenário exposto, os problemas comuns acima descritos possuem quatro implicações fundamentais, a saber:

- a) redução progressiva e relativamente seletiva da cobertura de assistência médica e aumento da desigualdade entre indivíduos e grupos e entre áreas urbanas e rurais;
- b) aumento da retirada de recursos do usuário nos sistemas públicos de saúde e do aumento do custo da cobertura privada e despesas diretas no sistema público e privado;
- c) pressão mais intensa sobre os profissionais de saúde para o aumento de produtividade;
- d) lacuna crescente entre a demanda por serviços personalizados e a prestação de assistência médica padrão, o que reclama desenvolvimentos organizacionais inovadores (RELATÓRIO EURICSE/IHCO, 2018).

Observa-se que as questões acima apontadas encontram proximidade com a realidade brasileira, por certo vivenciadas frequentemente pelas Unimeds, especialmente ao expor o aumento do custo da cobertura privada e despesas diretas nos sistemas público e privado.

5 AS PARTICIPAÇÃO DAS UNIMEDS NO CENÁRIO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.

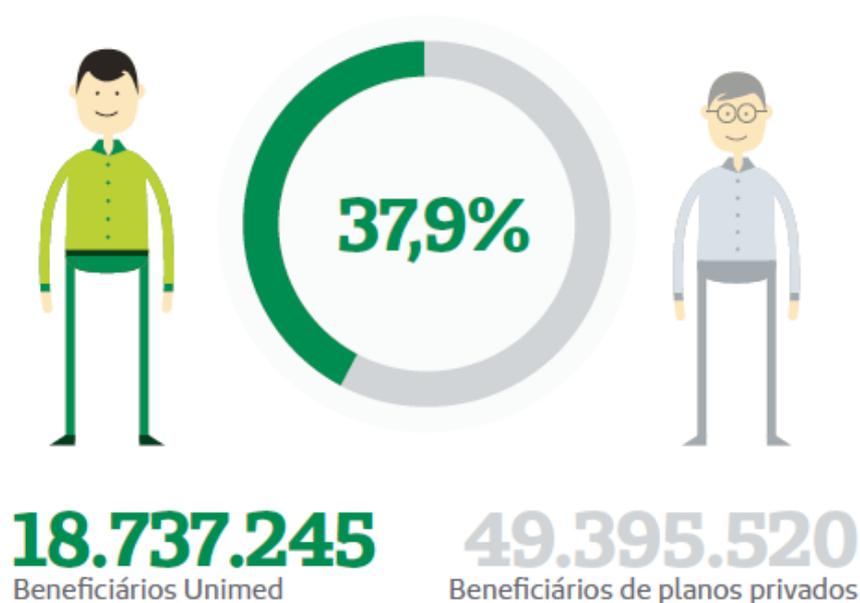
A pesquisa de campo realizada será exposta neste quarto capítulo. Serão apresentadas as entrevistas realizadas com os distintos atores sociais (gestores públicos, gestores privados, médicos cooperados e usuários). O entendimento dos distintos atores sociais e as dificuldades de diálogo entre os setores público e privado com vistas a uma eficiente política de saúde suplementar que possibilitem um melhor acesso aos serviços de saúde permeiam o referido capítulo.

5.1 A realidade social e econômica das Unimeds singulares: Unimed Araguaína e Unimed Gurupi

É fato conhecido que o Brasil dispõe do maior sistema médico cooperativo do mundo. No decorrer do tempo, o Sistema Unimed passou por três estágios de evolução: crescimento e expansão (1967-1998); amadurecimento e reunificação (1999 a 2007/2008) e reorganização, fortalecimento e sustentabilidade (2009-2014). O Sistema Unimed possui a maior rede de assistência médica no Brasil, sendo a maior operadora quando se trata de planos de saúde.

Conforme se pode observar abaixo, o Sistema Unimed detém 37,9% do mercado de planos de saúde, com 18.737. 252 de usuários.

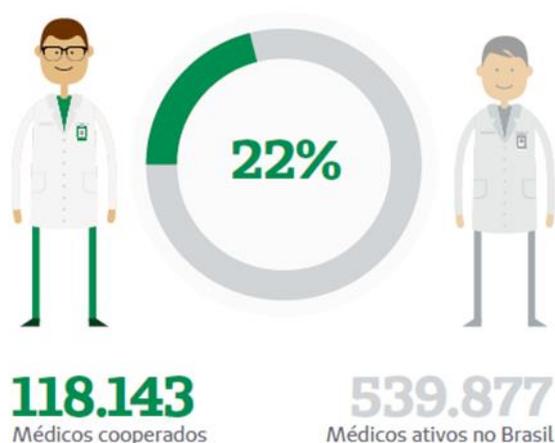
Figura 13 – Participação de mercados das Cooperativas Unimed no Brasil



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2022)

No que tange à proporção de médicos no Brasil, o número de médicos cooperados é igualmente expressivo, conforme informa o Conselho Federal de Medicina - CFM.

Figura 14 – Proporção de médicos no Brasil



Fonte: Conselho Federal de Medicina – CFM (2022)

Conforme já anteriormente informado, a pesquisa de campo foi realizada na área de atuação da Federação Centro Brasileira, especialmente no estado do Tocantins, nas cidades de Araguaína e Gurupi. A escolha das Unimed singulares

que possibilitaram a realização da pesquisa se deu em razão da abertura proporcionada pelas diretorias executivas das duas cooperativas.

Diante disso, as Unimed's singulares são entidades dotadas de autonomia, dispondo de regras e interesses próprios, devidamente delineados em seus estatutos. Portanto, mesmo diante do denso arcabouço de regras estabelecidas pelo Sistema Unimed, as cooperativas de 1º grau possuem metas e planejamentos próprios, que são de especial importância estratégica, especialmente porque é necessário levar em conta as realidades sociais e econômicas da sua área geográfica de atuação.

A Unimed Araguaína, fundada em 26/03/92, é uma cooperativa localizada na cidade de Araguaína/TO, tendo 148 médicos no quadro de associados cooperados e atende a 13.140 vidas (dados de out/2022). A cidade de Araguaína/TO possui 183.381 habitantes e é a segunda maior cidade do estado do Tocantins. Observa-se que na proporção de habitantes, a Unimed atende acerca de 7,5% da população local, o que é considerado um percentual baixo diante das possibilidades de amplitude de atendimento que a cooperativa possui na cidade.

Nesse sentido, a pesquisa de campo revelou que havia, na gestão anterior, uma postura institucional mais contida no que diz respeito à divulgação publicitária dos serviços da cooperativa, o que gerava calorosos embates entre os cooperados que desejavam uma maior atuação publicitária e, via de consequência mercadológica, com a utilização de *outdoors*, *banners* e outros meios de exposição institucional na sua área geográfica de atuação.

A cooperativa de Araguaína é administrada por um Conselho de Administração, formado por seis médicos cooperados eleitos para um mandato de quatro anos. O Conselho de Administração é composto por uma Diretoria Executiva composta por quatro cooperados, que ocupam os seguintes cargos: presidente, vice-presidente, Superintendente e Diretor de Mercado. Ainda, na composição do Conselho de Administração, existem dois cooperados vogais.

Apesar de ser o segundo município de estado e ter uma localização geográfica de proximidade com os estados do Maranhão e do Pará, a Unimed Araguaína ainda não dispõe de hospital próprio, mas tem projetos futuros para a construção de um nosocômio e para a adoção e implementação dos serviços de Atenção Integral à Saúde – AIS. Atualmente, centra atenção na implantação de um centro multiprofissional de atendimento, onde se propõe em disponibilizar para os

seus assistidos os serviços de psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia. Esse é o primeiro passo para a implementação da AIS.

Conjuntamente com o SICOOB Unicentro Brasileira, por meio de realização de convênio, organiza e patrocina o Coral Unicentro. Este coral é aberto a toda comunidade de Araguaína/TO, sendo composto por um público majoritariamente infanto-juvenil e adultos, com 50 integrantes. Os entes convenentes – Unimed Araguaína e Sicoob Unicentro Brasileira custeiam o aluguel do auditório para os ensaios e arcam com os vencimentos do regente do coral, fornecendo os uniformes e a alimentação/lanche para os integrantes. Nos meses de janeiro e agosto de cada ano, o coral possibilita o ingresso de novos integrantes. Esse movimento visa uma maior inserção comunitária da cooperativa, ainda que não seja estritamente vinculado à sua atividade fim.

Já a Unimed Gurupi, também localizada no estado de Tocantins e fundada em 02/04/1996, já dispõe dos serviços de Atenção Integral à Saúde – AIS e tem o hospital próprio. O Centro de Atenção Integral à Saúde – AIS foi inaugurado em 2020, no período que antecedeu o período pandêmico da covid-19. É um modelo de atenção primária à saúde, que atualmente disponibiliza os serviços de fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional para os assistidos da Unimed Gurupi.

A gestão da Unimed Gurupi também é realizada por um Conselho de Administração, cuja composição é formada por três Diretores Executivos e por seis membros vogais. A Diretoria Executiva é composta por um presidente, um vice-presidente e um superintendente.

A cidade de Gurupi/TO é próxima à capital de Palmas/TO, com uma população de 87.545 habitantes (dados de 2020), sendo considerada a terceira maior cidade do estado. O hospital próprio da Unimed Gurupi dispõe de 27 leitos, o que não mais atende à demanda local.

A cooperativa já dispõe de projeto e terreno para a construção de um novo hospital, de modo a atender as necessidades locais, pois com crescimento da região, o hospital se tornou pequeno para o atendimento da demanda. A Unimed Gurupi possui 100 médicos cooperados e atende a 11 mil vidas (dados de out/2022), o que significa atender à aproximadamente 13% da população local. Em que pese atender a um percentual maior de pessoas do que a Unimed Araguaína, observa-se que há boas possibilidades de crescimento na área de atuação, porém, as ações de

divulgação dos serviços da cooperativa ainda são tímidas, especialmente se levar em conta o expressivo potencial da área de atuação.

Além dos serviços de AIS disponibilizados, participa de algumas campanhas locais, tanto ao lado dos governos municipal e estadual bem como com a iniciativa privada. Dentre as atividades desdobradas, ganha destaque a campanha outubro rosa com a doação de absorventes para as mulheres do presídio local e a corrida com obstáculos, em parceria com a Polícia Militar do Estado do Tocantins.

Especialmente nesse evento, a Unimed Gurupi participa com o apoio médico e disponibilização de ambulância. Há mais de 10 anos, a Unimed Gurupi ajuda mensalmente uma creche da cidade com o auxílio de 1 (um) salário mínimo. Questionada por este pesquisador se havia alguma prestação de serviços preventivos de saúde para as crianças da creche, a cooperativa informou não oferecer esses serviços.

O quadro abaixo apresenta a variação mensal do número de beneficiários das Unimed de Araguaína e Gurupi, como também de outras operadoras de planos de saúde no âmbito do estado do Tocantins, retratando a variação mensal entre abril e março de 2022.

Figura 15 – Número de beneficiários e variação mensal

TOCANTINS	ABR/22	MAR/22	ABR/21	VARIAÇÃO MENSAL	VARIAÇÃO 12 MESES	% MERCADO
Mercado	114.663	115.266	111.728	↓ -0,5%	↑ 2,6%	100,0%
Sistema Unimed	83.629	84.589	83.028	↓ -1,1%	↑ 0,7%	72,9%
1° Unimed Palmas	29.352	30.653	31.527	↓ -4,2%	↓ -6,9%	25,6%
2° Bradesco Saúde	15.578	15.317	13.317	↑ 1,7%	↑ 17,0%	13,6%
3° Central Nacional Unimed	13.027	13.003	12.043	↑ 0,2%	↑ 8,2%	11,4%
4° Unimed Araguaína	12.418	12.402	11.808	↑ 0,1%	↑ 5,2%	10,8%
5° Unimed Gurupi	9.919	9.862	9.588	↑ 0,6%	↑ 3,5%	8,7%
6° Unimed Goiânia	3.376	3.366	3.355	↑ 0,3%	↑ 0,6%	2,9%
7° Seguros Unimed	2.931	2.901	3.247	↑ 1,0%	↓ -9,7%	2,6%
8° Cassi	2.830	2.831	2.822	○ 0,0%	↑ 0,3%	2,5%
9° Unimed Santa Catarina	2.476	2.452	2.316	↑ 1,0%	↑ 6,9%	2,2%
10° Geap	1.841	1.857	2.027	↓ -0,9%	↓ -9,2%	1,6%

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2022)

Também se pode verificar, logo em seguida, o perfil dos beneficiários por faixa etária e pelo tipo de contratação realizada no Tocantins, constatando-se que a

maior parte das contratações dos serviços prestados pelas Unimed de Araguaína e Gurupi estão na faixa dos 19 aos 58 anos de idade.

Figura 16 – Perfil dos beneficiários

PERFIL DOS BENEFICIÁRIOS (FAIXA ETÁRIA E TIPO DE CONTRATAÇÃO)						
TOCANTINS	ABR/22			ABR/22		
	0 A 18 ANOS	19 A 58 ANOS	59 ANOS OU MAIS	COLETIVO EMPRESARIAL	COLETIVO POR ADESAO	INDIVIDUAL OU FAMILIAR
Mercado	27,5%	63,9%	8,7%	66,5%	25,4%	8,0%
Sistema Unimed	27,5%	64,1%	8,4%	58,7%	30,6%	10,5%
1º Unimed Palmas	27,4%	61,8%	10,7%	28,8%	59,7%	11,4%
2º Bradesco Saúde	29,8%	65,9%	4,3%	98,3%	1,4%	0,3%
3º Central Nacional Unimed	29,9%	67,4%	2,6%	97,1%	2,9%	0,0%
4º Unimed Araguaína	27,5%	64,2%	8,3%	80,1%	2,5%	17,4%
5º Unimed Gurupi	24,1%	62,7%	13,3%	50,3%	41,1%	8,6%
6º Unimed Goiânia	24,3%	60,0%	15,7%	52,5%	6,4%	41,1%
7º Seguros Unimed	32,1%	65,3%	2,6%	91,1%	8,9%	0,0%
8º Cassi	26,2%	58,2%	15,6%	97,5%	2,5%	
9º Unimed Santa Catarina	30,5%	68,1%	1,5%	99,9%	0,1%	0,0%
10º Geap	20,0%	50,0%	30,0%	99,5%	0,5%	

Fonte: Panoramas – saúde em números (2022)

Os quadros mostram um comportamento regional da variação mensal do número de beneficiários e do perfil desses mesmos beneficiários. A variação mensal está atrelada ao contexto socioeconômico do estado do Tocantins, onde se observa que a maior parte dos contratos são firmados entre as Unimed e as empresas que prestam os seus serviços nessas cidades e proximidades, ou seja, planos coletivos. Portanto, a rotatividade de mão de obra do setor produtivo reflete na variação mensal dos beneficiários, o que é refletido no perfil deles, eis que se encontram, em razão da faixa etária, em franco momento de atuação laboral.

As duas cooperativas estão em processo de implantação da governança corporativa, com parte dos seus dirigentes fazendo cursos de gestão ministrados pela Fundação Unimed. Há uma mudança não só estrutural, mas curiosamente, de geração de cooperados, sendo que uma parte significativa dos médicos mais novos são filhos de cooperados.

E nesse contexto, essa geração de cooperados tem um olhar distinto para a cooperativa, com sanha mercadológica bem mais acentuada e evidente do que a geração que praticamente fundou a singular. Para ter uma visão mais minuciosa da questão, foi realizada a seguinte pergunta para os médicos cooperados:

“Considerando os princípios cooperativos, no seu entender, qual é a contribuição das Unimeds no âmbito das comunidades em que ela está inserida? Quais são os ganhos comunitários? Tais ganhos são considerados satisfatórios ou poderiam ser expandidos? Nesta segunda alternativa, quais são os obstáculos para sua expansão?”

“Em tese, a cooperativa deveria gerar trabalho e renda ao seu cooperado e contribuir para o desenvolvimento da comunidade onde está inserida, promovendo educação cooperativista a todos. Porém, não é o que vejo acontecer na maioria dos casos. Infelizmente, na minha opinião a maioria dos cooperados não enxerga a Unimed como uma cooperativa e sim como uma empresa mercantilista, que deve ser sugada ao máximo em seus recursos. Os ganhos comunitários são mínimos, devendo ser expandidos. Porém, nem o poder público, nem a comunidade ou os cooperados enxergam isso. Apesar de termos no Brasil uma lei específica para reger as cooperativas, na maioria dos casos a lei não é respeitada.” (Entrevistado 1).

A resposta do entrevistado aponta para um problema vivenciado pelas cooperativas de trabalho médico, que está atrelado ao quinto princípio e invoca uma maior atenção ao contexto formacional cooperativo para o corpo de associados. Ao não compreender a sociedade cooperativa como instituição que tem compromissos comunitários e que não possui intuito lucrativo, o associado tende a ver a cooperativa, da qual é dono, da mesma forma como enxerga as demais operadoras vinculadas à medicina de grupo, das quais, na maior parte das vezes, ele é prestador de serviços.

Nesse mesmo contexto o Gestor da Unimed 3 assim se posicionou:

“A Cooperativa médica leva a saúde privada para o interior, para comunidades que, muitas vezes devido ao seu tamanho, não demandariam a concorrência de outras empresas de planos de saúde, capitalistas. A bem da verdade, a Cooperativa dedica-se mais, até por princípio, ao seu associado, o Cooperado. Este é seu principal beneficiário. No âmbito do plano de saúde, a comunidade, de uma forma geral, se beneficia da facilidade de acesso, da proximidade do médico participante do mesmo espaço físico. As limitações ao incremento da relação mutual decorrem dos elevados custos do produto saúde privada e das baixas condições socioeconômicas da comunidade. A relevância da cooperativa é tanto maior quanto menor e mais carente é o grupo populacional onde se insere, mas é limitada por essa pequenez e baixas condições populacionais do acesso financeiro.”

O Gestor da Unimed 3 enfatiza a importância do espraiamento do atendimento das Unimeds no interior do país, especialmente diante de um desinteresse da medicina capitalista. Mesmo informando acerca das baixas condições socioeconômicas das comunidades, aponta para a facilidade de acesso e a importância da proximidade entre médico e paciente, por estarem em uma mesma realidade geográfica e comunitária.

Nesse quadro, é de fundamental importância enfatizar que as Unimeds foram criadas a partir de um contramovimento da classe médica, sendo uma reação diante da mercantilização da medicina. E como contramovimento, se atrela à Teoria do Duplo Movimento de Polanyi esboçando a relação entre a economia e a sociedade e o modo como o sistema econômico induz os comportamentos e relações entre os indivíduos.

Ainda, personifica os esforços tendentes à proteção, sob o contorno de um contramovimento, das pessoas e da sociedade diante dos intuitos e resultados originados neste mercado. É um contramovimento de proteção social. A proximidade do médico cooperado com o paciente, especialmente nas cidades do interior do Brasil como é o caso das duas cidades do estado de Tocantins, é um consistente indicativo da autonomia do profissional para o exercício de uma medicina mais pessoalizada e qualitativa.

Mesmo após decorridos mais de 55 anos da fundação da primeira unimed, a tônica envolta à manutenção do exercício de uma atividade médica comprometida com a qualidade ainda é um diferencial no qual todo o Sistema Unimed se pauta. O embate entre as gerações de médicos cooperados, especialmente centrado em dimensões de modelo econômico e formas de atuação mercadológica, esboçam o atual cenário de um mercado regulado e altamente competitivo, o que sequer era imaginado na década de 1960, época de surgimento da primeira cooperativa de trabalho médico.

Esse contexto hodierno, é tido como emblemático em razão de uma necessária escolha da condução do Sistema Unimed, tanto da preservação e afirmação dos valores e princípios cooperativistas, como de sua participação em um mercado regulado que não faz distinção alguma entre sociedades com finalidade lucrativa e sem finalidade lucrativa.

5.2 O acesso da população aos serviços de saúde prestados pela Unimed.

5.2.1 O contexto brasileiro e a Unimed.

Para a pesquisa Euricse/IHCO realizada em 2018, o contexto brasileiro foi retratado, em síntese, do seguinte modo:

A atenção à saúde não pode ser entendida fora de seu contexto, pois fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, comportamentais e ambientais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, bem como o desenho e a estrutura das políticas e serviços oferecidos. No caso brasileiro, existem algumas peculiaridades em relação à implementação e análise da política de saúde: 1) desigualdade e pobreza severas, com impacto significativo na ocorrência de demandas por serviços de saúde; 2) a população do país de cerca de 208 milhões e sua dimensão continental – com regiões que diferem significativamente uma da outra – que geram grandes desigualdades internas (Paim et al. 2011) e tornam a gestão dos serviços de saúde mais complexas; 3) o sistema político-institucional, que tem o legado de séculos de colonização e reproduz governos autoritários e patrimonialistas que marcaram a história e a cultura latino-americanas (FERRARINI; ASSUMPÇÃO, 2018; p.119).

As diferenças socioeconômicas e culturais, especialmente no que diz respeito à cultura cooperativa entre a realidade brasileira e a europeia, contexto este trazido pela pesquisa Euricse/IHCO nos estudos de caso específicos dos países que fizeram parte da pesquisa e, os distintos processos históricos na conquista do direito à saúde implicam significativas diferenças na gestão e no financiamento das políticas públicas. Há de lembrar que a instauração do Estado no Brasil, que é um país periférico, se deu de forma tardia e incompleta, como um mimetismo do norte.

Nesse contexto, cabe lembrar que o sistema Unimed é anterior à criação do SUS estando presente em todas as regiões e estados brasileiros, atendendo a uma quantidade expressiva de cidadãos. Como sistema cooperativo médico, conseguiu desdobrar serviços qualitativos de atendimento à população em regiões, em que o SUS não consegue oferecer serviços de maior complexidade.

O Brasil é um país de notórias e desafiadoras desigualdades sociais, com um imenso território para ser atendido pelas políticas públicas de saúde. E em razão da sua imensidão, de possuir municípios isolados e com dificuldades de acesso em face de sua própria geografia, o SUS encontra muitas dificuldades em dar vazão ao atendimento dessas populações. A crônica e histórica da falta de acesso aos

serviços de saúde tende a se agravar no Brasil, especialmente diante de restrições à capacidade de financiamento do sistema, de carência de infraestrutura e diante da deficiente qualidade dos serviços públicos de saúde.

O Sistema Unimed, diante desse quadro e como uma força que emerge de um contramovimento social, se apresenta como um aliado do SUS, pois a sua atuação contribui fortemente para que o país não sofra um colapso na saúde pública. Porém, alguns questionamentos se fazem necessários diante desse quadro, especialmente se o aumento de prestadores de serviços privados de medicina isenta o estado brasileiro na prestação dos serviços de saúde que são, por princípio, universais.

No entendimento de Bahia (2006), questiona-se se a preservação de arranjos político-institucionais e financeiros de suporte público aos serviços privados e empresas de planos de saúde compete com a perspectiva de implementação do direito universal à saúde. Argumenta-se que a rede privada de estabelecimentos e o empresariamento de esquemas assistenciais desoneram o SUS e, desse modo, induzem ao uso eficiente dos recursos públicos para atender aqueles que não podem custear um plano privado. Em que medida tal argumentação é válida? Para a pesquisa Eurice/IHCO, o potencial das cooperativas de saúde ainda está distante de ser totalmente aproveitado.

Foram trazidas três razões que ajudam a entender as razões do seu potencial ainda ser subestimado:

- 1) a tendência de não se diferenciar entre os provedores privados e a suposição de que os atores com fins lucrativos são melhores do que as organizações públicas, entidades sem fins lucrativos e cooperativas, devido à sua eficiência;
- 2) a complexidade da oferta cooperativa e entidades sem fins lucrativos de assistência médica, particularmente as diferentes formas, atividades, tamanhos e características exibidas por esse cenário organizacional variado em todo o mundo. Tal complexidade dificulta extrapolar e quantificar o peso das organizações sem fins lucrativos, voltadas para a saúde, separadas das organizações genéricas privadas;
- 3) a falta de dados confiáveis sobre a verdadeira relevância desses atores, especialmente sobre a capacidade das cooperativas de saúde de prestar serviços de saúde e atender necessidades de saúde.

É importante ressaltar que as cooperativas de saúde são regidas por uma lógica que se coaduna aos sistemas públicos de saúde, pois elas compartilham dos mesmos objetivos de interesse geral e estão dispostas a cooperar com os atores públicos e a disponibilizar suas vantagens competitivas para a melhoria dos serviços

de saúde. Além disso, uma vantagem competitiva cooperativa resulta da primazia de objetivos diferentes das sociedades mercantis, especialmente por não terem finalidade lucrativa. Os pontos acima destacados são aspectos de grande relevo acadêmico e mercadológico no âmbito da pesquisa, acrescentando-se, também, que há uma tendência em supor que as entidades privadas são mais eficientes no que se propõem a fazer no tocante à prestação de serviços de saúde.

Nessa esteira de raciocínio, a mensuração da eficiência no cooperativismo é diferente dos outros tipos societários que também atuam na saúde suplementar, pois ela é sistêmica e não meramente econômica, sendo apropriada para os efeitos requeridos no contexto do setor da saúde. Entretanto, sabe-se também que muitas cooperativas mimetizam um funcionamento empresarial a fim de conseguirem se manter em um cenário econômico mercantil competitivo.

No âmbito brasileiro, a privatização dos cuidados com a saúde tem sido implementada especialmente para atender aos interesses dos provedores de saúde com fins lucrativos, enquanto as sociedades cooperativas de saúde foram desconsideradas pelos formuladores de políticas públicas, especialmente no que diz respeito à sua natureza jurídica e às suas especificidades. Tal situação é facilmente percebida pela observação da edição de instruções e resoluções normativas por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que não diferencia a sociedade cooperativa dos outros tipos societários mercantis, especialmente pelo fato da cooperativa ter uma gestão distinta e não ter como razão de sua existência a obtenção de lucro.

5.2.2 Serviços suplementares e complementares.

Já é de conhecimento notório que a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde” é o marco regulatório do mercado de saúde suplementar no Brasil. Assim, as disposições legais contidas nessa norma delineiam a participação da sociedade civil nos processos de acompanhamento e monitoramento das ações da gestão pública e, via de consequência, na execução das políticas públicas (BRASIL, 1998).

Nessa mesma esteira de raciocínio, é cediço que o Art. 197 da Constituição Federal - CF dispõe que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, concernindo ao Poder Público dispor acerca da sua regulamentação, fiscalização e

controle. Sobre a participação das instituições particulares, o Art. 199/CF estabelece que elas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, conforme as diretrizes por ele estabelecidas (BRASIL, 1988).

Os denominados serviços complementares prestados pela iniciativa privada são caracterizados pela atuação dos entes particulares na área da saúde pública. Isso implica formalização de contrato público ou convênio, tendo preferência para a prestação desses serviços as entidades filantrópicas e aquelas sem finalidade lucrativa, como é o caso das Unimed. Dessa maneira, o Estado faz uso da iniciativa privada para dar vazão e, conseqüentemente complementar a sua atuação no atendimento à população.

A saúde suplementar é caracterizada pelo conjunto de ações e serviços que são disponibilizados pelas operadoras de planos e seguros privados de assistência médica à saúde para a população, não dispendo de vinculações com o Sistema Único de Saúde – SUS. Conforme já dito, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS é o órgão responsável pela regulação e fiscalização das atividades do mercado de planos de saúde.

No decorrer do contexto temporal e histórico da saúde no Brasil os sistemas público e privado sempre tiveram expressiva interação na prestação de serviços. Historicamente, as políticas de saúde buscaram estimular o setor privado na área da saúde com o credenciamento de consultórios médicos ou estabelecendo e pagando clínicas especializadas em diagnóstico e terapêutica, nosocômios ou estimulando planos de saúde e empresas de seguros de saúde.

E nesse modelo organizacional denso estão inclusos os planos de saúde com as suas dimensões de financiamento, gestão e prestação de serviços (EURICSE/IHCO, 2018).

O Relatório Euricse/IHCO assim comentou a interface pública e privada da provisão de serviços de saúde:

O surgimento do mercado de saúde suplementar remonta à década de 1950. Em meados da década de 1960, os chamados “acordos” entre empregadores (com suas próprias redes) e médicos – mediados pela Previdência Social – estimularam fortemente o empreendedorismo da medicina sobre a prática e a autonomia de cada hospital. A criação do Instituto Nacional de Seguridade Social (INPS) em 1966 expandiu a assistência médica do estado, basicamente através da aquisição de serviços privados, diante de uma enorme rede de prestadores que se estende por todo o Brasil. Nos anos 80, a revelação da existência de um grande mercado de seguros de saúde ocorreu paralelamente à

intensificação significativa da venda de planos individuais; entrada de seguradoras de saúde em larga escala; adesão de novas categorias de trabalhadores (especialmente funcionários públicos); e a vinculação da assistência privada ao financiamento de assistência médica suplementar (Bahia, 2001).

A Constituição federal de 1988 declarou que a assistência médica era livre para a iniciativa privada, mas que as ações e serviços de saúde eram de importância pública, e o estado era responsável pela regulamentação, supervisão e controle. Nos anos 90, houve uma sequência de privatizações e concessões implementadas pelas recomendações do Consenso de Washington. Como resultado, em 1998, 24,5% da população brasileira possuía plano de saúde (Paim et al., 2011) e, em 2013, 27,9%. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores proporções (36,9%, 32,8% e 30,4%, respectivamente) e as regiões Norte e Nordeste, as mais baixas (13,3% e 15,5%, respectivamente). Nas áreas urbanas, o percentual de pessoas cobertas por planos de saúde era de 31,7%, cerca de cinco vezes maior que nas áreas rurais (6,2%) (IBGE, 2015). Também em 1998, foi promulgada uma lei para regulamentar os planos de saúde, o que tornava ilegal negar cobertura a pacientes com doenças e lesões preexistentes e limitar o uso de serviços ou procedimentos específicos de saúde. Em 2000, a Agência nacional de Vigilância Sanitária (ANS) foi criada para garantir a regulamentação legal e administrativa do mercado de planos de saúde privados (FERRARINI e ASSUMPÇÃO, 2018; p. 121).

A expectativa gerada com o fortalecimento do SUS era que a prestação privada de serviços de saúde fosse expressivamente reduzida, o que efetivamente não ocorreu. Assim, o subsistema privado de saúde firmou-se com o setor público, disponibilizando serviços terceirizados por intermédio do SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais custeados por desembolso direto, medicamentos particulares e planos de saúde.

O sistema de saúde brasileiro é composto por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços que são concorrentes entre si, possibilitando uma combinação público-privada financiada principalmente por recursos privados. Especificamente, o sistema de saúde dispõe de três subsetores, quais sejam:

- 1) o público, no qual os serviços são financiados e prestados pelo Estado nos três níveis de governo, estando incluso os serviços militares de saúde;
- 2) o privado, com ou sem finalidade lucrativa, financiado por recursos públicos ou privados;
- 3) setor de saúde suplementar, com distintos tipos de planos de saúde e apólices de seguros privados, além de subsídios fiscais (EURICSE/IHCO, 2018).

O relatório Euricse informa que a demanda por planos e seguros privados de saúde vem principalmente de empresas públicas e privadas que disponibilizam tais benefícios para o corpo de servidores e empregados. Fazendo uso da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) / Instituto brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2010), os pesquisadores analisaram a evolução do perfil de pessoas que fizeram uso dos serviços de saúde entre os anos de 2003 e 2008. O SUS respondeu pela assistência médica de 190 milhões de indivíduos enquanto os planos privados respondem por 49,2 milhões.

Abaixo, é possível observar a situação dos planos de saúde entre os anos de 2007 até 2022. Entre os anos de 2015 e 2016 verifica-se uma queda cuja razão provém de grave e prolongada crise econômica no Brasil. O crescimento de vínculos e utilização dos planos privados de saúde é retomado a partir de 2020, se aproximando ao patamar próximo do ano de 2013.

Figura 17 – Evolução de beneficiários com vínculos a planos médico-hospitalares



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2022)

No entendimento do Relatório Euricse/IHCO:

A relação entre o setor público e o privado é uma questão sensível, estratégica e controversa para o sistema nacional de saúde, pois envolve uma série de conflitos entre interesses econômicos e políticos. Por um lado, há o argumento de que somente o Estado não pode e não deve atender a todas as demandas. Esse argumento é sustentado na chamada tese “naturalizante” que apresenta o mercado de seguros de saúde como um fato da realidade ou prescreve a sua expansão com um ideal a ser perseguido pelos formuladores de políticas com base em uma concepção

econômica liberal. Por outro lado, argumenta-se que a expansão contínua do setor privado é subsidiada pelo Estado, reduzindo potencialmente sua capacidade de garantir a qualidade da saúde pública e o acesso universal aos serviços. A chamada “linha de pensamento crítica” argumenta que fundamentos históricos privatistas na prestação de cuidados determinam a persistência de uma política favorável às empresas de seguros e planos de saúde contrárias aos princípios do SUS (Santos, 2000). (EURICSE/IHCO, 2018; p. 122)

Para Sestelo, Souza e Bahia (2013), no Brasil a relação entre os setores público e privado é um entrave pra o planejamento das ações em saúde, eis que estabelece uma dinâmica de articulação fracionada e obscura.

A ausência de coordenação entre os dois setores implica na duplicação de esforços, recursos e conflitos sobre quem deve custear. É fundamental chamar atenção para a prática de cobrança dos beneficiários de planos privados que busca atendimento nos centros de saúde do SUS, o denominado ressarcimento ao SUS. Essa situação altera a natureza suplementar do seguro privado para complementar.

Há agravamento da situação se for considerado que, em teoria, em uma política pública universal com elevados impostos pagos pela população, os planos privados não deveriam sequer existir, devendo o fortalecimento dos serviços públicos de saúde serem o objetivo principal (EURICSE/IHCO, 2018).

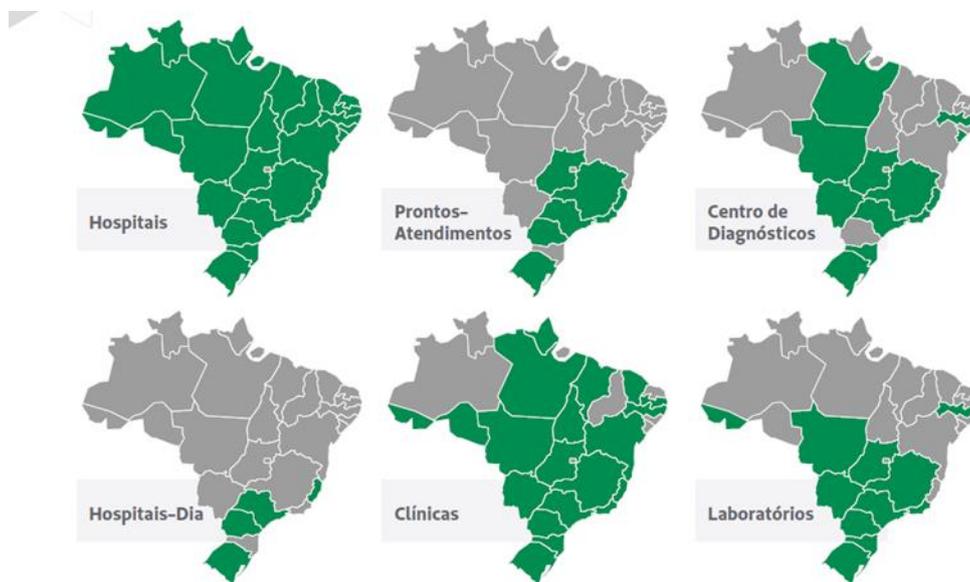
Ao passo que a prática de saúde evoluiu e se estabeleceu no Brasil, a realidade é que os planos privados passaram a ser verdadeira e especial prioridade para as pessoas que podem arcar com os seus custos e que acabam se privando de firmar compromissos e despesas para dar cabo dessa situação.

É fato que a dependência exclusiva da saúde pública acaba sendo a opção de quem não possui condições de pagar um plano privado de saúde. As regiões de poder aquisitivo mais alto no país (Sudeste, Sul e Centro-Oeste – com maior ênfase no DF), têm cobertura mais elevada (EURICSE/IHCO, 2018).

O Sistema Unimed tem centrado especial atenção no fortalecimento dos recursos próprios, o que implica ter maior controle dos gastos e eficiência dos meios colocados à disposição para um melhor atendimento dos assistidos.

Depreende-se, logo abaixo, que as regiões sul e sudeste dispõem de um maior número de Unimeds com hospitais, clínicas e laboratórios próprios, o que confirma e atualiza as informações contidas no Relatório Euricse/IHCO de 2018.

Figura 18 – Recursos próprios das Unimed



Fonte: Gestão de Rede – Intercambio – Unimed Brasil (2022)

Figura 19 – Sistema Unimed por estado

SISTEMA UNIMED						
UF	Centro de Diagnóstico	Clínica	Hospital	Hospital -Dia	Laboratório	Pronto-Atendimento
AC		2	1		1	
AL			1			
AM			1			
AP		1	1			
BA		3	2			
CE		8	4			1
ES	2	11	6			
GO	5	6	3		6	2
MA		3	1			
MG	3	33	16	1	16	3
MS	1	2	1		4	
MT	3	6	1		1	
PA	4	1	6			
PB		3	2			
PE	1	14	6		4	
PI			2			
PR		50	7		31	2
RJ	3	23	14		8	1
RN			1			
RO		3	1			
RR			1			
RS	4	30	10	2	25	8
SC	5	39	7	1	15	
SE	4		1			
SP	16	88	48	2	44	13
TO		1	2			
Total	51	327	146	6	155	30

Fonte: Panorama – Saúde em números (2022)

Nesse contexto de maior atenção à formação e espraio dos recursos próprios, há o um programa de estímulo à implantação da governança e boas práticas de gestão, o que é uma aposta do Sistema Unimed com vistas ao ganho de espaço perante a concorrência com a medicina de grupo. Não se pode deixar de ressaltar que tal programa faz parte da formação cooperativista, envolvendo tanto os médicos cooperados como os colaboradores das Unimeds. No quadro abaixo, observa-se que em um programa em que 70 Unimeds participantes, 62 foram certificadas, perfazendo um percentual de 89%.

Figura 20 – Implantação da governança e boas práticas de gestão



Fonte: Panorama – Saúde em números – Unimed Brasil (2022)

A importância atual da governança corporativa para o Sistema Unimed é assim declinada, estrategicamente, no Relatório Euricse:

Quanto à governança, a Unimed segue o modelo organizacional específico de cooperativismo, caracterizado pela associação de pessoas ou grupos com um interesse comum que cooperam voluntariamente para atender às necessidades econômicas, sociais e culturais por meio de uma empresa de propriedade coletiva e administrada democraticamente. Uma das principais características é a participação dos membros da cooperativa na tomada de decisões (cada trabalhador, um voto) e a divisão da renda segundo o trabalho e não o capital. Unimed do Brasil, nos termos da Lei nº 10.406, de 10/10/02, rege-se pelos seguintes instrumentos legais: legislação especial sobre sociedades cooperativas (Lei nº 5.764, de 16/12/1971); estatutos; regras legais; Constituição do Sistema Cooperativo Unimed; e outros acordos de padrões dentro do Sistema Cooperativo.

Recentemente, em resposta ao aumento da concorrência no setor de saúde e às novas exigências dos órgãos reguladores, a Unimed do Brasil

implementou uma gestão profissional e estabeleceu, em 2010, seu Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO). O Plano resultou da adaptação da Governança Corporativa aos objetivos e características da cooperativa. Um dos objetivos estratégicos era “implantar o modelo de governança cooperativa”, com vistas à uma gestão transparente equitativa, com a definição e clareza de processos e funções em toda a empresa. A disseminação desse modelo de governança visa contribuir para a busca da excelência operacional, com o resultado de que “a marca Unimed se fortalece e o trabalho médico é cada vez mais valorizado, competitivo e moderno”.

O modelo de Governança Cooperativa adotado pela Unimed do Brasil se apóia nos seguintes princípios: transparência, prestação de contas, responsabilidade corporativa e patrimônio. A governança cooperativa também considera todas as partes interessadas: Conselho Confederativo, auditoria independente, Conselho Fiscal, Comunidade, Comitês, Contribuintes, Fornecedores e Clientes, Conselho Executivo, Órgãos Reguladores (EURICSE/IHCO, 2018; p. 130).

A implementação de gestão profissionalizada nas Unimeds é internamente vista como um ponto de grande relevância para o crescimento de todo o sistema. Em regra, as cooperativas são administradas pelos médicos cooperados, não sendo possível que profissionais gestores com outras formações distintas da médica assumam cargos de direção. Daí, a importância de uma formação própria de gestão para os médicos dirigentes e demais cooperados que poderão ser futuros gestores.

5.3 Os resultados obtidos referentes à pesquisa realizada.

A realização das entrevistas semiestruturadas foi antecedida por uma conversa preliminar entre o pesquisador e os distintos atores sociais, o que possibilitou a colheita de informações e impressões que não foram expostas nas respostas do questionário. Todos os entrevistados tiveram um cuidado significativo para responderem as perguntas, especialmente àqueles que ocupam cargos de gestão pública.

Os gestores e cooperados da Unimed também foram cautelosos nas suas manifestações escritas, o que foi compreensível em razão da realidade que vivenciam e da posição que ocupam no âmbito das suas cooperativas. Os clientes foram mais espontâneos nas suas respostas, mesmo que curtas diante do escopo delas. A exposição dos resultados obtidos e depreendidos nas entrevistas seguirá a mesma ordem das entrevistas apresentadas, ou seja: Gestores Públicos; Gestores das Unimeds; Cooperados; Usuários.

Os dois Gestores Públicos entrevistados ocuparam cargos de direção na ANS e foram muito solícitos com o doutorando. Sobre a manifestação deles, observa-se

que o Gestor 2 tem uma visão mais ampla acerca da participação mais efetiva das Unimed no âmbito da saúde suplementar, demonstrando a sua importância especialmente na interiorização dos serviços de saúde e no desdobramento de campanhas de saúde pública.

Foi feita a seguinte indagação ao Gestor Público 2: *Em que medida a saúde suplementar, especialmente os serviços prestados pela Unimed, contribui para a eficácia/efetividade da política pública de saúde?*

A resposta do Gestor Público 2, diante da indagação realizada:

“Na medida em que o Sistema Unimed está presente em 83% dos municípios brasileiros, contribui frequentemente, em especial nos menores, conjuntamente com as autoridades de saúde locais, no atendimento direto e indireto à população local.”

O fato de se constatar, por meio dos depoimentos dos Gestores Públicos, que a natureza jurídica de sociedade cooperativa não é um diferencial para as situações regulatórias demonstra a forma desigual como essas sociedades são tratadas no aspecto regulatório, sendo colocadas sob a mesma régua das sociedades mercantis. Portanto, verifica-se que o Estado não faz distinção entre as sociedades que visam ao lucro daquelas sem finalidade lucrativa.

O Gestor 1 apresentou uma postura e visão mais pragmática dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde, não destacando a Unimed com algum tipo de diferencial ou distinção. Isso é demonstrado na resposta proferida na pergunta 2:

“Nas localidades onde a Unimed atua, o Poder Público observa/constata melhoria das condições de saúde da população? Em caso afirmativo, quais são as evidências e como são identificadas? R: Não há estudos mostrando isso. Em geral o aumento da oferta de serviços de saúde tende a melhorar as condições de saúde, mas não há evidências na prática.”

O Gestor 2, apresenta um outro entendimento sobre a mesma pergunta:

“Nas localidades onde as Unimed são os únicos recursos de saúde, as Cooperativas participam ativamente de programas deflagrados pelos municípios através de engajamento em campanhas de saúde pública, ora por meio de patrocínios financeiros; disponibilizando instalações para campanhas de vacinação, utilização em contrapartida oficial para

instalação de academias de ginástica e serviços de reabilitação física comunitárias disponibilizadas à população em geral visando proporcionar melhores condições de vida e saúde a idosos e portadores de doenças crônicas, etc.”

Não é incomum que existam posicionamentos distintos, mas não necessariamente divergentes por parte dos gestores públicos ou privados. No trecho acima, se pode depreender que há um olhar diferenciado sobre uma mesma realidade, mostrando que as percepções acerca do acesso à saúde são díspares. O Gestor 2, tanto antes como no decorrer da entrevista, demonstrou ter maior conhecimento dos serviços prestados pelo Sistema Unimed, o que é constatado pela resposta apresentada por ele.

Os Gestores das Unimeds não colocaram nenhum obstáculo para responder às indagações da entrevista e, mesmo com a colocação feita pelo doutorando que as suas identidades seriam mantidas em sigilo, não deixaram de reiterar tal condição. Essas entrevistas possibilitaram a obtenção de uma visão plural da gestão do sistema com alguns posicionamentos mais atrelados a uma postura cooperativista tradicional, assim como outros com uma visão mais empresarial e mercantil da atividade desempenhada pelas cooperativas no âmbito do mercado de saúde suplementar.

A diversidade de pensamentos e posicionamentos é expressiva e gera constantes tensões acerca dos desafios, caminhos e propósitos que cada singular possui na sua área de atuação. A pergunta 3 possibilita essa compreensão. Para uma melhor cognição, segue o trecho:

No âmbito da saúde suplementar, qual seria o diferencial do cooperativismo no acesso aos serviços de saúde, especialmente se compararmos com a medicina de grupo?”

“O grande diferencial das cooperativas médicas está no fato de o beneficiário ser atendido pelo próprio dono da operadora, onde o que conta é a remuneração pelo trabalho prestado e assim não a intermediação sobre o trabalho do médico, enquanto na Medicina de Grupo o objetivo é o lucro e aí se torna evidente a intermediação de terceiros sobre o trabalho do médico.” (Gestor da Unimed 1)

O grande diferencial do cooperativismo Unimed é estar presente em 84% do território nacional e o intercâmbio entre todas as singulares, que produz uma capilaridade, garantindo o atendimento aos seus clientes.” (Gestor da Unimed 2)

“Apesar do filtro financeiro da limitação de acesso ao uso do plano de saúde particular, a facilitação do acesso a seus clientes à medicina de outras cidades(planos regionais e nacionais) podemos afirmar que a saúde de nossos clientes está mais protegida tanto no diapasão da prevenção (apesar da única ação proativa ser a gestão de clientes crônicos; os exames de check UP e avaliações preventivas são uma ação direta da Cooperativa sobre seus médicos, que os sugerem aos clientes) , a facilidade de acesso do cliente ao médico e a qualidade mais elevada do médico da Unimed; selecionado em critérios de qualidade, melhor remuneração e barreiras de acesso, podem inferir que a saúde da comunidade onde se insere nosso plano de saúde é superior ao de outros extratos populacionais.” (Gestor da Unimed 3)

Os médicos cooperados também não colocaram nenhuma resistência à entrevista realizada, mas, do mesmo modo dos gestores, reiteraram a preservação do anonimato. Em suas posições externadas, há um sentimento de necessidade de manutenção dos princípios e posturas cooperativistas, especialmente na conscientização do cooperado como efetivo dono da operadora de planos de saúde. Porém, observa-se que eles não deixaram de considerar que a Unimed pode adotar uma presença mais efetiva na publicização dos seus serviços, como forma de divulgação atrelados à sua marca.

Nas conversas preliminares, os cooperados pontuaram a necessidade da Unimed ter os próprios serviços como forma de manter os preços acessíveis aos usuários e, em consequência, ter maior controle sobre os seus próprios custos operacionais. Externaram que há uma quantidade expressiva de médicos que além de serem cooperados, também são proprietários de clínicas e hospitais credenciados pelas singulares, o que gera dificuldades de entendimentos acerca da adoção dos serviços próprios.

Essa situação é, em grande parte, um obstáculo para o investimento em serviços próprios, pois faria com que as clínicas e hospitais pertencentes a cooperados perdessem uma clientela que hoje depende dos serviços oferecidos, além de, por certo, diminuir os ganhos desses estabelecimentos, o que significa, em regra, minimizar os ganhos dos associados que também são sócios desses estabelecimentos.

Essa discussão existente no âmbito das cooperativas acerca da adoção de um comportamento mais ortodoxo e com atrelamento aos princípios norteadores do cooperativismo desponta como um verdadeiro “divisor das águas”, especialmente porque as gerações mais novas de médicos demonstram simpatia pela adoção de

uma postura mais agressiva no âmbito do mercado da saúde suplementar, não centrando grande atenção a questões principiológicas e manutenção do ideal cooperativo.

Por certo, tais posturas trazem a lume a necessidade de reflexão sobre a própria formação humana e acadêmica dos cursos de medicina, de modo que esses profissionais não desumanizem as atribuições da profissão que abraçaram e façam pouco caso do juramento de Hipócrates ⁴³.

Porém, as Unimed's já absorvem e continuarão absorvendo essas gerações mais recentes de médicos e cabe fundamentalmente a elas apresentar um modo distinto de atendimento e compromisso com os seus usuários, o que pode vir a ser um grande e portentoso diferencial em relação aos serviços oferecidos pela medicina de grupo.

Nesse sentido, o posicionamento do cooperado 3 exemplifica a situação posta. Foi feita a seguinte pergunta: Como ocorre a formação do médico cooperado em relação à doutrina cooperativista e, em especial, ao sétimo princípio (preocupação com a comunidade)? Há dificuldades na compreensão dos princípios cooperativistas em relação às práticas adotadas pela medicina de grupo? Quais seriam e como poderiam ser minimizadas ou superadas?

A resposta dada pelo cooperado:

“As cooperativas e entidades que representam o cooperativismo realizam cursos, palestras e eventos com a finalidade de mostrar as características deste tipo de sociedade e seus respectivos princípios. Trata-se, inclusive, de outro princípio, o da educação. O engajamento dos cooperados deve ser constante, sob pena justamente de um afastamento destes da doutrina cooperativista. Trata-se de processo constante e natural, vez que, a partir do momento que o cooperado entende o papel da cooperativa e o seu frente à comunidade, a própria relação cooperativista se desenvolve. Eventual não compreensão da doutrina pelos cooperados precisa ser sempre trabalhada”.

Essa mesma pergunta foi realizada ao Gestor da Unimed 3, que disse expressamente que há um trabalho diário de conversa, orientação e convencimento

⁴³ Juramento de Hipócrates: “Prometo solenemente consagrar a minha vida a serviço da Humanidade. Darei aos meus Mestres o respeito e o reconhecimento que lhes são devidos. Exercerei a minha arte com consciência e dignidade. A Saúde do meu Doente será a minha primeira preocupação”.

com vistas a uma melhor compreensão e assimilação da doutrina cooperativista. E essa foi a resposta:

“Neste mundo capitalista onde muito se mede pelo ter e não pelo ser, existe sim um conflito entre atender bem, gerar valor na saúde do seu cliente e, simultaneamente, ser remunerado a contento. Para entrar nosso Colega Cooperado na filosofia do Cooperativismo, além dos cursos explicativos na sua admissão, existe um trabalho diário de conversa, orientação e convencimento sobre o equilíbrio do sistema. Sistema esse que não visa ao lucro, mas precisa remunerar os participantes, de acordo com os serviços prestados aos beneficiários da Cooperativa, enquanto preza pelo bem atender, agradar, se aproximar do Cliente”.

A formação cooperativista é um portentoso desafio, quicá o maior deles para o Sistema Unimed. E será por meio da formação cooperativista que a medicina praticada pelo Sistema Unimed poderá ser um grande diferencial dos serviços disponibilizados pela medicina de grupo. O compromisso com a comunidade em que está inserido (sétimo princípio) deve gerar em cada cooperado não somente um maior sentimento de pertencimento, mas especialmente de cumplicidade com o bem atender e acolher o seu cliente. Esse seria um ponto importante e distintivo, estabelecendo vínculos de compromisso com os usuários.

Portanto, a distinção que se poderá ter entre médicos cooperados e não cooperados, necessariamente parte do contexto formacional e da assunção de compromissos com o bem atender à comunidade, estabelecendo vínculos e laborando com a medicina preventiva, como a atenção integral à saúde.

Conseqüentemente, as Unimeds devem aprimorar a formação dos seus cooperados e torná-la constante, valendo-se de consultorias de profissionais de diversas áreas com vistas a um trabalho que vise à humanização dos atendimentos, além de utilizar tecnologia disponível e acessível para o seu corpo de associados. A não preocupação com a formação implicará na equiparação com as demais operadoras da medicina de grupo, cujo intuito é basicamente lucrativo, sem comprometimentos sociais.

Os usuários foram muito receptivos com a realização da entrevista, demonstrando até certa curiosidade com o seu propósito, eis que nunca tinham conhecido um doutorando que quisesse ouvi-los em uma situação pouco provável. O que foi depreendido da situação socioeconômica deles é que pertencem à classe

média (classe econômica C⁴⁴), são empregados de empresas que possuem contrato com as Unimeds singulares e que possuem familiares como seus dependentes na assistência à saúde.

Demonstraram satisfação com as singulares operadoras de planos de saúde, especialmente porque nenhum deles teve a experiência de ter algum pedido de procedimentos médicos e/ou hospitalares negados, o que normalmente gera dissabores para os consumidores. Ressaltaram que sentem mais tranquilos por terem acesso à Unimed e não precisarem recorrer aos serviços públicos de saúde, que entendem como péssimos na região que vivem.

A primeira pergunta realizada na entrevista baliza essa situação: “Os serviços prestados pela Unimed são bons, satisfatórios ou insatisfatórios? Por qual razão?”.

O usuário 1 respondeu:

“São bons. Sempre fui bem recebida e atendida. Nunca negaram nada do que eu e minha família precisávamos.”

Já o Usuário 2 disse:

“Bons e satisfatórios, pois sempre que precisei utilizar os serviços, sempre tive a orientação e acompanhamento necessário por parte da operadora.” Para o Usuário 3: “São bons, pois a nossa Unimed específica fica no interior do Tocantins, desta forma ainda não consegue atender a todas as demandas e necessidades dos clientes”.

Informalmente, falaram que as singulares poderiam cooperar ou credenciar mais médicos, pois alguns profissionais “famosos” não atendem pelo plano oferecido e a consulta particular é muito cara. Supreendentemente, todos os usuários afirmaram que procuram trabalhar com a prevenção da saúde e não deixam de realizar, periodicamente, as consultas médicas.

A pesquisa realizada, também buscou responder aos objetivos estabelecidos, tanto o objetivo geral como os específicos. No que tange ao objetivo geral, observa-se que as Unimeds cumprem um papel relevante na prestação dos serviços de saúde, especialmente por terem uma capilaridade que nenhuma outra operadora de planos de saúde possui, sobretudo porque houve a interiorização dos seus serviços,

⁴⁴ <https://cps.fgv.br/qual-faixa-de-renda-familiar-das-classes>, acesso em 05/12/2022, às 20h. A denominada classe C tem a faixa de renda compreendida entre R\$ 2.005,00 e R\$ 8.640,00.

estando em regiões em as operadoras de saúde da medicina de grupo não possuem interesse econômico em estar.

Na medida em que atuam como parceiras dos municípios colaborando ou mesmo desdobrando campanhas de saúde pública, seja por meio do emprego dos serviços e/ou disponibilização de instalações, patrocínios ou materiais necessários para tanto, estabelecem pontes com os princípios norteadores com o SUS, mais intimamente com o princípio da descentralização.

Na mesma esteira de raciocínio, foi apresentada a estrutura de funcionamento de todo Sistema Unimed. Pelo seu denso espraiamento no território nacional, ela se apresenta como instrumento de acessibilidade aos serviços de saúde, atuando de forma suplementar e complementar. A atuação complementar ocorre quando se faz necessário para que o SUS possa cumprir com o atendimento da população em regiões onde as condições de saúde pública são insuficientes e/ou precárias.

O Art. 199, §1º da CF estabelece que as instituições filantrópicas e privadas sem finalidade lucrativa tem preferência para a atuação de forma complementar ao SUS, o que, de certo modo, possibilitaria um maior e melhor diálogo entre o Poder Público e o Sistema Unimed. Porém, enquanto as sociedades cooperativas não tiverem um tratamento adequado pela ANS com respeito à sua natureza jurídica, essa situação permanecerá distante, mesmo diante de um contexto constitucional e normativo favorável.

O fato de as sociedades cooperativas não vislumbrarem o lucro como razão e mote da sua existência, possibilita à população uma maior acessibilidade aos serviços médicos prestados pelas Unimeds, pontualmente se for comparado e observado os preços por ela praticados com as operadoras vinculadas à medicina de grupo mercantilista.

Portanto, os preços praticados, a capilaridade do Sistema Unimed, o fato de estarem inseridas em comunidades e terem compromisso - inclusive principiológico (sétimo princípio) - se tornam verdadeiros trunfos para a inserção dos seus serviços no mercado de saúde suplementar. E mesmo diante dos tempos hodiernos, a formação cooperativista (quintoº princípio) continua sendo o grande desafio do Sistema Unimed, pois é principalmente por meio dela que o sistema cooperativo poderá se manter e fortalecer a sua identidade principiológica.

Ao mesmo tempo, há tensões explícitas que permeiam o pensamento de gestores e cooperados, pois conforme já dito, há associados mais centrados na

ortodoxia da manutenção dos princípios e outros que entendem que a adoção de um comportamento mais agressivo perante o mercado de saúde suplementar e, conseqüentemente, com acentuado viés mercantil, é a forma mais adequada para permanência, consolidação e liderança mercadológica.

Os gestores e cooperados que defendem uma posição de atuação mais mercantil a justificam no fato do papel principal desempenhado pela cooperativa ser o de buscar serviços para os seus associados, reduzindo significativamente o papel das singulares perante as suas comunidades.

Os desafios contemporâneos são retratados pela intensa regulação do mercado de planos de saúde e pela ausência de tratamento diferenciado diante da sua natureza jurídica de sociedade cooperativa, que não possui fins lucrativos. O fato de o Estado tratar as sociedades cooperativas com o mesmo cânon que as sociedades mercantis, manifesta a ausência de critérios técnicos para uma regulação mais justa e adequada.

Com a regulação do mercado de saúde, a ANS criou um conjunto de medidas de ações com a finalidade de realizar os controles necessários para o desenvolvimento da saúde privada no país. Gradativamente, o rol de serviços obrigatórios de saúde para as operadoras foi sendo ampliado, implicando aumento de custos e atribuições regulatórias. Nesse sentido, o aumento de atribuições significa aumento de custos e um maior controle de auditoria nos procedimentos requeridos.

Esse amoldamento do Sistema Unimed às questões regulatórias implica aprimoramento da formação cooperativista dos médicos, tornando-se necessariamente um imperativo para as singulares. Na medida em que os cooperados se sentirem verdadeiramente comprometidos com os propósitos da sociedade e que os serviços próprios forem concretizados, os pedidos de exames médicos autogerados e desnecessários não serão frequentes, conduzindo o corpo de associados a uma consciência coletiva sustentável. E é cediço que a sustentabilidade é atingida quando possibilita o alcance de benefícios econômicos, sociais e ambientais.

A pesquisa Euricse/IHCO contribuiu fortemente para uma maior e melhor compreensão da realidade brasileira, especialmente por delinear a amplitude de atendimento do Sistema Unimed no extenso território nacional, interiorizando os

seus serviços, indo aonde a medicina de grupo não tem interesses em estar, por razões eminentemente econômicas.

As duas Unimeds onde as pesquisas foram realizadas, no caso Araguaína e Gurupi, ambas no estado do Tocantins, corroboraram os dados da realidade brasileira, trazidos pela pesquisa Euricse/IHCO. As Unimeds de Araguaína e Gurupi estão localizadas no interior do Brasil, na região norte, o que mostra o espraiamento e interiorização do Sistema Unimed. Elas estão focando atenção no fortalecimento dos recursos próprios, com vista ao maior controle dos gastos e eficiência dos meios colocados à disposição para melhor atendimento dos seus clientes.

Nesse sentido, o cooperado 2 assim se posicionou ao responder o questionamento feito. A pergunta formulada foi a seguinte: “Considerando os princípios cooperativos, no seu entender, qual é a contribuição das Unimeds no âmbito das comunidades em que ela está inserida? Quais são os ganhos comunitários? Tais ganhos são considerados satisfatórios ou poderiam ser expandidos? Nesta segunda alternativa, quais são os obstáculos para sua expansão?”.

Segue a resposta dada por ele:

“O Sistema Unimed está presente em 84% do território nacional, isso significa que está inserido principalmente nas cidades do interior. A maior contribuição das Unimeds às comunidades, no meu ponto de vista, é a estruturação dos serviços de saúde, levando à comunidade médicos especialistas e, também recursos de saúde como clínicas e laboratórios, através dos prestadores de serviços, aliviando também a utilização do SUS. Outro fator importante a ser destacado é a geração de empregos diretos e indiretos, contribuindo com a economia local. Os ganhos são satisfatórios, porém podem melhorar, pois apenas 24% da população tem plano de saúde, isso significa que tem muito espaço para expandir e ampliar os benefícios à comunidade. Os obstáculos para a expansão é a evolução da economia, poder de compra da população e das empresas. Conforme a economia vai melhorando, vai crescendo o número de pessoas nos planos de saúde”.

Como é um médico que atua no interior, o Cooperado 2 ressaltou o que entende como diferencial, no caso a interiorização e a estruturação dos serviços de saúde. Há de se observar que ele não deixou de dar ênfase à criação de empregos diretos e indiretos que são criados em função dos serviços proporcionados pela cooperativa.

Ainda, dentro desse universo de ênfase a atenção, a formação e ao espraçamento dos recursos próprios, ambas cooperativas estão em processo de implantação da governança e boas práticas de gestão, o que é uma aposta de todo Sistema Unimed para ganhar espaço perante a concorrência com a medicina de grupo. E esse cenário faz parte da formação cooperativista, envolvendo gestores, médicos cooperados e colaboradores das Unimeds.

6 CONCLUSÃO

A pesquisa realizada nesta tese foi estruturada com fulcro na construção da base teórica sobre o tema proposto. Foram realizadas pesquisas bibliográficas e documentais e entrevistas com atores sociais das Unimeds Araguaína e Gurupi e da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Na delimitação do tema, procedeu-se à análise da contribuição da Unimed no acesso da população aos serviços de saúde, dada a relevância do acesso à saúde previstos no texto constitucional.

Desse modo, foram apresentados os percursos teóricos, o ponto de partida da tese com a abordagem da doutrina cooperativista diante da Teoria do Duplo Movimento de Karl Polanyi, o Ensaio da Dádiva por Marcel Mauss, o Princípio da Redistribuição e a Economia Plural.

Em seguida, foi feita a exposição do acesso à saúde como uma conquista histórica e gradativa, apresentando o desdobramento temporal da assistência à saúde no Brasil e a Reforma Sanitária, como marco de uma mudança estrutural. Também foram abordadas a criação e a implantação do Sistema Único de Saúde e o campo da Saúde Suplementar.

Foi realizada uma narrativa histórico-evolutiva das políticas de saúde suplementar no Brasil, com ênfase na gênese do mercado de saúde até os desdobramentos do controle social e da regulação mercadológica, destacando o aspecto normativo-institucional diante do contexto socioeconômico, possibilitando uma reflexão mais aprofundada acerca das dificuldades e desafios concebidos em razão da configuração da prestação desses serviços pelas Unimeds. Ainda, foram trazidas as raízes do contramovimento e a constituição do maior sistema cooperativo médico do mundo.

Nesta seara, também foi realizada a abordagem à pesquisa feita pela rede Euricse/IHCO, que avaliou a contribuição mundial das cooperativas para a assistência à saúde, os problemas e desafios enfrentados e o ressurgimento das cooperativas de saúde diante das dificuldades enfrentadas pelos sistemas de saúde e os 4 tipos de sistemas de saúde estruturados. No que diz respeito à pesquisa de campo, foram apresentadas as entrevistas semiestruturadas realizadas com os distintos atores sociais (gestores públicos, gestores privados, médicos cooperados e usuários).

Esta tese se propôs em responder ao seguinte questionamento: diante da abrangência da política pública de saúde brasileira, em que medida a Unimed - Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico se torna instrumento de acesso facilitado e qualificado a serviços de saúde para a população? E quais são as implicações de seu formato cooperativista sobre a qualidade dos serviços e os efeitos à sua comunidade, à população em geral e ao sistema de saúde?

Tendo por base as tipologias trazidas pela Euricse/IHCO, o caso brasileiro na pesquisa Euricse/IHCO e o debate teórico instaurado no Brasil sobre a saúde suplementar, desdobraram-se outras questões de interesse da pesquisa, quais sejam:

- a) a atuação da Unimed retira alguns direitos ou expande o acesso a serviços de saúde de qualidade, contribuindo para a ampliação de direitos no Brasil? Se a Unimed não existisse, poderíamos imaginar que o serviço de saúde pública seria melhor e atenderia aos desassistidos?
- b) sendo produto de uma ação coletiva da sociedade civil brasileira, a Unimed tem um componente de emancipação social ou ela simplesmente reproduz uma dinâmica empresarial, não se distinguindo de outras operadoras de planos de saúde e convergindo apenas para um processo de privatização da saúde no Brasil? Em outras palavras, a Unimed pode ser considerada uma iniciativa social pela sua emergência ou ela se desfigurou a tal ponto de ser comparada a uma empresa mercantil? E ainda: A Unimed seria exógena ao SUS? O que o SUS entende sobre as iniciativas sociais?
- c) no que o olhar comparativo e ampliado da tipologia Euricse/IHCO contribui para compreendermos a realidade brasileira e em que aspectos o aprofundamento analítico da experiência da Unimed qualifica os dados da pesquisa internacional?

Em que medida a Unimed – Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico se torna instrumento de acesso facilitado e qualificado a serviço de saúde para a população? Conforme se depreendeu no decorrer da pesquisa realizada, especialmente nas respostas dos gestores públicos, gestores das Unimeds e dos médicos cooperados, o fato do Sistema Unimed abranger 86% do território nacional já implica reconhecer que ele tem um consistente diferencial em relação às outras

operadoras de planos de saúde, pois se faz presente no local em que as demais não desejam estar por razões mercadológicas.

Desse modo, apresenta-se como um instrumento de acesso facilitado e qualificado para a população que deseja e pode arcar com os custos de um plano de saúde, especialmente diante das dificuldades de atendimento e fornecimento de serviços adequados e necessários pela saúde pública. Nesse sentido, não se pode deixar de lembrar que as Unimeds singulares são entidades dotadas de autonomia, dispondo de regras e interesses próprios, devidamente delineados em seus estatutos.

Mesmo diante do denso arcabouço de regras estabelecidas pelo próprio Sistema Unimed, as cooperativas de 1º grau possuem objetivos e planejamentos próprios que são de especial importância estratégica, especialmente porque é necessário levar em conta as realidades sociais e econômicas da sua área geográfica de atuação. Essa é uma posição diferenciada em relação às operadoras vinculadas à medicina de grupo, além de se ter um compromisso principiológico de responsabilidade com a comunidade (sétimo princípio).

Os relatos ressaltam que a interiorização das Unimeds atesta o acesso facilitado e qualificado aos serviços de saúde, trazendo a lume as implicações do seu formato cooperativista sobre a qualidade dos serviços e os efeitos à sua comunidade, à população em geral e ao sistema de saúde, pois estando espraiada ao longo de 86% do território nacional, implica reconhecimento notório da interiorização.

A estruturação dos serviços de saúde, ao levar à comunidade a possibilidade de atendimento por médicos especialistas, clínicas e laboratórios, ressalta uma forma de atendimento qualitativo e diferenciado do SUS, que realiza a maior parte do seu atendimento por médicos de família e generalistas. Nesse sentido, ao fazer uso da operadora de planos de saúde, especialmente das Unimeds, o cidadão não utiliza os serviços públicos, evitando uma sobrecarga que poderia tornar estes serviços ainda mais morosos e ineficientes.

As respostas também trazem a pluralidade de pensamento que norteia gestores e cooperados e escancaram as tensões existentes, inclusive com relatos críticos no sentido de que “Os ganhos comunitários são mínimos, devendo ser expandidos. Porém, nem o poder público, nem a comunidade ou os cooperados enxergam isso.” Por certo, a prestação de serviços das Unimeds aos seus assistidos

precisa de maior atenção com vista à eficiência. Daí, a importância atual dos serviços de Atenção Integral à Saúde.

Quanto às questões suscitadas a partir do problema de pesquisa, é fato que a atuação do Sistema Unimed expande o acesso a serviços de saúde de qualidade conforme acima exposto, especialmente quando se observa a sua capacidade de interiorização e compromisso comunitário, sendo que este ainda tem um longo caminho de amadurecimento e conscientização dos cooperados.

A atuação da Unimed expande o acesso a serviços de saúde de qualidade, contribuindo, dessa forma, com o próprio atendimento do SUS. Um quantitativo expressivo de pessoas é atendido pela saúde suplementar, o que implica em grande desafogamento no atendimento da assistência médica e hospitalar pública para a população em geral. Em que pese a saúde pública ser também orientada pelo princípio da universalidade, teria profundas dificuldades em atender qualitativamente os clientes da saúde suplementar.

A pluralidade de visões dos seus atores sociais sobre a sua atuação é um traço marcante do Sistema Unimed. Há singulares que se norteiam por uma atuação mais atrelada aos princípios cooperativistas e outras que entendem que há uma necessidade de releitura contemporânea desses princípios, o que implicaria uma postura mais mercantilista diante do cenário e dos desafios do mercado de saúde suplementar.

O modo como o Sistema Unimed tem se comportado e se relacionado com o mercado de saúde suplementar nas últimas décadas apontou a necessidade de ajustes diante da regulação imposta pela ANS, uma regulação que não levou e não leva em conta a sua identidade e natureza cooperativa.

Por vezes, o seu caminhar diante dos olhares públicos remete à uma desfiguração cooperativa, se aproximando muito do modo de operação das sociedades mercantis. Contudo, diante de um mercado regulado e competitivo, a sua atuação não necessariamente implica em negação aos seus princípios norteadores, mas em necessária adequação ao contexto contemporâneo enfrentado. Um tratamento normativo e regulatório pautado pela natureza jurídica das sociedades cooperativas e na sua finalidade não lucrativa, será uma mudança paradigmática tremenda para que essa identidade seja efetivamente respeitada, possibilitando ações mais efetivas entre o SUS e o Sistema Unimed.

Diante dessa situação de posições distintas dentro de um mesmo universo societário cooperativo, a manutenção do desdobramento dos serviços calcados nos princípios regedores do cooperativismo é um imperativo para a própria sobrevivência das Unimed, sob pena de se tornarem participantes sem identidade no âmbito do mercado de saúde suplementar, o que seria totalmente danoso, colocando em risco os diferenciais que as Unimed afirmam e buscam trazer para os seus usuários.

Por ser produto de uma ação coletiva de um segmento da sociedade civil brasileira, o Sistema Unimed possui componentes de emancipação social, o que a torna distinta das operadoras de planos de saúde mercantis, mesmo que ainda não exista tratamento normativo adequado e que respeite a sua natureza jurídica de sociedade cooperativa, portanto, um ente sem finalidade lucrativa. O seu envolvimento comunitário e a sua presença em municípios de acesso remoto no interior do país são traços que ainda atestam a sua diferenciação, emancipação e compromisso social.

A formação cooperativista, que implica uma prática da medicina diferenciada, humanizada, atenciosa e compromissada deve ser, efetivamente, um grande diferencial diante dos serviços disponibilizados pela medicina de grupo, cujo grande objetivo é lucrativo. O compromisso com a comunidade também será enfatizado e fortalecido com a boa formação cooperativa, gerando nos associados sentimentos de pertencimento e cumplicidade com o acolhimento e bom atendimento dos clientes, especialmente com uma maior atenção à medicina preventiva.

O fato do Estado não tratar as cooperativas de trabalho médico de forma distinta das operadoras vinculadas à medicina de grupo mostra uma ausência de reconhecimento não somente das naturezas jurídicas diferenciadas, pois as cooperativas não possuem intuito lucrativo, mas mesmo assim são equiparadas às sociedades mercantis que buscam prioritariamente o lucro. Dessa forma, se estabelece um desequilíbrio diante dos propósitos de cada sociedade.

Sendo criada por um contramovimento da classe médica, as cooperativas de trabalho médico ainda não conseguiram sensibilizar o Estado de que o reconhecimento da sua natureza jurídica e uma forma de tratamento adequada diante dos seus propósitos e princípios estruturantes possibilitaria o estabelecimento de parcerias inovadoras e significativas para que o Estado pudesse levar serviços qualitativos de forma complementar por meio das Unimed, especialmente para o interior do Brasil. Diante desse quadro, a Unimed é uma entidade exógena ao SUS.

A pesquisa Euricse/IHCO avaliou a contribuição mundial das cooperativas para a assistência à saúde, trazendo novamente a importância desses entes societários e a prestação dos seus serviços para as comunidades, levando em conta os sistemas de saúde em que estão inseridas.

O trabalho realizado por elas demonstrou o crescimento da importância das cooperativas de saúde nos últimos 20 a 30 anos em todos os países que fizeram parte dos estudos. No caso brasileiro, observou-se o Sistema Unimed, que é o maior sistema de trabalho médico do mundo, sendo um caso especial de estudos diante da dimensão territorial do país e, especialmente, pela capilaridade atingida por ele.

O estudo realizado constatou que as cooperativas aumentam a acessibilidade dos serviços de saúde às partes interessadas, contribuindo significativamente para reduzir as desigualdades na saúde. O contexto situacional do Brasil, para a pesquisa em tela, está presente naqueles “países onde as cooperativas de saúde continuaram a operar de forma autônoma ou com conexões limitadas com os fornecedores de saúde pública. Isso ocorre nos sistemas de saúde que foram projetados para garantir um alcance universalista, mas não o fazem devido à sua incapacidade de prestar serviços em áreas periféricas e/ou à falta de recursos financeiros” (RELATÓRIO EURICSE/IHCO, 2018).

A tese trouxe as tipologias de sistemas de saúde identificadas pela pesquisa Euricse/IHCO, sendo o Brasil enquadrado naqueles sistemas de saúde concebidos para garantir a cobertura universal pública, que deixaram de garantir o acesso aos serviços de saúde a todos os grupos populacionais.

Ao expor a situação brasileira, a pesquisa Euricse/IHCO apresentou motivos de ordem política, de gestão e de financiamento, apontando, em apertada síntese, para uma relação de causalidade entre as dificuldades de acesso ao sistema e a baixa qualidade dos serviços no sistema público de saúde. Ainda, ressalta-se que todos os sistemas analisados na pesquisa compartilham de problemas decorrentes de evolução da demanda e da oferta de serviços de saúde.

Dessa forma, a pesquisa Euricse/IHCO contribuiu significativamente para uma percepção mais ampliada da realidade do Sistema Unimed frente aos desafios impostos pelo cenário da saúde no Brasil, especialmente porque, ao expor a baixa qualidade dos serviços no sistema público de saúde, ressaltou a importância da saúde suplementar e a atuação do Sistema Unimed, qualificando, desse modo, os dados apresentados pela supracitada pesquisa internacional.

O atual cenário do sistema de saúde no mundo aponta para uma reconfiguração do modo de financiamento e custeio dos serviços prestados. Grande parte dos sistemas públicos de saúde não são mais conduzidos pelo caráter da universalidade, ou seja, o Estado não é o único responsável pelo seu custeio, havendo uma participação financeira dos cidadãos quando buscam o atendimento público dos serviços de saúde.

No que diz respeito à saúde suplementar, a maior parte dos planos coletivos comercializados e contratados são aqueles que estabelecem uma coparticipação dos usuários. Assim, quando buscam uma consulta ou procedimento médico, arcam com parte dos custos, mas a maior parte é suportada, em regra, pelo empregador.

Essas formas de financiamento da saúde implicam repensar dos comportamentos dos mais diversos atores sociais atrelados ao mercado de saúde. Ao mesmo tempo em que a tecnologia auxilia nos tratamentos e possibilita uma melhor qualidade de vida, ela onera os serviços de saúde e nem sempre é acessível para quem não dispõe de um plano de saúde.

Portanto, o cenário posto implica grandes desafios para as sociedades cooperativas, mas não somente para elas. Ainda se está distante de uma síntese, mas é necessário um repensar e um olhar terno para que a medicina não se desumanize e que os serviços de saúde não se tornem ainda mais distantes, economicamente, da realidade que os cerca.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, Márcio Moutinho. **Repensando o duplo movimento polanyiano a partir do desenvolvimento de estratégias sociais**: um olhar sobre o setor de energia núcleo elétrica à luz da opção decolonial. 2014. Tese. (Doutorado em Administração) – Programa de Pós Graduação em Administração. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/281271816_Repensando_o_duplo_movimento_polanyiano_a_partir_do_desenvolvimento_de_estrategias_sociais_um_olhar_sobre_o_setor_de_energia_nucleoeletrica_a_luz_da_opcao_decolonial > Acesso em 05 de set de 2020.

ALBUQUERQUE, Altair. **Unimed, 45 anos**: uma história de paixão pelo Cooperativismo Médico. São Paulo: Unimed do Brasil, 2012.

ALMEIDA, Célia. **Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados**. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. Ed.rev. eamp., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

_____, Nemésio Dario. **A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS**. Revista Psicologia e Saúde, v. 5, n.1. 2013. p. 01-09.

ALVES, Sandro Leal. **Fundamentos, Regulação e Desafios da Saúde Suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Funaseg, 2015.

ARRETCHE, Marta. **Estado Federativo e políticas sociais determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Unesp, 2015.

_____. **Trajetórias das Desigualdades**: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos. Rio de Janeiro/São Paulo. Editora Unesp, 2000.

ASSUMPÇÃO, Bruno Gomes de. **Regulação da política pública de saúde suplementar**: desafios socioeconômicos das Unimeds – Sociedades Cooperativas de Trabalho Médico. 2017. Dissertação. (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais. Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos. São Leopoldo. RS, 2017.

ASSUMPÇÃO, Bruno Gomes de et al. **Políticas Públicas: debates sociológicos pontuais**. Universidade do Vale dos Sinos; Observatório Nacional de Justiça Socioambiental Luciano Mendes de Almeida. Casa Leiria. São Leopoldo. RS, 2019.

BABSKY, Filipe Vieira; JEUNON, Ester Eliane; DUARTE, Leonora da Cunha. **Sustentabilidade na saúde suplementar**: um estudo sobre cooperativas operadoras de plano de saúde UNIMED. Anais do VI Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade. São Paulo. SP, 2017.

BAHIA, Ligia. **O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos**: universalização mitigada e estratificação subsidiada. Ciênc. saúde coletiva vol.14, nº.3, Rio de Janeiro. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300011>. Acesso em: 16 de fev. de 2020.

_____. _____. **Planos privados de saúde:** luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Ciênc. saúde coletiva, vol.6, nº.2, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200005>. Acesso em: 30 de jul. de 2020.

_____. _____. **Avanços e percalços do SUS:** a regulação das relações entre o público e o privado. Trab. educ. Saúde [online]. 2006, vol.4, n.1.pp. 159-170.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario; DAL POZ, Mario; TRAVASSOS, Claudia. **Planos privados de saúde com coberturas restritas:** atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. Cad. Saúde Pública, Espaço Temático: Austeridade Fiscal, Direitos e Saúde, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00184516.pdf>> Acesso em: 16 de fev. de 2020.

BAHIA, Ligia; SHEFFER, Mario. **Planos e Seguros Privados de Saúde.** Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. Ed.rev. eamp., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BARDIN, Laurance. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.

_____. _____. **Análise de Conteúdo.** Tradução por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016

BARRETO, Raquel de Oliveira; PAULA, Ana Paula Paes de. **Os dilemas da economia solidária:** um estudo acerca da dificuldade de inserção dos indivíduos na lógica cooperativista. Cadernos EBAPE, v.7, nº 2. Artigo 2. Rio de Janeiro, 2009.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BECHO, Renato Lopes. **Elementos de Direito Cooperativo.** São Paulo, SP: Dialética, 2002.

BERTOLAZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. **As políticas de saúde no Brasil:** reconstrução histórica e perspectivas atuais. Ver. Esc. Enf. USP, v. 30, n. 3. p. 380-98, dez, 1996.

BOBBIO, Norberto. **Estado, Governo, Sociedade:** Para uma teoria geral da política. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1987.

BOTELHO, André. **Sociologia Essencial.** São Paulo: Pinguim Classics Companhia das letras, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Planos de saúde:** ANS divulga números de março. ANS, 2020. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5500-planos-de-saude-ans-divulga-numeros-de-marco>>. Acesso em: 08 de jun. de 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 30 de jun. de 2020.

_____. **Decreto-Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Brasília, DF. Presidência da República, 1967. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm. Acesso em: 08 de ago. de 2020.

_____. Fundação Nacional de Saúde. FUNASA. **Cronologia histórica da saúde pública**. Brasília, DF,, ago, 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>

_____. **Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971**. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Brasília, 1971. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5764.htm>. Acesso em: 08 de ago. de 2020.

_____. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm>. Acesso em 08 de ago. de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Saude.pdf>>. Acesso em: 30 de jun. de 2020.

_____._____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A construção política do Estado**. São Paulo: Lua Nova, 2010, p. 117-146. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n81/a06n81.pdf>>. Acesso em: 30 de jun. de 2020.

_____._____. **Uma nova gestão para um novo Estado: liberal, social e republicano**. Revista do Serviço Público, The 2001 John L. Manion Lecture, Ottawa, Canadá, janeiro 2001, p. 5-24. Disponível em: <<http://bresserpereira.org.br/papers/2001/78Ottawa-p.pdf>>. Acesso em: 16 de fev. de 2020.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **O conceito de política pública em direito**. In: Bucci, Maria Paula Dallari. Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. **Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo**. Texto Contexto Enferm,

Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>>. Acesso em: 30 de jun. de 2020.

CARDOSO BRAGA, P. R. **Cooperativismo de saúde, mais de meio século de inovações e conquistas atento aos princípios e valores cooperativos**. Deusto Estudios Cooperativos, n. 17, p. 131-149, 6 maio, 2021. Disponível: <https://doi.org/10.18543/dec-17-2021pp131-149>

CANÇADO, Airton Cardoso; GONTIJO, M.C.H. **Princípios Cooperativistas: origens, evolução e influência na legislação Brasileira**. In ENCONTRO DE INVESTIGADORES LATINO-AMERICANOS DE COOPERATIVISMO, 3, São Leopoldo, 2004. Anais..., São Leopoldo. UNISINOS, 2004.

CASTELLS, Manuel; CARDOSO, Gustavo (org). **A Sociedade em Rede: do conhecimento à acção política**. Conferência promovida pelo Presidente da República, Debates – Presidência da República, Centro Cultural de Belém, Belém: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 2005. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/a_sociedade_em_rede_-_do_conhecimento_a_acao_politica.pdf>. Acesso em: 26 de jun. de 2020.

CASTELO JÚNIOR, Clóvis; GIMENES, Rafaela Okano; ZIROLDO, Rodrigo Romera. **A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil**. O mundo da Saúde, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demanda_prestacao.pdf>. Acesso em: 30 de jun. de 2020.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. Edição 8ª, São Paulo: Cortez, 2006.

CONILL, Eleonor Minho. **Sistemas Comparados em Saúde**. [S. l.: s. n.], [2020?]. Disponível em: <www.passeidireto.com/arquivo/2501511/sistemas-de-saude-comparados>. Acesso em: 18 de jul. de 2020.

COSTA, Nilson do Rosário et al. (Orgs.) **Demandas populares e políticas públicas de saúde**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.

DORNELLES, Cristiano Dutra; SANTOS, Gleberon de Santana dos. **Responsabilidade social empresarial na Unimed litoral sul**. Revista Delos. vol. 10, n 29, jun, 2017.

DOWBOR, Monika. **Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado**. São Paulo: Lua Nova, 2009.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. **Modelo Organizacional da Unimed: estudo de caso sobre medicina suplementar**, 2004. Tese de Doutorado apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro, RJ, 2004.

_____. **UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, 2001.

SCOREL, Sarah. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do golpe militar à reforma sanitária**. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Pmd,

2009, p. 385-434. Disponível em: <http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_II.pdf>. Acesso em: 16 de fev. de 2020.

_____. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

FERRARINI, Adriane Vieira. **Pobreza:** possibilidades de construção de políticas emancipatórias. São Leopoldo: Oikos, 2008.

FERRARINI, Adriane Vieira; ASSUMPTÃO, Bruno Gomes de. Brasil: **Unimed, a maior cooperativa de saúde do mundo.** In: Relatório EURICSE/IHCO: Avaliando a contribuição mundial das cooperativas para assistência à saúde, p. 119-133, 2018. (traduzido pelos autores)

FERREIRA, Gabriel Murad Velloso; SILVA, Daniela Fonseca da. **Educação cooperativista.** Santa Maria. Universidade Federal de Santa Maria. Colégio Politécnico: Rede e-Tec, 2015.

FIORI, José Luiz. **O Duplo Movimento.**2003. Disponível em: <<https://www.cartamaior.com.br/?/Coluna/O-Duplo-movimento/20827>>. Acesso em 21 de set. de 2020.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; RIBEIRO, Helena. **Saúde global em tempos de globalização.** Saúde Soc. São Paulo. v 23. p. 366-375, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200002>

FREITAS, M. E. **Cultura organizacional:** identidade, sedução e carisma? Rio de Janeiro. Ed. FGV; 180p; 1999.

GAIGER, Luiz Inácio; et al. **Dicionário internacional da outra economia.** CES. ISBN 978-972-40-3722-6. São Paulo: Almedina Brasil, 2009.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Orgs.). **Métodos de pesquisa.** Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS, Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS(Coord.). Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. Ed.rev. eamp., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GRAU, Eros Roberto. **A Ordem Econômica na Constituição de 1988.** 18. ed. São Paulo: Malheiros, 2017.

HESPANHA, Pedro... [et al.]. **Dicionário internacional da outra economia.** CES. ISBN 978-972-40-3722-6, São Paulo: Almedina Brasil, 2009.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. **Estado e políticas (públicas) sociais.** Cadernos Cedes, ano XXI, nº 55, novembro 2001. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539>>. Acesso em: 30 de jul. de 2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Brasil das desigualdades**: “questão social”, trabalho e relações sociais. *SER social*, Brasília, v.15, n. 33, jul./dez. 2013, p. 261-384. Disponível em <www.cressrn.org.br/files/arquivos/fapa10y8kq65voj4t345.pdf>. Acesso em: 04 de maio de 2020.

IANNI, Octavio. **As ciências sociais na época da globalização**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 13 n.º 37. São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091998000200002>. Acesso em: 22 de abr. de 2020.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Saúde suplementar em números**. Data base: Setembro 2016. Edição nº 13, 2016. Disponível em: <http://iess.org.br/?p=publicacoes&id=822&id_tipo=14>. Acesso em 10 de ago. de 2020.

LAVILLE, Jean Louis et al. **Dicionário internacional da outra economia**. CES, São Paulo: Almedina Brasil, 2009.

LAVILLE, Jean Louis. Com Mauss e Polanyi: **Rumo a uma teoria da economia plural**. In NUNES, Brasilmar Ferreira & MARTINS, Paulo Henrique (Eds.). *A nova ordem social: Perspectivas da solidariedade contemporânea*. Paralelo 15, Brasília, 2004.

LEAL, Rodrigo Mendes. **Planos de saúde no Brasil**: Uma análise da regulação econômica. *Jornada Nacional de Economia da Saúde – ABRES*, 6., Eixo 2 (Gestão e Regulação), 2012. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/10391921-Titulo-planos-de-saude-no-brasil-uma-analise-da-regulacao-economica-autor-rodrigo-mendes-leal-rmendesleal-gmail-com.html>>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

MALTA, Deborah carvalho; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **O mercado de Assistência Suplementar no Brasil e o papel da regulação pública na garantia da atenção de seus beneficiários**. Universidade Federal Fluminense, Pós-graduação em Saúde Coletiva, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-02.pdf>>. Acesso em: 08 de ago. de 2020.

MARTINS, António Eusébio Pereira Cardoso. **A Grande Transformação**: Alcance e actualidade da obra de Karl Polanyi. 2007. Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, 2007.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. **Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração**: potencial e desafios. V. 15, Curitiba: RAC, 2011.

NAMORADO, Rui et al. **Dicionário internacional da outra economia**. CES, São Paulo: Almedina Brasil, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS (OCB). **Números do cooperativismo brasileiro**. Sistema OCB, 2019. Disponível em: <<http://www.ocb.org.br/numeros>>. Acesso em: 08 de ago. de 2020.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, [s.d]. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em 30 de maio de 2020.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. **Descentralização e regionalização da política de saúde**: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Fiocruz, 2018.

PEREIRA, José Roberto. CANÇADO, Airton Cardoso; RODRIGUES, Flávia Oliveira; SILVA, Edmilson Eduardo. **Cultura organizacional e cultura brasileira**: compreendo as fragilidades do cooperativismo brasileiro. Revista NAU Social: v 4. n.6, p.61-81, 2013.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Caetano. **Saúde Suplementar no Brasil**: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 18 [4]; 767-783, 2008.

PINHEIRO, Ana Paula; SOUZA, Jordana Miranda. **Aspectos Regulatórios dos Planos de Saúde**. Fundação Unimed, [s. d.]. Disponível em: <www.fundacaoUnimed.org.br>. Acesso em: 08 de ago. de 2020.

POLANYI, Karl. **A grande Transformação**: as origens da nossa época. 2. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: https://files.comunidades.net/contecomigo/historiadaspoliticadesaudenobrasil_16030112SESMT_.pdf

RELATÓRIO EURICSE/IHCO. **Avaliando a contribuição mundial das cooperativas para assistência à saúde**. [s.l: s.d], 2018.

SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). **A Globalização e as Ciências Sociais**. 2. Ed. São Paulo. Cortez, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa; ARAÚJO, Sarah; BAUMGARTEN, Maíra. **As Epistemologias do Sul num mundo fora do mapa**. Sociologias. Porto Alegre, ano 18, nº 43, set/dez 2016, p.14-23.

_____, _____. **O Estado, a sociedade e as políticas sociais**: o caso das políticas de saúde. [s.l: s.d]. Disponível em: <[http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Capitulo%206\(1\).pdf](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Capitulo%206(1).pdf)>. Acesso em: 16 de fev. de 2020.

SANTOS, Fausto Pereira dos. **Saúde Suplementar – Impactos e Desafios da Regulação**. Revista UFG, 2006. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/dezembro2006/textos/saude_suplementar.pdf>. Acesso em: 08 de ago. de 2020.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. **A regulação pública da saúde no Estado brasileiro** – uma revisão. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v. 9, n.18, p.25-41, jan/jun 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a03v1019.pdf>>. Acesso em: 08 de ago. de 2020.

SCALON, Celi. **Desigualdade, pobreza e políticas públicas**: notas para um debate. Contemporânea. São Carlos: UFSCar, n.1, 2011, p.49-68.

SCHNEIDER, José Odelso. **A doutrina do cooperativismo nos tempos atuais**. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), PPGCS/CESCOOP, Tecnologias Sociais, 2014.

_____. **A doutrina do cooperativismo**: Análise do alcance, do sentido e da atualidade dos seus valores, princípios e normas nos tempos atuais. CGS Cadernos Gestão Social, RGS. CIAGS e Universidade Federal da Bahia – UFBA, v. 3, n.2. Jul/Dez. 2012, p.251-273.

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. **Saúde suplementar no Brasil**: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. Cad. Saúde Pública, vol.29, nº.5, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500004>. Acesso em: 08 de ago. de 2020.

SILVA, Eloiza Andréa Moraes. **Cooperativismo, o interesse pela comunidade e a promoção do desenvolvimento sustentável**: um estudo na Cresol Vale Europeu. 2021. Dissertação. (Mestrado em Agroecossistemas). Programa de Pós-graduação em Agroecossistemas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2021.

SILVA, Eloiza Andréa Moraes; BÚRIGO, Fábio Luiz; CAZELLA, Ademir Antonio. **Cooperativismo e interesse pela comunidade**: o sétimo princípio cooperativista como promotor do desenvolvimento sustentável no cooperativismo de crédito – Cresol Vale Europeu. Revista Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural – SOBER. Foz do Iguaçu; PR; 2020.

SILVA, Enrique Paternostro Bueno da; **Repensando a redistribuição**: Nancy Fraser e a Economia Política. v.18, n.3, Civitas. Porto Alegre, 2018, p 563-579.

SILVA, Kênia Lara Silva; RODRIGUES, Andrezza Trevenzoli Rodrigues. **Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar**: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. v. 24, supl.1, Saúde Soc. São Paulo, 2015, p 193-204.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. A pesquisa científica. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em:<<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 18 de jun. de 2020.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. Sociologias. Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 08 de ago. de 2020.

TOURAINÉ, Alain. **Um novo paradigma**: para compreender o mundo hoje. Petrópolis: Vozes, 2006.

WEBER, Max. **Ciência e Política**: duas vocações. São Paulo: Cultrix, 1991.

ZAAR, Miriam Hermi. **Dos Socialismos Utópico e Revolucionário à Economia Solidária**. Mercator, Fortaleza, v.12, número especial (2), Set 2013, p. 153-167.

ZIROLDO, Rodrigo Romera; GIMENES, Rafaela Okano; CASTELO JUNIOR, Clóvis. **A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil**. Artigo de Revisão, O Mundo da Saúde, São Paulo, 2013, p. 216-221. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_de_manda_prestacao.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2020

APÊNDICE A – ENTREVISTA ATORES SOCIAIS

Entrevista com os Gestores Públicos

As perguntas constantes das entrevistas semiestruturadas para os gestores públicos foram as seguintes:

- 1) Em que medida a saúde suplementar, especialmente os serviços prestados pela Unimed, contribui para a eficácia/efetividade da política pública de saúde?
- 2) Os serviços prestados pelas Unimeds são vistos com alguma distinção pelos órgãos reguladores, especialmente se comparados com os prestados pela medicina de grupo, tendo em vista as peculiaridades e princípios da sociedade cooperativa? Em caso afirmativo, quais seriam estes diferenciais?
- 3) Nas localidades onde a Unimed atua, o Poder Público observa/constata melhoria das condições de saúde da população? Em caso afirmativo, quais são as evidências e como são identificadas?
- 4) Os órgãos reguladores da política de saúde pretendem aumentar as atribuições para o setor privado, especialmente com contratação de serviços, com vistas ao atendimento da população de poder aquisitivo mais baixo, possibilitando acessibilidade qualitativa aos serviços de saúde? Qual sua opinião a este respeito?

A primeira pergunta elaborada foi feita nos seguintes termos: “*em que medida a saúde suplementar, especialmente os serviços prestados pela Unimed, contribui para a eficácia/efetividade da política pública de saúde?*”

A resposta do Gestor Público 1 foi a seguinte:

“A presença das Unimeds aumenta o número de competidores no mercado. Todo aumento de concorrência tende a gerar menores preços e maior qualidade para os consumidores. Além disso é muito comum que

em praças muito pequenas como no interior dos estados as Unimed sejam os únicos ou primeiros ofertantes nesse mercado em uma lógica de permitir criar um mercado de trabalho privado para os médicos locais”.

O Gestor Público 2, assim se posicionou:

“Na medida em que o Sistema Unimed está presente em 83% dos municípios brasileiros, contribui frequentemente, em especial nos menores, conjuntamente com as autoridades de saúde locais, no atendimento direto e indireto à população local.”

A segunda indagação para os Gestores Públicos foi no seguinte sentido: *“Os serviços prestados pelas Unimed são vistos com alguma distinção pelos órgãos reguladores, especialmente se comparados com os prestados pela medicina de grupo, tendo em vista as peculiaridades e princípios da sociedade cooperativa? Em caso afirmativo, quais seriam estes diferenciais?”*

Diante da pergunta, o Gestor Público 1 respondeu:

“Não, nenhuma ou muito pouca diferenciação regulatória”. Já o Gestor Público 2, assim posicionou-se: “Infelizmente, a regulação não distingue as cooperativas das demais operadoras que tem características mercantis, impondo regras gerais a todo segmento. Embora previsto na própria legislação setorial (Lei 9.961), esta condição não foi atendida até os dias atuais, sob o argumento da generalidade dos riscos que a atividade expõe os operadores”.

A terceira pergunta para os Gestores Públicos assim foi posta: *“Nas localidades onde a Unimed atua, o Poder Público observa/constata melhoria das condições de saúde da população? Em caso afirmativo, quais são as evidências e como são identificadas?”*

A resposta do Gestor Público 1 foi:

“Não há estudos mostrando isso. Em geral o aumento da oferta de serviços de saúde tende a melhorar as condições de saúde, mas não há evidências na prática”.

No entendimento do Gestor Público 2:

“Nas localidades onde as Unimed são os únicos recursos de saúde, as Cooperativas participam ativamente de programas deflagrados pelos municípios através de engajamento em campanhas de saúde pública, ora

por meio de patrocínios financeiros; disponibilizando instalações para campanhas de vacinação, utilização em contrapartida oficial para instalação de academias de ginástica e serviços de reabilitação física comunitárias disponibilizadas à população em geral visando proporcionar melhores condições de vida e saúde a idosos e portadores de doenças crônicas, etc”.

A última pergunta formulada foi posta do seguinte modo: “Os órgãos reguladores da política de saúde pretendem aumentar as atribuições para o setor privado, especialmente com contratação de serviços, com vistas ao atendimento da população de poder aquisitivo mais baixo, possibilitando acessibilidade qualitativa aos serviços de saúde? Qual sua opinião a este respeito?”

Para o Gestor Público 1:

“Concordo. A iniciativa privada tem muito a contribuir com a saúde pública. São ainda poucas as parcerias público privada na saúde. O setor privado pode dar mais agilidade ao setor público tanto nas áreas meio quanto nas áreas finalísticas dos serviços de saúde.”

Sobre a última questão, o Gestor Público 2 assim respondeu:

“O próprio mercado já vinha se manifestando junto aos órgãos reguladores chamando atenção para essa necessidade para permitir o acesso aos serviços de saúde a essa camada da população, e forma ordenada. Entretanto, na minha avaliação deve-se atentar para que esta regulação se dê de forma muito clara especialmente quanto a essa segmentação, a fim de evitar a judicialização por conta do risco de interpretações inadequadas ou exploradas visando alcançar atendimentos de alta complexidade uma vez que esses "planos populares" objetivam originalmente contemplar exclusivamente os atendimentos voltados à atenção básica à saúde”.

Entrevista com os Gestores das Unimeds

Logo abaixo, declinam-se os cinco questionamentos feitos aos 3 Gestores das Unimeds:

- 1) Considerando os princípios cooperativos, no seu entender, qual é a contribuição das Unimeds no âmbito das comunidades em que ela está inserida? Quais são os ganhos comunitários? Tais ganhos são

considerados satisfatórios ou poderiam ser expandidos? Nesta segunda alternativa, quais são os obstáculos para sua expansão?

- 2) Como é mensurada a melhoria das condições de saúde da comunidade/clientes atendidos pela cooperativa?
- 3) No âmbito da saúde suplementar, qual seria o diferencial do cooperativismo no acesso aos serviços de saúde, especialmente se compararmos com a medicina de grupo?
- 4) Como ocorre a formação do médico cooperado em relação à doutrina cooperativista e, em especial, ao sétimo princípio (preocupação com a comunidade)? Há dificuldades na compreensão dos princípios cooperativistas em relação às práticas adotadas pela medicina de grupo? Quais seriam e como poderiam ser minimizadas ou superadas?
- 5) Em que medida os serviços prestados pela Unimed contribuem para a eficácia/efetividade da política pública de saúde?

A primeira perguntou assim foi declinada: *“Considerando os princípios cooperativos, no seu entender, qual é a contribuição das Unimed no âmbito das comunidades em que ela está inserida? Quais são os ganhos comunitários? Tais ganhos são considerados satisfatórios ou poderiam ser expandidos? Nesta segunda alternativa, quais são os obstáculos para sua expansão?”*

O Gestor da Unimed 1 assim respondeu:

“A contribuição das Unimed no âmbito da comunidade pode ser entendida de duas formas, sendo a primeira relacionada a opção dada a comunidade para se ter um plano de saúde ético e de qualidade, seja através dos planos empresariais ou mesmo familiares. A outra forma será através de ações realizadas pelas cooperativas em prol da comunidade como um todo, o que ocorre de várias maneiras como promoção de saúde, realização de cursos para a comunidade, possibilidade de inclusão digital entre várias que são realizadas no país afora”.

A resposta do Gestor da Unimed 2 é a seguinte:

“Em relação aos princípios cooperativistas, procuramos nos orientar neles, em todas as nossas ações. Talvez, a principal contribuição da nossa Unimed é a de oferecer um atendimento médico de alto nível por um valor acessível à população. Conseqüentemente, diminuimos a fila do SUS, gerando maior conforto à população, melhorando o poder financeiro

do governo para atender apenas cerca de 80% da população. Apesar do crescimento da atuação da Unimed Araguaína, estamos sempre querendo oferecer mais e melhor, com a construção de recursos próprios, como Hospital, Centro de Atenção Integral à Saúde. Os obstáculos para isto é a falta de sintonia de todos os sócios, em um objetivo”.

Para o Gestor da Unimed 3:

“A Cooperativa médica leva a saúde privada para o interior, para comunidades que, muitas vezes devido ao seu tamanho, não demandariam a concorrência de outras empresas de planos de saúde, capitalistas. A bem da verdade, a Cooperativa dedica-se mais, até por princípio, ao seu associado, o Cooperado. Este é seu principal beneficiário. No âmbito do plano de saúde, a comunidade, de uma forma geral, se beneficia da facilidade de acesso, da proximidade do médico participante do mesmo espaço físico. As limitações ao incremento da relação mutual decorrem dos elevados custos do produto saúde privada e das baixas condições sócio-econômicas da comunidade. A relevância da cooperativa é tanto maior quanto menor e mais carente é o grupo populacional onde se insere, mas é limitada por essa pequenez e baixas condições populacionais do acesso financeiro”.

A segunda pergunta formulada foi: *“Como é mensurada a melhoria das condições de saúde da comunidade/clientes atendidos pela cooperativa?”*

Para o Gestor da Unimed 1:

“Através de vários indicadores e principalmente naquelas que aplicam programas de medicina preventiva e ações voltadas à saúde das pessoas como por exemplo o gerenciamento de doenças crônicas, como por exemplo o Diabetes Melitus e a Hipertensão Arterial”.

O Gestor da Unimed 2 entende que:

“Nós não temos números sobre mortalidade, morbidade, incapacidade física, grau de autonomia das pessoas (idosos), para mensurar a melhoria das condições de saúde da comunidade. No entanto, podemos ter uma percepção da melhoria das condições de saúde da comunidade pelos números que temos das consultas de nossos clientes, dos seus exames, das internações clínicas e cirúrgicas, altas hospitalares e de pesquisa de satisfação do cliente que fazemos anualmente, através do IEL-TO e da avaliação do SAC”.

Já o Gestor 3:

“Apesar do filtro financeiro da limitação de acesso ao uso do plano de saúde particular, a facilitação do acesso a seus clientes à medicina de outras cidades(planos regionais e nacionais) podemos afirmar que a saúde de nossos clientes está mais protegida tanto no diapasão da prevenção (apesar da única ação proativa ser a gestão de clientes crônicos; os exames de check UP e avaliações preventivas são uma ação direta da Cooperativa sobre seus médicos, que os sugerem aos clientes), a facilidade de acesso do cliente ao médico e a qualidade mais elevada do médico da Unimed; selecionado em critérios de qualidade, melhor remuneração e barreiras de acesso, podem inferir que a saúde da comunidade onde se insere nosso plano de saúde é superior ao de outros extratos populacionais”.

A terceira pergunta foi formulada do seguinte modo: *“No âmbito da saúde suplementar, qual seria o diferencial do cooperativismo no acesso aos serviços de saúde, especialmente se compararmos com a medicina de grupo?”*

Para o Gestor da Unimed 1:

“O grande diferencial das cooperativas médicas está no fato de o beneficiário ser atendido pelo próprio dono da operadora, onde o que conta é a remuneração pelo trabalho prestado e assim não a intermediação sobre o trabalho do médico, enquanto que na Medicina de Grupo o objetivo é o lucro e aí se torna evidente a intermediação de terceiros sobre o trabalho do médico”.

Eis o pronunciamento do Gestor da Unimed 2:

“O grande diferencial do cooperativismo Unimed é estar presente em 84% do território nacional e o intercâmbio entre todas as singulares, que produz uma capilaridade, garantindo o atendimento aos seus clientes”.

Para o Gestor da Unimed 3:

“Apesar do filtro financeiro da limitação de acesso ao uso do plano de saúde particular, a facilitação do acesso a seus clientes à medicina de outras cidades(planos regionais e nacionais) podemos afirmar que a saúde de nossos clientes está mais protegida tanto no diapasão da prevenção (apesar da única ação proativa ser a gestão de clientes crônicos; os exames de check UP e avaliações preventivas são uma ação direta da Cooperativa sobre seus médicos, que os sugerem aos clientes), a facilidade de acesso do cliente ao médico e a qualidade mais elevada do médico da Unimed; selecionado em critérios de qualidade, melhor remuneração e barreiras de acesso, podem inferir que a saúde da comunidade onde se insere nosso plano de saúde é superior ao de outros extratos populacionais”.

Segue a pergunta 4 da entrevista: *“Como ocorre a formação do médico cooperado em relação à doutrina cooperativista e, em especial, ao sétimo princípio (preocupação com a comunidade)? Há dificuldades na compreensão dos princípios cooperativistas em relação às práticas adotadas pela medicina de grupo? Quais seriam e como poderiam ser minimizadas ou superadas?”*

Para o Gestor da Unimed 1:

“Geralmente a admissão de cooperados é precedida de curso de formação cooperativista onde são debatidos os princípios do cooperativismo e o sétimo princípio é motivo de discussão, como os outros. O que se observa na prática é que os cooperados pouco participam, ficando esses princípios mais afeitos aos dirigentes. Não vejo dificuldades de compreensão dos princípios por parte da Medicina de Grupo, mas o que ocorre é que nesse segmento os objetivos são outros. A maneira de minimizar ou superar essa questão passará pela educação cooperativista”.

Na compreensão do Gestor da Unimed 2:

“Talvez esta seja a nossa maior dificuldade. Em nossa realidade, os médicos, para se cooperarem, devem fazer um curso de cooperativismo e nunca mais voltam. Dos 150 cooperados que temos, talvez 15 tenham participado dos Simpósios cooperativistas que fizemos. Estamos estudando uma sugestão da Unimed BH, de relacionamento com o cooperado, para implantar em nossa cooperativa e assim melhorar o interesse do cooperado no cooperativismo”.

A resposta do Gestor da Unimed 3 se deu nos seguintes termos:

“Neste mundo capitalista onde muito se mede pelo ter e não pelo ser, existe sim um conflito entre atender bem, gerar valor na saúde do seu cliente e, simultaneamente, ser remunerado a contento. Para entrosar nosso Colega Cooperado na filosofia do Cooperativismo, além dos cursos explicativos na sua admissão, existe um trabalho diário de conversa, orientação e convencimento sobre o equilíbrio do sistema. Sistema esse que não visa o lucro, mas precisa remunerar os participantes, de acordo com os serviços prestados aos beneficiários da Cooperativa, enquanto preza pelo bem atender, agradar, se aproximar do Cliente”.

Segue a última indagação da entrevista: *“Em que medida os serviços prestados pela Unimed contribuem para a eficácia/efetividade da política pública de saúde?”*

Assim respondeu o Gestor da Unimed 1:

“As Unimedts têm um papel relevante na Saúde Suplementar e a partir do momento que as cooperativas atendem e promovem saúde para um universo muito grande da população brasileira está contribuindo indiretamente com o SUS pois é um universo considerável de pessoas que deixam de buscar assistência pública e com isso diminui as longas filas de espera para tratamento através do SUS”.

Para o Gestor da Unimed 2:

“A principal contribuição da Unimed Araguaína, para a eficácia/efetividade da política pública de saúde, é que, ao cuidar e cerca de 20% da população, o governo terá a mesma verba para atender um público menor (cerca de 80% da população), ao mesmo tempo em que este público terá mais vagas, mais leitos, medicamentos e profissionais de saúde à sua disposição”.

O Gestor da Unimed 3 expôs:

“Saúde é um bem inquantificável, cada vez mais caro, consequência do envelhecimento da população e da problemática da vida moderna: estresse, má alimentação, por vezes maus cuidados pessoais de saúde, voluntários ou involuntários. Nas últimas décadas observamos uma sobrecarga nos custos que um país com uma série de mazelas administrativas e de cuidados à sua grande população, tem agravado. O plano de saúde nada mais é que um imposto extra que o cidadão se dispõe a arcar, para complementar os sempre difíceis, incompletos e sofríveis serviços públicos de saúde”.

Entrevista com os Médicos Cooperados

As perguntas que foram feitas aos Gestores da Unimed também foram igualmente replicadas aos médicos cooperados com o intuito de se depreender entendimento dos associados acerca das mesmas indagações. Eis a primeira pergunta: *“Considerando os princípios cooperativos, no seu entender, qual é a contribuição das Unimedts no âmbito das comunidades em que ela está inserida? Quais são os ganhos comunitários? Tais ganhos são considerados satisfatórios ou poderiam ser expandidos? Nesta segunda alternativa, quais são os obstáculos para sua expansão?”*

Para o Cooperado 1:

“Em tese, a cooperativa deveria gerar trabalho e renda ao seu cooperado e contribuir para o desenvolvimento da comunidade onde está inserida,

promovendo educação cooperativista a todos. Porém, não é o que vejo acontecer na maioria dos casos. Infelizmente, na minha opinião a maioria dos cooperados não enxerga a Unimed como uma cooperativa e sim como uma empresa mercantilista, que deve ser sugada ao máximo em seus recursos. Os ganhos comunitários são mínimos, devendo ser expandidos. Porém, nem o poder público, nem a comunidade ou os cooperados enxergam isso. Apesar de termos no Brasil uma lei específica para reger as cooperativas, na maioria dos casos a lei não é respeitada”.

Na compreensão do Cooperado 2:

“O Sistema Unimed está presente em 84% do território nacional, isso significa que está inserido principalmente nas cidades do interior. A maior contribuição das Unimeds às comunidades, no meu ponto de vista, é a estruturação dos serviços de saúde, levando à comunidade médicos especialistas e, também recursos de saúde como clínicas e laboratórios, através dos prestadores de serviços, aliviando também a utilização do SUS. Outro fator importante a ser destacado é a geração de empregos diretos e indiretos, contribuindo com a economia local. Os ganhos são satisfatórios, porém podem melhorar, pois apenas 24% da população tem plano de saúde, isso significa que tem muito espaço para expandir e ampliar os benefícios à comunidade. Os obstáculos para a expansão é a evolução da economia, poder de compra da população e das empresas. Conforme a economia vai melhorando, vai crescendo o número de pessoas nos planos de saúde.”

Segue a resposta do Cooperado 3:

“O cuidado com a comunidade é observado e ponderado nas decisões realizadas pelos órgãos de administração da Unimed. Em recente exemplo, em razão da pandemia, determinada Unimed teve aprovada em Assembleia que parte de suas sobras seriam destinadas à compra de cestas básicas e distribuídas a instituições carentes. Não raras vezes, identificamos o sistema cooperativo atuando na comunidade, como o DIA C. Entendo que é possível expandir, mas ao mesmo passo interessante notar esta diferença no pensamento de tomadas de decisão.”

Eis a segunda indagação: *“Como é mensurada a melhoria das condições de saúde da comunidade/clientes atendidos pela cooperativa?”*

O Cooperado 1 respondeu:

“A mensuração se dá através de pesquisa de satisfação e mensuração e acompanhamento dos índices pré-determinados como normais referentes a números de consulta, internação e procedimentos cirúrgicos.”

Para o Cooperado 2:

“Atualmente não existe metodologia para mensurar essas melhorias, a mensuração é feita de forma subjetiva.” Já o cooperado 3: “Enquanto uma cooperativa formada por médicos, é da característica da sociedade atuar em toda a extensão do ato médico, que transita desde a prevenção, diagnóstico e prognóstico. Interessante notar que a diferença da Unimed é que ela adota mecanismos que visam colaborar justamente com a atuação médica, se preocupando com os beneficiários e a comunidade. Este norte é desenvolvido de forma constante, com diversos programas, como: acompanhamento de beneficiários com doenças crônicas, atenção integral à saúde e parto adequado. Sem dúvida, estes tipos de programas visam a manutenção da saúde e não cuidar da doença. A evolução dos programas e comunidades são constantemente avaliadas por meio de dados obtidos, avaliando desospitalizações, menor número de internações, avaliação de consultas de acompanhamento e evolução dos pacientes.”

A terceira pergunta assim foi formulada: *“No âmbito da saúde suplementar, qual seria o diferencial do cooperativismo no acesso aos serviços de saúde, especialmente se compararmos com a medicina de grupo?”*

O Cooperado 1 respondeu:

“No modelo cooperativista, o cliente será atendido pelo próprio dono da operadora, o que, em tese, geraria um atendimento de melhor qualidade, preocupado na satisfação do cliente e resolução das suas necessidades, não havendo o mercantilismo exagerado presente na medicina de grupo”.

A resposta do Cooperado 2 foi no seguinte sentido:

“Acredito que o maior diferencial seria estar presente em grande parte do território nacional, alcançando cidades do interior, levando saúde especializada às comunidades com poucos recursos de saúde”.

Já o Cooperado 3:

“Indubitavelmente o principal diferencial está nos ideais e peculiaridades das sociedades cooperativas. Enquanto a medicina de grupo tem a finalidade de garantir lucro a um grupo privado de reais investidores, a cooperativa de saúde tem a intenção de garantir trabalho aos cooperados (atuando em clara colaboração com uma função pública) e realizando a distribuição dos valores obtidos aos próprios cooperados de acordo com o trabalho de cada um, ou seja, é remunerado o trabalho, distribuindo eficientemente os ganhos obtidos em comum (melhor distribuição de renda). Enquanto pessoa jurídica, a cooperativa não tem finalidade lucrativa e, eventual saldo positivo, é distribuído para os cooperados de acordo com o trabalho desenvolvido por cada um, independentemente do

capital integralizado ou número de ações. Isso estabelece um movimento econômico na própria região em que a cooperativa se instala, diferentemente da medicina de grupo, que não raras vezes possuem, inclusive, investimentos vindos do exterior. Além disso, a medicina de grupo, dada suas características, não tem intenção de atuar em pequenos municípios, vez que os lucros não são convidativos. Nas cooperativas de saúde tal barreira inexiste, ao passo que a cooperativa se estabelece para atuar como organizadora do trabalho dos médicos da região, seja qual for o tamanho. Isso explica a denominada capilaridade das cooperativas médicas na Saúde Suplementar, atingindo locais que a medicina de grupo não tem qualquer interesse. Portanto, as cooperativas conseguem atingir pequenas comunidades que, sem o movimento cooperativo, estariam unicamente vinculadas aos serviços públicos de saúde. É neste raciocínio que é possível claramente identificar que cooperativismo atua verdadeiramente como parceiro do Estado, seja possibilitando trabalho, melhor distribuição de renda e melhor garantia à saúde”.

Eis a quarta pergunta: *Como ocorre a formação do médico cooperado em relação à doutrina cooperativista e, em especial, ao sétimo princípio (preocupação com a comunidade)? Há dificuldades na compreensão dos princípios cooperativistas em relação às práticas adotadas pela medicina de grupo? Quais seriam e como poderiam ser minimizadas ou superadas?*

O Cooperado 1 respondeu:

“Antes de entrar na cooperativa, é obrigatório a participação no curso de cooperados, porém a meu ver a maioria esquece logo ou não assimila o aprendizado. Logo estão praticando as mesmas ações contra a cooperativa que fazem com as outras operadoras, com o intuito de sugar o máximo de recursos. Acho que só um acompanhamento mais eficiente e com punições aos desvios de conduta pode minimizar esse fato”.

Para o Cooperado 2:

“Algumas UnimedS realizam na admissão dos seus cooperados, inserindo no processo seletivo, temas relacionados ao cooperativismo. Outras UnimedS realizam, após a admissão, cursos específicos sobre o assunto. Existem trabalhos de educação continuada em algumas cooperativas e, também Programa de Valorização do Cooperado, que também é abordado e trabalhado o cooperativismo. Os médicos em geral têm dificuldade de entender os princípios cooperativistas, geralmente são individualistas e não se veem como donos (sócios) da cooperativa. Essa dificuldade pode ser superada através de programas de educação continuada conforme já exposto acima”.

Assim o Cooperado 3 respondeu:

“As cooperativas e entidades que representam o cooperativismo realizam cursos, palestras e eventos com a finalidade de mostrar as características deste tipo de sociedade e seus respectivos princípios. Trata-se, inclusive, de outro princípio, o da educação. O engajamento dos cooperados deve ser constante, sob pena justamente de um afastamento destes da doutrina cooperativista. Trata-se de processo constante e natural, vez que, a partir do momento que o cooperado entende o papel da cooperativa e o seu frente à comunidade, a própria relação cooperativista se desenvolve. Eventual não compreensão da doutrina pelos cooperados precisa ser sempre trabalhada”.

A última pergunta para os cooperados foi essa: *“Em que medida os serviços prestados pela Unimed contribuem para a eficácia/efetividade da política pública de saúde?”*

O Cooperado 1 declinou:

“Os serviços prestados pela cooperativa ajudam a desafogar o SUS, que claramente não possui recursos e estrutura para garantir à população os direitos constitucionais”.

O Cooperado 2 não respondeu à pergunta 5 da pesquisa. O Cooperado 3 assim se pronunciou:

“Sem dúvida, a partir do momento que a cooperativa de saúde, em razão de suas características, promove melhor distribuição de renda, trabalho e alcança longínquos e pequenos municípios, colabora com o próprio Estado em sua função de garantir saúde aos cidadãos. A inexistência das cooperativas geraria uma atuação exclusiva do Estatuto para garantia da saúde, dificultando, ainda mais, o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde”.

Entrevista com os Usuários

No que diz respeito aos usuários, as perguntas foram estas:

- 1) Os serviços prestados pela Unimed são bons, satisfatórios ou insatisfatórios? Por qual razão?
- 2) Você vê a Unimed como sua parceira e comprometida com os seus clientes?
- 3) Sobre a sua qualidade de vida, de que forma a Unimed contribui para a melhoria dela?

- 4) Na sua opinião, o fato de a Unimed ser uma cooperativa faz diferença na prestação do serviço de saúde e na relação com o cliente? Se sim, de que forma? Se não, você acha que seria algo importante e de que forma poderia ser realizado?

Conforme já informado, foram entrevistados três usuários da Unimed Araguaína. A primeira indagação realizada foi: “Os serviços prestados pela Unimed são bons, satisfatórios ou insatisfatórios? Por qual razão?”.

O usuário 1 respondeu:

“São bons. Sempre fui bem recebida e atendida. Nunca negaram nada do que eu e minha família precisávamos”

Já o Usuário 2 disse:

“Bons e satisfatórios, pois sempre que precisei utilizar os serviços, sempre tive a orientação e acompanhamento necessário por parte da operadora.”
Para o Usuário 3: *“São bons, pois a nossa Unimed específica fica no interior do Tocantins, desta forma ainda não consegue atender a todas as demandas e necessidades dos clientes”.*

Segue a segunda pergunta constante da entrevista: “Você vê a Unimed como sua parceira e comprometida com os seus clientes?”.

O Usuário 1 disse:

“Sim. A Unimed vende atendimentos médicos, todos que eu e minha família buscamos até o momento foram concedidos, como também os exames complementares. Vejo uma preocupação por parte da Unimed com a qualidade dos serviços oferecidos”.

Para o Usuário 2:

“Sim, oferece informações, na qual facilita a referência de prestadores credenciados, tem agilidade na liberação de atendimento, mesmo com procedimentos que ficam em auditoria onde na maioria das vezes são liberados antes do prazo proposto pelo manual de intercâmbio”.

O Usuário 3 respondeu que:

“Sim eu vejo a nossa Unimed como uma das mais comprometidas, sempre procurando atender aos pedidos feitos por nós com atenção e celeridade. Estou satisfeita!”

A terceira pergunta assim foi realizada: *“Sobre a sua qualidade de vida, de que forma a Unimed contribui para a melhoria dela?”*

O Usuário 1 respondeu:

“Disponibilizando os atendimentos sem burocracia e agilidade, dentro do prazo em que eu preciso”.

Para o Usuário 2:

“Hoje não vejo nem uma prática que contribui de forma direta na qualidade de vida dos seus clientes, existe somente divulgação nas redes sociais de prevenção de maneira indireta e superficial”.

No entendimento do Usuário 3:

“Incentivando a participar das campanhas preventivas de atenção à saúde. Eu sempre participo”.

A última pergunta para os usuários é a seguinte: *“Na sua opinião, o fato da Unimed ser uma cooperativa faz diferença na prestação do serviço de saúde e na relação com o cliente? Se sim, de que forma? Se não, você acha que seria algo importante e de que forma poderia ser realizado?”*

A resposta da Usuária 1 foi essa:

“Sim, o fato da Unimed ser uma cooperativa faz diferença. Pois, uma parte dos médicos cooperados zelam da cooperativa por terem o entendimento que são donos, isso faz com que os seus atendimentos e zelo pela marca sejam excelentes”.

Para a Usuária 2:

“Sim, pela cooperação entre outras cooperativas, trabalho de intercâmbio com as co-irmãs, agregando assistência à saúde aos clientes com planos Unimed, tanto internos como externos”.

A resposta da Usuária 3 assim foi exposta:

“Sim, faz diferença para o consumidor, especialmente em razão dos preços, que são mais acessíveis do que os outros planos. Tem Unimed em todos os lugares, sempre tive bom atendimento”.