



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA - PIMES
MESTRADO PROFISSIONAL EM ECONOMIA
TURMA COMÉRCIO EXTERIOR E RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

FRANCISCO DE ASSIS GALVÃO BARRETO PINHO

**COOPERATIVISMO DE TRABALHO MÉDICO
E SUA INSERÇÃO NO MERCADO DE PERNAMBUCO:
UM ESTUDO DE CASO DA UNIMED RECIFE**

RECIFE
2006

FRANCISCO DE ASSIS GALVÃO BARRETO PINHO

**COOPERATIVISMO DE TRABALHO MÉDICO
E SUA INSERÇÃO NO MERCADO DE PERNAMBUCO:
UM ESTUDO DE CASO DA UNIMED RECIFE**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:
ECONOMIA REGIONAL**

Dissertação do aluno Francisco de Assis Galvão Barreto Pinho, sob a orientação do professor Écio de Farias Costa, submetido à apreciação do Mestrado em Economia, Turma Comércio Exterior e Relações Internacionais, do PIMES.

RECIFE
2006

Pinho, Francisco de Assis Galvão Barreto
Cooperativismo de trabalho médico e sua Inserção
no mercado de Pernambuco : um estudo de caso da
UNIMED Recife / Francisco de Assis Galvão
Barreto Pinho – Recife : O Autor, 2006.

65 folhas : il., tab., fig., graf., quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Pernambuco. CCSA/PIMES. Economia, 2006

Inclui bibliografia.

- 1. Economia Regional – Mercado de Trabalho, PE.**
- 2. Área de saúde – Trabalho médico –**
- Cooperativismo. 3 Cooperativas de trabalho médico**
- UNIMED Recife – Surgimento e desenvolvimento.**
- 4. Organização Internacional – Organização. Título.**

334.732.6

CDU(2.ed.)

UFPE

334.7

CDU(22.ed)

UFPE

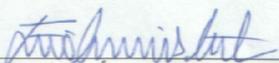
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PIMES/PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ECONOMIA DE

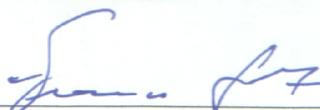
FRANCISCO DE ASSIS GALVÃO BARRETO PINHO

A Comissão Examinadora composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, considera o Candidato Francisco de Assis Galvão Barreto Pinho **APROVADO**.

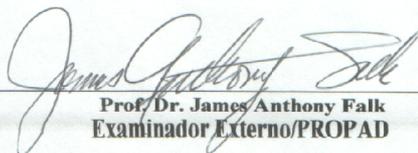
Recife, 21/08/2006.



Prof. Dr. Écio de Farias Costa
Orientador



Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos
Examinador Interno



Prof. Dr. James Anthony Falk
Examinador Externo/PROPAD

Para Lúcia, minha estimada Esposa, companheira de todas as horas, e para nossos Filhos Sandra, Francisco e Luciana.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me permitiu chegar até aqui.

Assim ao término de uma dissertação, embora nunca haja um fim, pois o aprendizado é uma constante em nossas vidas, olhamos para trás e num relance vemos o quanto nos envolvemos no seu processo.

Foram pessoas; autores diversos numa interminável seqüência de consultas; dias e noites que pareciam infundáveis; horas a fio em frente a um computador.

Dentre essas pessoas, quero ressaltar um agradecimento especial ao meu orientador, professor Ecio, incentivador maior dessa caminhada.

À Unimed Recife, através de seus Diretores, pela participação e incentivo na consecução do Mestrado.

Aos colegas Maurício Assuero, Márcia Chacon, Juliana e Irani, que acompanharam de perto nossa trajetória, num incentivo salutar, intelectual e aguerrido.

Às entidades, OCEPE e SINDHOSP, pelo valioso material que colocaram à nossa disposição.

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente – principalmente meus familiares – que me ajudaram e incentivaram com seus conhecimentos e sugestões, o meu mais sincero agradecimento.

RESUMO

O presente trabalho mostra que o cooperativismo, baseado em princípios universais, teve seu surgimento em comunidades da Inglaterra, no século XIX e que ao longo do tempo, e em vários países, surgiram defensores e divulgadores do cooperativismo que com idéias e determinação fortaleceram o movimento e plantaram uma semente fundamental no sistema econômico, capaz de gerar emprego, renda, produção e consumo. No Brasil, também no Século XIX, começam a surgir as primeiras cooperativas com atuação voltada para o setor agrícola, mas devido a instabilidade política do país, o movimento atravessou o início do século XX de forma acanhada, somente passando a ter maior visibilidade por volta de 1960, no contraponto histórico porque essa fase coincide com implantação do regime militar no Brasil que limitou a liberdade de expressão, dentre outras coisas. Após a criação da Organização das Cooperativas do Brasil - OCB, o movimento cooperativista experimentou um crescimento representativo em termos de quantidades de cooperativas e se expandiu para outros setores, dentre os quais cabe destacar as cooperativas de trabalho médico que desempenham um papel fundamental no sistema de saúde suplementar. Dentre as cooperativas de trabalho médico surgiu, em 1966, a Unimed Santos, pioneira no Sistema Unimed do Brasil e, na sua pujança, consta a Unimed Recife que com sua estrutura desempenha um fundamental papel no pólo médico da cidade do Recife. O trabalho destaca, essencialmente, a importância da Unimed Recife no pólo médico do Recife, apresentando-a como uma empresa geradora de emprego e renda para a economia local e de uma das principais unidades hospitalares em termos de estrutura física para atendimento dos seus usuários.

Palavras-Chave: Cooperativas; Trabalho Médico; Unimed Recife

ABSTRACT

The present dissertation shows that cooperativism, based on universal principles, had its sprouting in communities of England, in 19th century and that over time has spread to many countries. Many authors have appeared to defend and promulgate the concept of cooperativism and with new ideas and determination have fortified the movement and planted its fundamental seed in the economic system, here it has been capable of generating jobs, income, production and consumption. In Brazil, also in 19th Century, the first cooperatives started to appear with performance directed toward the agricultural sector. Due to the political instability of the country, however the movement entered into the 20th century in a rather incipient way, only starting to have greater visibility during the 60s. This phase is an historical counter point since it coincides with the implantation of the Brazilian military regime which limited the liberty of speech, among other things. After the creation of the OCB, the cooperativist movement experienced a representative growth in terms of the amount of cooperatives and expanded to other sectors, among which it is worth emphasizing the cooperatives of medical practice that developed a basic role in the supplementary health system. Among the Unimed Santos these cooperatives in 1966, and was the pioneer in the Unimed System of Brazil and with its greatness the Unimed Recife was founded structure gives it a principal role in the medical pole of the city of Recife. The dissertation emphasizes, essentially, the importance of the Unimed Recife in the medical pole of Recife, presenting it as a job and income generating company for the local economy and as one of the main hospital units in terms of physical structure for the medical assistance of its users.

Key-Works: Cooperative, Medical Practice, Unimed Recife

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de cooperativas, cooperados e empregados em 2003	27
Tabela 2 - Dados quantitativos das cooperativas	28
Tabela 3 - Quantidade de cooperativas, por setor, em Pernambuco (2002)	30
Tabela 4 - Atividades Cooperativas no Brasil em junho de 2002	31
Tabela 5 - Custos e Encargos Trabalhistas	34
Tabela 6 - Entidades do complexo Unimed no Brasil em 2005	44
Tabela 7 – Dados quantitativos de leitos Unimeds	44
Tabela 8 - Dados Unimed Recife - 2005	51
Tabela 9 - Relação Especialidades Médicas X N° de Cooperados	55
Tabela 10 - Desempenho anual da Unimed Recife: 2001 - 2005	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Formas de Constituição de empresas	32
Quadro 2 - Particularidades das S/C, sem fins lucrativos e a cooperativa.	33
Quadro 3 - Vantagens e desvantagens do sistema cooperativista e empresa	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Abrangência do Sistema Unimed em Pernambuco	39
Figura 2. Área de Atuação da Unimed no Brasil	43

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Perda do Bem Estar Social	48
Gráfico 2 - Lucro no Ponto de Equilíbrio Financeiro	54
Gráfico 3 - Impacto do Aumento de Preços no Equilíbrio do Mercado	57

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivo Geral	18
1.2 Objetivo Específico	18
2. REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Teoria Cooperativista	21
2.2 Sistema cooperativista no exterior	25
2.3 O Cooperativismo: sua Importância e Evolução no Brasil	27
2.3.1 Cooperativismo no Estado de Pernambuco	29
2.4 As Formas de Cooperativismo: a diferença entre a Entidade Cooperativa e a Entidade com fins lucrativos	32
2.5 As Cooperativas de Trabalho Médico	39
2.6 Sistema Unimed como Cooperativa de Trabalho Médico	42
3. A UNIMED RECIFE E SUA IMPORTÂNCIA NO PÓLO MÉDICO DA CIDADE DO RECIFE	46
4. CONCLUSÕES	60
5. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES	62
6. REFERÊNCIAS	63

1. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde público, em detrimento ao fato de ser o Ministério de Saúde aquele que dispõe da maior dotação orçamental do governo, vem ao longo do tempo sofrendo um desgaste expressivo junto a população, retratado através da falta de profissional especializado (médico, enfermeiro e técnicos diversos) nas unidades hospitalares; da falta de equipamentos médicos ou de remédios; da falta de leitos hospitalares tanto normais quanto de unidade de terapia intensiva, etc. Por não conseguir atender a demanda por serviços de saúde da população, a Constituição Federal prevê que a iniciativa privada ocupe o mercado na qualidade de prestação do Serviço de Saúde Suplementar.

A presença da iniciativa privada no sistema de saúde permitiu um reconhecido avanço tecnológico do setor graças ao intensivo investimento. Porém, garantir o retorno desse investimento tem sido um dos maiores desafios das Unidades de Saúde (entendido como Hospitais, Clínicas e Laboratórios) em função da redução da quantidade de pessoas beneficiárias de planos de saúde. O achatamento da renda da população aliado ao aumento do preço do plano de saúde tem encarecido substancialmente o serviço e como consequência reduzido a demanda por planos de saúde, embora não se verifique redução na demanda por serviços de saúde. Além disso, a competitividade crescente no mundo dos negócios vem exigindo maior dedicação e eficácia das empresas na gestão de suas atividades e isso está ocorrendo com velocidade acelerada fazendo com que a tomada de decisão esteja amparada em informações consistentes. Para tanto, a necessidade de acompanhar a tendência atual do mercado tem levado as empresas a realizarem novos investimentos em infra-estrutura e tecnologia, cujo retorno do capital investido fica inserido num grau maior de incerteza considerável. O dilema a ser resolvido é básico: se a empresa não investir para se tornar

competitiva ela perde espaço no mercado e se investir não tem a certeza de recuperar o capital investido no curto prazo. A velocidade do avanço tecnológico, se por um lado amplia e aperfeiçoa a operacionalização desses procedimentos, por outro lado aumenta os custos em escala crescente, principalmente na área de saúde. Waelkens (2005) faz uma análise sobre custos hospitalares, com as seguintes palavras:

“No gerenciamento do custo, onde se mantém um setor preocupado apenas com a confecção de relatórios, teremos até uma visão eficiente do custo. No entanto, o hospital que além de preocupar-se em criar relatórios bem definidos, chama diversos segmentos constituídos por colaboradores e fornecedores em geral, para fazer uma ampla discussão desses números, sempre procurando meios para qualificar os serviços e baixar os custos, assim, teremos um tratamento eficaz”.

Dessa forma, com a receita equacionada, a geração dos lucros vai depender de um rigoroso controle de custos, que é uma das metas que qualquer administrador deve perseguir independente de qual seja o setor da atividade econômica.

O setor de saúde torna-se interessante objeto de estudo porque algumas premissas básicas do pensamento econômico aplicam-se ao sistema de saúde, tal como as condições de otimização da produção, que mostram que o nível de produto que maximiza a produção, dado um nível de custos, é também o nível de produto que minimiza o custo, dado um nível de produção. No caso específico de uma Instituição de Saúde esse preceito deve ser observado, no entanto, o grau de complexidade e de análise é bastante diferente de uma indústria comum. Por exemplo: se um hospital determina o volume de produto que maximiza seu lucro em q atendimentos, ele deveria negar atendimento ao paciente $q + 1$? Questões externas, como ética, estão inseridas na decisão e administração das empresas de Setor de Saúde que passa a depender, também, de causas externas.

No final dos anos 80, quando os fundos públicos disponíveis tornaram-se mais escassos, segundo VIANA (2001), houve um despertar dos administradores para a alocação de recursos nos hospitais. A Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988,

regulamentou o setor com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS e com a permissão da iniciativa privada para operar no setor como Saúde Suplementar. Nos anos 90, o Setor de Saúde Suplementar cresceu bastante graças a investimentos obtidos diretamente com fabricantes de equipamentos ou através de linhas de crédito ofertadas por órgãos de fomento como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES. Esse crescimento do Sistema de Saúde favoreceu por um lado o desenvolvimento do sistema econômico, como um todo, por inúmeras razões dentre as quais cabe destacar:

- a) a arrecadação do Imposto Sobre Serviços - ISS, no Setor de Saúde é uma parcela expressiva no total arrecadado em cada município do Pólo de Saúde;
- b) de acordo com a Fundação Getúlio Vargas publicado no boletim de indicadores da PROAHSA (2003), é impressionante a capacidade de geração de emprego nesse setor. São gerados em média cinco empregos para cada leito hospitalar existente, e esta razão tende a crescer com a introdução de novas tecnologias na infra-estrutura dos hospitais, diferente do que normalmente ocorre em outros ramos de atividade.

Finalmente, cabe lembrar que o Setor de Saúde também agrega outras atividades relacionadas com a manutenção de equipamentos, serviços de informática e automação, produção de medicamentos, de roupas profissionais, de materiais descartáveis, de gases, e outros serviços de menor complexidade como lavanderia, esterilização, coleta e tratamento de lixo, hospedagem, comercialização, entre outras.

Essas considerações iniciais são pertinentes para entender as ações desenvolvidas no sentido de se preservar a empregabilidade e a geração de renda, incluindo lucros, no Setor de Saúde. Uma das principais ações nessa direção foi a criação das Cooperativas de Trabalho Médico, As Cooperativas Médicas foram desmembradas do ramo do trabalho em 1996 devido

à força no mercado. Assim, passou-se a ser considerado o ramo saúde, embora muitas unidades ainda continuem Trabalho Médico, atividade algumas vezes mal interpretada, inclusive pelos órgãos governamentais.

Esse trabalho se propõe a estudar o Cooperativismo Médico e se são importantes no Setor de Saúde, fazendo um estudo regionalizado da atuação da Unimed Recife no Pólo Médico da cidade do Recife. O trabalho está dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo contempla a introdução, os objetivos gerais e específicos do trabalho. Neste procuramos obter a visão da Organização das Cooperativas do Brasil (OCB) na quais as cooperativas estão ligadas; bem como do Sindicato dos Hospitais de Pernambuco (SINDHOSP) que congrega as unidades hospitalares de todo o estado, bem como tecendo comentários sobre a lei que regulamenta o setor de saúde. O segundo capítulo aborda a revisão de literatura sobre o tema, destacando a teoria cooperativista e descrevendo a origem dos movimentos cooperativos e sua evolução ao longo do tempo tanto no Brasil (particularmente, em Pernambuco), quanto no exterior. Esse capítulo traz, ainda, uma referência ao Sistema Unimed, mostrando sua pujança e representatividade no setor de saúde suplementar. O capítulo terceiro aborda, especificamente a Unimed Recife, vista como uma Cooperativa de Trabalho Médico, avaliando a importância para o Pólo Médico da cidade do Recife. O quarto capítulo trata das tendências cooperativistas no mundo. O principal compromisso do capítulo é mostrar a tendência do sistema cooperativo na Europa, nos Estados Unidos e em outros países da América do Sul, bem como relacionar os benefícios sócio-econômicos desses países com a atuação das Cooperativas. O quinto capítulo traz as conclusões do trabalho, com sugestões para contribuir no aperfeiçoamento dessa relação de trabalho.

1.1 Objetivo Geral

O presente trabalho tem como objetivo geral verificar as bases conceituais que devem nortear o Sistema Cooperativo quanto aos seus objetivos institucionais e verificar a importância da Unimed no contexto da Área de Saúde no Recife.

1.2 Objetivo Específico

- Obter a visão da OCEPE - Organização das Cooperativas do Estado de Pernambuco, quanto às Cooperativas de Trabalho Médico;
- Discutir a atuação do SINDHOSP - Sindicato dos Hospitais, e sua visão da participação cooperativa na atividade médico hospitalar;
- Evidenciar a participação da Unimed Recife - Cooperativa de Trabalho Médico na Região Metropolitana da Cidade do Recife, na Área de Saúde e sua problemática, considerando os aspectos econômicos, financeiros e sociais;
- Demonstrar o comportamento do custo hospitalar;
- Demonstrar a problemática gerada pelos Órgãos Governamentais em interpretar a diferença existente entre a Lei 5.764/71 (regula as Cooperativas) e a Lei 6.404/76 (regula as Sociedades Anônimas);

2. REVISÃO DA LITERATURA

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), define bem em sua Recomendação nº 127, de 21 de junho de 1966, que a Cooperativa é:

“Uma associação de pessoas que se agrupam voluntariamente, para alcançar um objetivo comum mediante a formação de uma empresa, controlada democraticamente; que contribuem com uma quota eqüitativa do capital que se requer, e assume uma justa parte nos riscos e benefícios; e em cujo funcionamento os sócios participam ativamente.” (item 2.1, alínea “a”).

A questão do Cooperativismo, tanto no Brasil quanto em outros países, tem sido visto mais sob o aspecto social do que pelo econômico. Alguns trabalhos enfatizam bastante a importância do Cooperativismo, associando-o a geração de emprego, mas com pouca ênfase na economia local, ou regional. Ou seja, vê-se o Cooperativismo, sobretudo o Cooperativismo de Trabalho, como uma opção para gerar produção e consumo, principalmente quando questões como globalização passou a ser mais discutida nos temas econômicos, quando se debate nos congressos e seminários o progresso tecnológico e o aumento do desemprego.

Na literatura há inúmeros casos bem sucedidos de Cooperativas de Trabalho, muito embora a maior parte dos trabalhos cite a Unimed como excelência de Cooperativismo no Brasil. Pode-se ver em Silva (2001) os resultados do Cooperativismo aplicado na empresa Serco Engenharia, localizada em São José dos Campos, SP. O trabalho mostra que grande parte do sucesso da empresa deve-se a atuação cooperada e de ações reais tais como educação continuada.

Apesar do reconhecido benefício que as Cooperativas trazem para sociedade, não se pode deixar de ter em mente que, se uma empresa tem por objetivo principal a maximização dos lucros, ela não pode deixar de se preocupar com os custos. Assim, a minimização de custos torna-se imprescindível e dessa forma os procedimentos operacionais

devem ser revistos de modo a contribuir com o princípio de otimização. Um caso dessa natureza é visto no trabalho de Otta (2003) que avaliou a implantação de cartão magnético na Unimed Maringá, visando otimizar procedimentos relacionados com a autorização de serviços médicos. O trabalho destaca a inovação do serviço, mostrando-o como um diferencial que poderia ser utilizado como argumento de vendas, no entanto, por se tratar de uma metodologia explanatório-descritiva, não se observou uma avaliação do ponto de vista econômico e financeiro. O importante é que o trabalho mexe num ponto crucial dos financiadores do Sistema de Saúde que é o excesso de serviços por conta do *moral hazard*. Dito de outra forma: o cartão magnético pressupõe um mecanismo natural de autorização *on-line*, no entanto, o risco de procedimentos excessivos e desnecessários torna-se maior, e além disto, um empreendimento dessa natureza requer, obviamente, investimento em rede de comunicação e outros equipamentos de tal forma que a relação benefício/custo, ou outros indicadores (valor presente líquido ou taxa interna de retorno), deveria ser avaliada e utilizada como critério de decisão, ou seja, não basta apenas dissertar sobre benefícios e custos, deve-se mensurá-los para tomar decisões econômicas.

Observam-se na literatura muitos exemplos de projetos destinados a implantação de Cooperativas, a exemplo do que tratou Vasconcelos (2000), onde se apresenta uma metodologia de implantação para elaboração de Projetos de Cooperativas Agropecuárias. Cita-se uma forma de implementação de uma Cooperativa envolvendo três fases: Diagnóstico, Desenvolvimento do Negócio Cooperativo e a Implementação do Empreendimento, propriamente dito. Ou seja, a literatura se restringe a avaliação mais qualitativa do que quantitativas em relação às Cooperativas.

2.1 Teoria Cooperativista

Veras Neto (2002) menciona Pinho na qual conceitua que “o cooperativismo é uma forma de associação de pessoas, que se reúnem para atender às necessidades comuns através de uma atividade econômica, isto obviamente dentro de uma visão liberal e reduzidora do fenômeno do cooperativismo a este viés”. Assim a origem formal do Cooperativismo data da criação da *Rochdale Society of Equitable Pioneers Ltd* (Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale), em 1844, muito embora o sentimento cooperativo e a organização dos homens em defesa de um bem comum sejam observados de muito além.

A sociedade de Rochdale surgiu a partir da iniciativa de 28 operários do setor têxtil, que buscavam sair de uma situação precária para uma situação econômica melhor. Em meio a inúmeras dificuldades, essa sociedade assumiu a personalidade de uma Cooperativa de Consumo e começou sua atividade com um capital de 28 libras, como cita PINHO (2004), valor suficiente apenas para a aquisição de pequenas quantidades de manteiga, farinha de trigo, aveia e vela. Ao longo do tempo, a persistência dos Cooperados foi se traduzindo num rápido sucesso, principalmente a partir do momento em que os Princípios Cooperativistas passaram a ter uma maior divulgação.

Decorrente da força de trabalho semi-escrava, concentração de homens que nem sequer podiam manter suas famílias, os levou a tomar grandes iniciativas que viriam a modificar os Sistemas de Trabalho utilizados até então. Mauad (1999) explora esse tema enfatizando que os homens tiveram a audácia necessária para forjar alguns instrumentos sociais que causaram grande impacto nas suas atividades, a exemplo do Sindicalismo, Mutualismo e Cooperativismo.

Sedimentado em princípios básicos e universais, o Cooperativismo prevê:

- Livre adesão e voluntária;
- Controle democrático pelos sócios;
- Participação econômica dos sócios;
- Autonomia e independência;
- Educação, treinamento e informação;
- Cooperação entre as cooperativas;
- Preocupação com a comunidade.

Registre-se que o Movimento Cooperativista teve defensores NASCIMENTO (2000), divulgadores e incentivadores. Um deles, Robert Owen (1771-1858), desenvolveu as formas de cooperação voluntária e democrática, de retribuição do capital mediante um interesse limitado, de neutralidade política e religiosa e de promoção à educação, e é considerado também como precursor de um Movimento Cooperativista revolucionário na defesa da legislação trabalhista. Owen era filósofo, filantropo e proprietário de uma indústria têxtil localizada em Lanark na Escócia, e dentre suas preocupações sociais, estava o salário de subsistência, que para ele era muito pequeno. Pensando assim, elaborou um Programa de Reforma Social, de caráter prático, que era a criação de comunidades com Princípios de Propriedade Coletiva tanto para a produção, quanto para o consumo. Dessa forma, conseguiu que os operários se organizassem em Cooperativas de Produção, em seus próprios interesses. Um fato marcante em sua trajetória foi a obtenção, em 1814, da primeira Lei Trabalhista que tratava, dentre outros aspectos, do trabalho da mulher e da criança.

Destaque-se também François Marie Charles Fourier (1772-1873), nascido em Besanssau, perdeu sua fortuna em negócios com produtos coloniais que, à época, se constituíam num excelente investimento, mas que entrou em crise causando prejuízos

enormes em seus investidores. A partir daí, Fourier começou a se interessar por problemas sociais, implantando um Sistema Cooperativista agrupando 1.800 pessoas (esse sistema ficou conhecido como “Falanstérios”), cuja finalidade básica era incentivar a produção. Considerado o Pai do Cooperativismo na França, Fourier incentivou práticas democráticas em seus Falanstérios, defendeu a criação de uma Associação Monetária e chamou a atenção, pela primeira vez, para as imperfeições da distribuição da produção no mercado. Publicou, em 1829, um livro sob o título de “Traité de L’association Domestique Agricole”, que era um resumo de suas observações sobre as Cooperativas Agrícolas.

Outro seguidor das idéias de Owen foi George Jacob Holyoake (1817-1906), considerado como historiador do movimento juntamente com outros nomes como George Davidovic e Grozmoslav Mladematz (1944), (SERT, 1998). Holyoake realizou uma Conferência em 1843, em Rochdale, que teve uma grande influência na criação da Cooperativa de Rochdale, pois a tônica de sua palestra versava sobre ajuda mútua e cooperação, dando destaque ao cooperativismo. Difundiu a participação dos operários nos lucros das empresas, expondo suas idéias em livros e periódicos, os quais, também, exerceram influência na expansão do Cooperativismo e vários países onde foram publicados. O manifesto escrito por ele em defesa do cooperativismo, tem o seguinte teor:

- “1°) O cooperativismo, ao organizar a distribuição da riqueza, completa a Economia Política;
- 2°) não prejudica a fortuna de ninguém;
- 3°) não perturba a sociedade;
- 4°) não molesta os haveres do estado;
- 5°) não constitui associação secreta;
- 6°) não quer violência nenhuma;
- 7°) não causa nenhuma desordem;
- 8°) não ambiciona honrarias;
- 9°) não pede privilégios especiais;
- 10°) não reclama favores;
- 11°) não fomenta greves;
- 12°) não anda atrás da ajuda oficial;
- 13°) não têm a concorrência do comércio;
- 14°) sente horror e pelos monopólios e combate-os incessantemente;
- 15°) deseja concorrência sã e honesta, na qual se vê a alma de todo verdadeiro progresso;

16°) significa a responsabilidade pessoal e a participação pessoal num prestígio que o trabalho com pensamento sabe conquistar”.

As Cooperativas Agrícolas tiveram em L'Ange, um funcionário público municipal alemão que vivia na França e que se dedicava à fundação de cooperativas agrícolas para combater a fome e opor-se à ação de atravessadores da produção, tornando-se assim um dos seus maiores incentivadores. Na função pública trabalhou incessantemente para delinear um Sistema Cooperativo de Nacionalização Geral de Alimentos, entre 1790 e 1792. Idealizou um folheto lançado em 1792, que teve grande repercussão, num ambiente considerado revolucionário, intitulado “Meios Simples e Fáceis para Alcançar Abundância e o Justo Preço do Pão”. Mesmo com idéias revolucionárias era um pacifista e pregava a união das famílias como Cooperativas. Acreditava que, com a ajuda do Estado, haveria vantagem para todos, num Sistema Cooperativista, inclusive os ricos.

Outra contribuição para o engrandecimento do Movimento Cooperativo se observa no trabalho de William King (1786-1865), um médico socialista britânico, que via na Organização Cooperativa um meio de reduzir ou eliminar problemas sociais através da melhoria das condições de vida da população. Sua dedicação permitiu a fundação de uma Cooperativa em 1827, precedendo inclusive a sociedade de Rochdale, que ficou conhecida como *The Cooperator* (O Cooperador). Sua influência na Grã-Bretanha foi muito grande entre os trabalhadores, que criaram centenas de Cooperativas.

Na Espanha, destaca-se o trabalho de Sean Joseph Luis Blanc (1812-1882), numa obra publicada que destacava o “Direito do Trabalho” como o mais sagrado dos direitos. Como ativista na Espanha, da Revolução de 1848, defendia que o Estado deveria fornecer capital para criação de unidades sociais, nos vários ramos da indústria. Divulgou fortemente suas idéias e as unidades chamadas “ateliês”, seriam de fato Cooperativas Autônomas de Produção. Na verdade, como pregador do Socialismo e teórico das Normas Cooperativistas,

propunha que os resultados das Cooperativas se constituíam em reservas para futuras necessidades devendo, tais reservas, serem aplicadas também no reembolso ao Estado pelo fornecimento do capital.

O pioneirismo desses pensadores, ativistas, considerados por muitos como utópicos, é um marco reformista e incentivador de uma laboriosa luta social, onde a visão e objetivo comum era a modalidade na qual se protegiam da péssima condição de trabalho, do baixo salário, e buscavam uma condição econômica comum a todos os integrantes cooperativos. Graças a esses pensadores, o conceito de Cooperativismo, isto é, a união de muitos em defesa dos seus próprios benefícios, calcados em objetivos comuns, passou a ser equivalente a uma real reforma no conceito de trabalho.

Acrescente-se ainda ao Movimento Cooperativista, nomes considerados doutrinadores, como Beatriz Potter Webb, Bernard Lavarenge, Charles Gide, George Fauquet, George Larsene e Moises M. Coady, citados por VASCONCELOS (2000).

2.2 Sistema cooperativista no exterior

A tendência do Cooperativismo é vista como fato irreversível. Dois fatores, o caráter sócio-econômico e o aspecto jurídico norteiam, definem e regulamentam as cooperativas. Do ponto de vista legal, as Cooperativas devem, segundo Martins (2003), atentar para alguns aspectos, primordiais à sua formação, quais sejam: objetivo, registro de sua formação, estatutos, condições de filiação, direitos e obrigações, etc., no sentido de não desvirtuar sua finalidade. Como a organização do trabalho voluntário é uma forma de diminuir o desemprego, em qualquer parte do mundo, há de se ter muito cuidado com o que determina a legislação de

cada país, para que formação da cooperativa não seja confundida com outro tipo de trabalho organizado.

No Brasil, como já referido anteriormente, a Lei 5764/71 estabelece suas diretrizes e dá ênfase ao aspecto do trabalho cooperativo no desenvolvimento da atividade do homem sem ligação a determinada empresa, onde ele tem liberdade de execução de suas tarefas no tempo que lhe aprouver. Nos demais países, principalmente na Europa onde nasceu o Movimento Cooperativista e que teve no Socialismo sua maior motivação, a vocação cooperativista é grande, notadamente, Reino Unido, França, Espanha, Itália, Alemanha, México, Suíça e Portugal, possuem grande tradição cooperativista, sendo destaque a Cooperativa de Mondragon, na Espanha, que foi idealizada pelo Padre José Maria em 1955 e hoje é uma das maiores cooperativas do mundo. Atualmente, a Mondragon é uma *holding* e congrega 100 empresas em áreas diferentes, inclusive de crédito.

Nos Estados Unidos as cooperativas são regidas pela *Cooper Volstead Cooperative Marketing Law*, lei instituída em fevereiro de 1922. Há diferença de legislação entre Estados, mas todas seguem a orientação básica da *Cooper Volstead Cooperative Marketing Law*, como também da lei das cooperativas de crédito de 1934.

Destaca-se na América do Sul, além do Brasil, a Argentina, principalmente pelo movimento de imigrantes italianos, alemães e franceses, que incentivaram a prática do cooperativismo. Outros países, como Uruguai, Venezuela e Paraguai, também as adotam em larga escala. Todos esses países seguiram, praticamente, os modelos europeus, inclusive em seus estatutos, adequando-os as suas legislações.

2.3 O Cooperativismo: sua Importância e Evolução no Brasil

O Cooperativismo está bem definido na Constituição através da Lei nº 5764/71, que a diferencia de outras entidades com fins lucrativos. A grande diferença, na verdade, é em relação a seu conceito, que é visto como um conceito jurídico, quando na verdade o é econômico, pois se trata de sociedade de interesse econômico comum, de um grupo de pessoas, em determinado momento, como está explicitado em seu Art. 3º: “*Celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica de proveito comum, sem objetivo de lucro*”.

No Brasil, o século XIX representa o marco do Pensamento Cooperativo, sendo favorecido então pelo sistema econômico da época, intensivo no setor agrícola no qual surgiram as primeiras Cooperativas. Todavia, até o ano de 1930 não havia muito incentivo por parte do governo para que esse movimento se expandisse em direção a outros segmentos da economia. Ao longo do governo Vargas (1938-1945), observa-se um acanhado incentivo para a constituição de Cooperativas, no entanto, esse movimento se torna intenso somente a partir de 1960, quando algumas ações governamentais, como a liberação de crédito para Cooperativas, apontam na direção da aceitação desse Sistema Trabalhista.

Em 1969, em pleno Regime Militar, surge a Organização das Cooperativas do Brasil (OCB), e com isso, o movimento criou força e deixou de ser uma atividade ligada ao setor agrícola para abranger novos segmentos econômicos, a exemplo das Cooperativas de Crédito. A expansão se observou nas décadas subseqüentes e se alastrou pelos vários setores da economia. Segundo dados da Organização de Cooperativas do Brasil - OCB, em 2003, as regiões Sudeste e Nordeste, concentravam 43% e 22,2%, respectivamente, do total de Cooperativas do Brasil. A Tabela 1 mostra a quantidade de Cooperativas nos anos de 2001 e 2003 e destaca a quantidade de Cooperados e Empregados.

Tabela 1. Número de Cooperativas, Cooperados e Empregados em 2003

REGIÃO	COOPERATIVAS		COOPERADOS		EMPREGADOS	
	2003	2001	2003	2003	2003	2003
Centro Oeste	708	325	323.563		13.337	
Nordeste	1.634	1.137	470.717		13.192	
Norte	582	190	133.836		3.035	
Sudeste	3.161	2.434	3.139.878		71.528	
Sul	1.270	1.016	1.694.724		80.934	
Total	7.355	5.102	5.762.718		182.026	

Fonte: Dados da OCB (2003), publicado pelo SEBRAE no Estudo sobre o perfil socioeconômico e gerencial das cooperativas de Pernambuco.

Observa-se que a quantidade de cooperativas no Brasil cresceu 44,16% de 2001 para 2003. Coube à Região Norte o maior crescimento, 206,32% na quantidade de Cooperativas. Embora, individualmente tenha ocorrido crescimento no número de Cooperativas em termos de região, em alguns estados, observou-se uma redução na quantidade de Cooperativas, a exemplo do estado de Pernambuco que apresentava, em 2001, 308 Cooperativas e no ano de 2003 esse número caiu para 249, representando uma perda de quase 20%, este fato pode ser explicado através da política de reestruturação do cooperativismo estadual por parte da OCEPE e SESCOOP-PE, decorrente do descredenciamento de algumas cooperativas ou ainda pela fusão e concentração de algumas cooperativas. A Tabela 2 mostra o percentual de Cooperativas por região, a média de Cooperados, média de Empregados e a relação Cooperado/Empregado por região, com base no ano de 2003.

Tabela 2. Dados quantitativos das Cooperativas.

REGIÃO	% de COOP.	Média de COOPERADOS	Média de EMPREGADOS	Relação COOP/EMP
Centro Oeste	9,6	457,0	18,8	24,3
Nordeste	22,2	288,1	8,1	35,7
Norte	7,9	230,0	5,2	44,1
Sudeste	43,0	993,3	22,6	43,9
Sul	17,3	1.334,4	63,7	20,9
	100,0			

Fonte: elaborado pelo autor com base em dados da OCB

A região Sul apresenta a maior razão de Cooperado/Cooperativa, ou seja, a região Sul tem 1.334,4 por Cooperados e 63,7 empregados pôr Cooperativa. Observe-se que a região Norte tem 230,0 Cooperados por Cooperativa e 5,2 empregados pôr Cooperativa. As Cooperativas desempenham papel importante no Sistema Econômico pelo caráter de empregabilidade, pela geração de renda e pelo controle de ordem social e essa constatação tem por objetivo resgatar o caráter social da Cooperativa que é a empregabilidade.

2.3.1 Cooperativismo no Estado de Pernambuco

A história do Cooperativismo no estado de Pernambuco data, como de resto do Brasil, do século XIX (SEBRAE, 2004 p. 22). De modo igual ao que aconteceu no resto do país, até os anos 30 do século XX, o Movimento Cooperativo em Pernambuco também se mostrou acanhado, com experiências restritas ao Setor Agropecuário. Posteriormente, visto como uma alternativa para enfrentar as dificuldades políticas, econômicas e sociais da época, as Cooperativas passaram a ser vistas, inclusive pelo Estado, como uma forma, e mais que isso, um instrumento, para conter as inquietações sociais, principalmente no campo. Através das Cooperativas o governo visualizava a possibilidade de se aliviar tensões e conflitos numa

época politicamente conturbada com movimentos internos, a exemplo do Tenentismo, e externos como a postura da Alemanha perante o mundo o que culminou com a Segunda Guerra Mundial. No entanto, o interesse do Estado foi mais intensivo no sentido de intervir na economia através das Cooperativas do que propriamente de regulamentar o setor (MC INTYRE, 1997).

No estado de Pernambuco, a timidez do Movimento Cooperativista estava associada a estrutura econômica baseada no poder político e econômico do latifúndio da cana de açúcar, fazendo o movimento ficar restrito a Associação de Pequenos Produtores Rurais, pescadores e artesãos, cuja produção era voltada muito mais para uma Economia de Subsistência do que para uma Economia de Escala. Apesar da inquietação política e do poder das oligarquias, o Cooperativismo começa a ganhar força a partir de 1940. Em meados de 1960, pela necessidade de favorecer a industrialização do país, o governo abre linhas de crédito para Associação de Produtores Rurais e com esse gesto, fica configurado o incentivo público à criação de novas Cooperativas e, mais ainda, tal ação incrementa as atividades das Cooperativas ampliando e consolidando o movimento, desta forma não se pretende excluir a luta dos trabalhadores que em muitos casos enfrentaram, com armas, os latifundiários, mas a abertura de linhas de crédito para as associações foi decisivo porque favoreceu a compra de máquinas, defensivos agrícolas, vacinas, etc. sem as quais o setor agropecuário não teria crescido, Se por um lado, a atuação do governo favoreceu o setor, por outro lado, criou um vínculo que seria visto como instrumento de manipulação das Entidades (o crédito seria mais liberal para aquelas Entidades que seguissem mais à risca o governo, ou seja, para entidades politicamente bem comportadas). Esse vínculo foi quebrado após a promulgação da nova Constituição Federal em outubro de 1988.

Assim, sem a tutela do Estado, mais livre e mais organizado o Movimento Cooperativista faz surgir várias empresas, em diversos setores, com forte expressividade para a economia do Estado. A Tabela 3 mostra esse quantitativo, por região, para o Estado de Pernambuco.

Tabela 3. Quantidade de Cooperativas por setor, em Pernambuco (2002)

RAMO	RMR	ZONA DA MATA	AGREST SERTÃO E	SERTÃO PE	SERTÃO SÃO FCO.	TOTAL
Agropecuário	20	10	15	66	7	118
Consumo	2	0	0	0	0	2
Crédito	8	1	1	1	0	11
Educação	7	1	1	0	2	11
Habitacional	11	0	0	0	0	11
Infra estrutura	1	2	6	4	2	15
Produção	9	1	4	3	2	19
Saúde	51	2	7	2	2	64
Trabalho	82	12	10	9	7	120
Transporte	5	1	0	0	1	7
Turismo	2	0	0	0	0	2
Total	198	30	44	85	23	380

Fonte: Números de cooperativas cadastradas na OCEPE em 2003, publicado pelo SEBRAE no Estudo sobre o perfil socioeconômico e gerencial das cooperativas de Pernambuco.

Como se observa, a concentração das Cooperativas no estado de Pernambuco, ocorre na Região Metropolitana da cidade do Recife, onde atuam 52,11% das Cooperativas (essa tendência de concentração das Cooperativas nas Regiões Metropolitanas das Capitais é observada no país inteiro). A Tabela 3 mostra, ainda, que há uma correlação entre o objetivo da Cooperativa e a economia local. O Setor Agropecuário, por exemplo, forte no interior do Estado, tem 118 Cooperativas, 66 delas, ou 55,93%, no Sertão Pernambucano. De modo igual, das 198 Cooperativas existentes da RMR, 51 são da Área de Saúde e 82 da Área de

Trabalho, ou seja, esses dois setores concentram 133 empresas, ou 67,17% das Cooperativas existentes na RMR, ou seja, na RMR prevalece as Cooperativas de Serviços.

2.4 As Formas de Cooperativismo: a diferença entre a Entidade Cooperativa e a Entidade com fins lucrativos

No Sistema Cooperativista destacam-se aspectos diferenciados que são relevantes pela importância do Cooperativismo na atividade econômica. Dados da OCB indicam que o Sistema Cooperativista possui uma força de trabalho composta por cerca de 4,9 milhões de Associados e organizados em 13 ramos de atividades, conforme pode se observar na Tabela 4.

Tabela 4. Atividades Cooperativas no Brasil em junho de 2002

RAMO	EMPREGABILIDADE POR COOPERATIVA	COOPERATIVAS	COOPERADO	COOPERADOS	EMPREGABILIDADE POR COOPERADO POR EMPREGADOR	EMPREGADOS
Agropecuário	66.8	1.662	526.6	875.136	7.87	111.074
Consumo	36.9	214	6.939.3	1.485.008	187.9	7.902
Crédito	21.0	1.082	1.018.7	1.102.224	48.5	22.712
Educacional	9.8	292	259.5	75.780	26.5	2.864
Especial	1,0	6	340.7	2.044	340.7	6
Habitacional	4.4	332	256.1	85.023	58.5	1.454
Infra-Estrutura	22.3	193	2.990.3	577.120	105.6	5.464
Mineral	0.8	41	1.191.9	48.866	1.437.2	34
Produção	2.0	165	68.9	11.367	35.0	325
Saúde	25.4	898	377.3	338.828	14.9	22.806
Trabalho	2.7	2.100	146.7	307.972	55.1	5.593
Turismo e Lazer	-	8	28.0	224	-	-
Transporte	3.3	626	72.0	45.072	21.5	2.096
TOTAL	196.4	7.619	14.216.0	4.954.664	2.339.27	182.330

Fonte: Organização das Cooperativas do Brasil – OCB 2002

Observe-se que o Setor de Saúde registrava, em junho de 2002, a existência de 898 Cooperativas, ou seja, 11,79% do total das Cooperativas existentes no Brasil, sendo o

segundo lugar no número de empregados e quarto no número de cooperativas. Observe-se, ainda, que do total de Cooperados, 4.954.664, 6,84%, ou 338.828 são Cooperados no Setor de Saúde que empregava 22.806 pessoas, ou seja, cerca de 12,5% do total.

Finalmente, é necessário abordar a problemática gerada pelos órgãos governamentais em interpretar a diferença existente entre a Lei 5.764/71 (regula as cooperativas) e a Lei 6.404/76 (regula as sociedades anônimas). Tratar a Cooperativa da mesma forma que são tratadas as Sociedades Anônimas é, no mínimo, uma atitude de desconhecimento de causa, porque se ambas fossem iguais não haveria necessidade de duas leis diferentes de regulamentação MEINEN (2002). As diferenças formais, no âmbito jurídico, estão bem retratada nos quadros 1 e 2 seguintes. A tabela 5 mostra as diferenças de suas constituições e o quadro 3 procura estabelecer as diferenças entre a sociedade civil sem fins lucrativos; a Sociedade Cooperativa e a sociedade civil/sindical sem fins lucrativos (Sindicatos).

Quadro 1. Formas de Constituição de Empresas

SOCIEDADE COOPERATIVA	SOCIEDADE MERCANTIL
É uma Sociedade de Pessoas	É uma Sociedade de Capital
Objetivo principal é a prestação de serviços	Objetivo principal, o lucro.
Número ilimitado de Cooperados	Número ilimitado de acionistas
Controle democrático: um homem, um voto	Cada ação – um voto
Assembléias: quorum é rateado em número de Cooperados	Assembléias: quorum é baseado no capital
Não é permitida a transferência de quotas-partes a terceiros, externos, à Sociedade.	Transferência de ações a terceiros (permitida)
Retorno proporcional ao valor das operações	Retorno proporcional ao valor das ações

Fonte:Quadro retirado da Oficina Social. Centro de Tecnologia trabalho e Cidadania. Curso de Iniciação e pratica ao cooperativismo (1998), publicado por Veras Neto no Livro Cooperativismo nova Abordagem Sócio-jurídica 2002 pp 24 e 25.

Quadro 2. Particularidades das S/C, sem fins Lucrativos, e a Cooperativa.

	Sociedade Civil S/ Fins Lucrativos	Sociedade Cooperativa	S/c – sindicatos sem fins lucrativos
Objetivo	Diversos	Prestação de Serviços	Representar e defender uma Categoria
Constituição	(Art. 5º, incisos XVII a XXI, e Art. 174, § 2º) Código Civil e Lei 5.764/71	(Art. 5º, incisos XVII a XXI; Art. 8º, inciso I a VIII e Art. 174, § 2º)	CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
Formação	Mínimo 2 pessoas	Mínimo 20 pessoas	Número de pessoas necessárias para ocupar os cargos de Diretoria.
Registros	Cartório de registro de Pessoas Jurídicas da Comarca	Junta comercial	Cartório de registro de Pessoas Jurídicas da Comarca
Patrimônio	Formado por taxas pagas associadas, doações, fundos e reservas	Capital social é formado por quotas-partes ou por doação e empréstimos	Formado pelas arrecadações das necessidades, contribuição sindical, taxa cooperativa, doação diversas
Representação	São representadas por Federação e Confederação	Pela OCB (nível nacional) e OCEP's (nível estadual) e Federação	Federação e Confederação e ainda Centrais Sindicais.
Operações	Auxiliam os Associados na comercialização de produtos e serviços	Realiza atividade comercial (em nome de seus Cooperados)	Atividade econômica é proibida pela CLT.

Fonte: Quadro retirado da Oficina Social. Centro de Tecnologia trabalho e Cidadania. Curso de Iniciação e prática ao cooperativismo (1998), publicado por Veras Neto no Livro Cooperativismo nova Abordagem Sócio-jurídica 2002 pp 24 e 25.

É importante destacar que, além da Constituição Jurídica, há a interpretação dada pelos órgãos governamentais. Veras Neto (2002), diz que: “ (...) a interpretação busca estabelecer o sentido objetivamente válido de uma regra de direito.”

A constituição de uma Cooperativa algumas vezes fica envolta de incertezas por parte dos pretensos cooperados, que tem dúvidas em relação à aposentadoria, direitos trabalhistas, etc, freqüentemente, são confrontados ante os interesses cooperativistas. A Tabela 5 traz uma comparação entre Empresas Com Fins Lucrativos e Empresas Cooperativas no que concerne aos encargos sociais pagos.

Tabela 5. Custos e Encargos Trabalhistas

	FINS LUCRATIVOS	COOPERATIVA	DIFERENÇA
INSS	20,0	15,0	5,0
Salário Educação	2,5	-	2,5
Incra	0,2	-	0,2
Sesi/Sesc	1,5	-	1,5
SENAI/SENAC	1,0	-	1,0
Sescoop	-	2,5	-
Acidente do Trabalho (média)	2,0	-	2,0
Sebrae	0,6	-	0,6
FGTS	8,5	-	8,5
TOTAL	36,3	17,5	18,8

Fonte: Martins (2003. p.86)

Pela Tabela observa-se que a diferença entre os encargos sociais pagos por uma Empresa Comum Com Fins Lucrativos e uma Cooperativa é, em termos absolutos, de 18,8%. Cabe destacar a caracterização de duas categorias de impostos: o Imposto sobre Serviço - ISS, do âmbito Municipal, e o PIS/COFINS, do âmbito Federal. Apesar da natureza eminentemente fiscal, há um tratamento diferenciado, haja vista que, no caso da Sociedade Mercantil se sobressai o aspecto fiscal, enquanto na Cooperativa o enfoque é visto mais pelo lado social. O artigo 146 da Constituição Federal especifica que a legislação do ISS estaria contemplada por Lei Complementar e esta prevê “adequado tratamento tributário ao ato cooperativo praticado pelas sociedades cooperativas”. A natureza do Ato Cooperativo é que a Entidade represente os Cooperados e aja em seus nomes realizando, pois, atividades de seus Associados, dando-lhes condição de desempenharem suas atividades laborais.

Gruppenmacher (2002) expõe duas razões básicas que impedem as Administrações Fazendárias Municipais de cobrar o ISS em relação ao Ato Cooperativo, praticado pelas Cooperativas de Trabalho. A primeira é que não se opera, relativamente ao mesmo, o fenômeno da incidência, pois a natureza médica do ato em si é “representar o Cooperado”, ficando afastada a incidência da regra de tributação. A segunda decorre do fato de que a

atividade é gratuita, da prestação de serviço pelas Cooperativas de Trabalho em relação a seus Cooperados, e, assim, despido de base de cálculo, dessa forma não se dará a incidência da regra de tributação, pois uma vez que os Cooperados já pagam, individualmente, seu imposto, se a Cooperativa o fizesse, ocorreria bi-tributação. Tais fatores não são suficientes para convencimento da autoridade governamental, visto que, apesar de julgados em várias instâncias, em benefício das Cooperativas, os fiscais no exercício de suas atividades, lavram notificação sobre o seu faturamento, ocasionando várias demandas judiciais que se perpetuam no tempo. A consequência é um desgaste natural na relação entre a Fazenda Municipal e as Cooperativas, pois as várias ações impetradas pelas Cooperativas implicam num ônus expressivo.

Em relação ao PIS/COFINS, a Lei 5.764/71, de 16 de dezembro de 1971, define bem que as Cooperativas são Sociedades de Pessoas, com natureza jurídica própria e “não sujeita à falência”, pois os seus resultados têm a finalidade de serem distribuí-los entre os Cooperados, em função de sua proporcionalidade, às operações realizadas por cada um. Assim, sua finalidade de lucro – a sobra é distribuída entre os Associados ou destinada à expansão da Cooperativa. A decisão é tomada em sua Assembléia Anual. Vale ainda acrescentar que é feito um Fundo Reserva, denominado Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social - FATES, destinado à assistência técnica de seus Associados e familiares, constituído de 5% (cinco por cento) das sobras líquidas apuradas no exercício. O fato relevante é que a incidência do PIS/COFINS, nas Sociedades Cooperativas, sofreu mudanças ao longo do tempo, mantendo a incidência sobre a receita CARVALHO E GURGEL (2002). Discute-se judicialmente a exigência do Estado em tributar as Cooperativas sobre o faturamento mensal, ou seja, há uma corrente de pensamento que defende a idéia de que tributar a Cooperativa sobre a receita auferida é um ato jurídico totalmente equivocado, e

isso tem gerado uma demanda substancial em todo o Brasil visando dirimir dúvidas sobre o assunto, sendo já observado, inclusive, várias decisões favoráveis às Cooperativas, mas sempre há processo recursal. Na verdade, apesar de ser uma Pessoa Jurídica, a Cooperativa é um mero instrumento para a prestação de serviços de seus Associados.

Considerando que uma Cooperativa tem uma tributação diferenciada em relação a uma Sociedade Mercantil, fica mais simples entender as razões de mais eficiência mercadológica na Unimed Recife quando comparada as demais Empresas de Planos ou Seguro Saúde. Como uma Cooperativa de Trabalho Médico, a Unimed Recife se enquadra nos benefícios fiscais aqui abordados que são diferentes de uma Empresa de Plano de Saúde Comum, enquadrada como uma empresa com fins lucrativos e, portanto, arca com encargos sociais maiores. Assim, considerando o difícil momento econômico das Empresas de Plano de Saúde, fica fácil entender que a Cooperativa tem uma boa vantagem sob esse ponto de vista.

A seguir são expostas vantagens e desvantagens do Sistema Cooperativista em relação às empresas com fins lucrativos, com a finalidade de contribuir para decisão de futuros Cooperados, fato demonstrado, com bastante propriedade, em Martins (2003) .

Quadro 3. Vantagens /Desvantagens do Sistema Coop. X Empresas com Fins Lucrativos

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> - Surgem postos de trabalho, diminuindo o desemprego; - Pode melhorar a renda dos associados; - Eles podem ter uma remuneração maior do que a do empregado, além do que têm autonomia na prestação de serviços, sem estar sujeitos a horários, reuniões, controles, etc.; - Distribuir renda; - O trabalhador não é subordinado, não tem horário de trabalho; - É autônomo. - Participa de uma estrutura organizacional horizontal e não piramidal; - O cooperado é segurado da Previdência Social na condição de autônomo e tem direito a aposentadoria; - Possibilita que o trabalhador vire um verdadeiro empresário e tenha seu negócio próprio, podendo tomar decisões. Envolve ao mesmo tempo ser empresário e trabalhador; - Há um prestígio da democracia, pois o trabalhador adere voluntariamente à cooperativa; - O resultado do trabalho dos cooperados é dividido entre eles mesmos; - O trabalho sobrepõe-se como elemento principal em relação ao capital; - Respeita os esforços de cada pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perda da carteira assinada e dos direitos de empregado; - Podem existir fraudes que visem prejudicar os direitos dos trabalhadores; - Muitas vezes o trabalhador entra na cooperativa pensando que terá os mesmos direitos de um empregado.

Os Sindicatos entendem que a Cooperativa é uma forma de perda da unidade da categoria, pois diminui a receita da entidade sindical. Há uma reação das empresas, pois enxergam que como concorrentes levam vantagens, pois possuem custos sociais muito menores. Dessa forma tem condições de ter preço do produto ou serviço inferior ao preço de mercado. Longe de querer extinguir a discussão, cabe salientar, que a vantagem ou

desvantagem pode ser entendida como um julgamento de valor relativo. O que é desvantagem para um pode ser uma vantagem para outro. No entanto, com base no exposto, busca-se mostrar os pontos de vistas de uma das formas jurídicas.

2.5 As Cooperativas de Trabalho Médico

A origem das Cooperativas de Trabalho Médico data de muito depois da criação da Unimed. Caracteriza-se por prestar, exclusivamente, trabalho médico, compreendendo diversas especialidades, obedecendo todos os princípios cooperativos. As cooperativas de trabalho médico, a exceção do Complexo Unimed que é um sistema bem definido, está ligada à Federação Nacional das Cooperativas Médicas - FENCOM, constituída em 26 de maio de 1994, e teve seu registro em 9 de setembro do mesmo ano. Seu objetivo foi a elaboração de um Plano de Ação que permitisse o intercâmbio de serviços entre as Cooperativas, como também concentrar as atividades junto a fornecedores, o que permitiria a aquisição de produtos a preços menores e assim uma substancial redução de custos. A iniciativa veio de algumas Cooperativas de Trabalho Médico que se viam “soltas” do Sistema e necessitavam se agrupar para melhor enfrentar o mercado. Assim a Felicoop, Santacoop, Matercoop e Coopbaleia todas sediadas em Minas Gerais, juntamente com a Coopanest e Ginecoop, fundaram a FENCOM.

Com a implantação de atitudes voltadas a dar apoio às singulares, a FENCOM tem investido numa estrutura sólida - política, econômica e administrativa - para que esse apoio tenha sustentabilidade e possa permitir seu desenvolvimento e, conseqüentemente, de suas filiadas. Hoje fazem parte da Federação, segundo dados da Cooperativa Nacional de

Trabalho - COONAT, 35 afiliadas, entre elas a Coopanest, Coopbaleia, Concoop, Coopnote, Santacoop e Gicoop, etc.

Conforme referido anteriormente, o exemplo citado em vários trabalhos sobre Cooperativismo tem sido o caso da Unimed. Buscando manter sintonia com esse sentimento, expõe-se, no gráfico abaixo, a atuação do Sistema Unimed em Pernambuco. Com o slogan forte “**aqui você é atendido pelo dono**” a Unimed se consolidou como uma empresa de excelência na área cooperativa.



Fonte: Unimed Recife – Boletim da Federação Pernambucana das Cooperativas Médicas 2005

Figura 1. Abrangência do Sistema Unimed em Pernambuco

É importante comentar, que as Cooperativas de Trabalho Médico, a exemplo de outras Cooperativas, não são isentas de tributação, no entanto, gozam da não-incidência tributária, isto é, inexistência de tributação sobre os Atos Cooperativos CARVALHO E GURGEL (2002) e quando comercializam planos de saúde estão submetidas às normas ditadas pelo governo, que não diferenciam, em absoluto, uma Empresa com Fins Lucrativos de outra sem Fins Lucrativos.

A base regulamentar do mercado de planos e seguro saúde é a Lei 9.656, sancionada em 03 de junho de 1998. Modificada, posteriormente, através de medidas provisórias, que se renovavam a cada trinta dias, eram complementadas pôr resoluções do

Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, e que tinha até o final de 1999, a Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde como seu órgão executor. Inicialmente, todo o modelo projetado foi baseado na legislação securitária e que, posteriormente, teve que ser modificada em grande parte, para atender o setor específico da saúde, muito embora ainda perdurem posições da área de seguros. Somente em 28 de janeiro de 2002, é que foi sancionada a Lei 9.961 que cria a Agência de Saúde Suplementar, uma Autarquia sob regime especial e que está vinculada ao Ministério da Saúde, que passou a acumular as atribuições da Saúde e da Fazenda na regulamentação do setor.

Observando-se essa regulamentação surgem vários questionamentos que, aparentemente, depõe contra a eficácia dessa regulamentação, dentre os quais, pode-se destacar:

- Se os Membros, dos vários Conselhos previstos na lei, em reunião discutem, ouvem e acatam a voz do Setor;
- A uniformidade dos percentuais de reajustes para todas as Operadoras quando se sabe que a dimensão de cada Operadora apresenta custos e particularidades diferentes;
- Problemas de comunicação entre o gestor público e as Operadoras tendo em vista o fato de não haver publicidade das atas dessas reuniões, dos vários Conselhos previstos na lei;
- Cobrança unilateral para que a Operadora divulgue seus balanços através de jornais de grande circulação (e também no Diário Oficial), sem a contrapartida do gestor público.

Parece um sentimento comum do mercado que se houvesse resposta, no sentido de mudança de comportamento, para questionamentos acima (e outros afins), colocariam a

ANS como uma entidade parceira, que viesse a ajudar e orientar o Sistema Suplementar e não somente como entidade fiscalizadora e cobradora de resultados, algumas vezes impossíveis de serem atingidos. Na prática não se questiona a necessidade do Agente Regulamentador da Saúde Suplementar, mesmo porque, a sua ausência possivelmente geraria demandas judiciais intermináveis com danos, sobretudo para a população, posto que, a velocidade das decisões judiciais atualmente no Brasil é lenta.

Em resumo, pode-se afirmar que, por estar associada a uma atividade, cujo principal compromisso é salvar vidas, na Cooperativa Médica não há protecionismo em nenhuma área, ou seja, se uma Cooperativa busca crédito para novos investimentos, não tem beneficiamento de taxas, por exemplo.

2.6 Sistema Unimed como Cooperativa de Trabalho Médico

O Sistema Unimed compreende um complexo de Cooperativas de âmbito nacional. É constituído por todas as Unimeds além de uma variedade de empresas constituídas para apoiar e fortalecer, assim relacionadas:

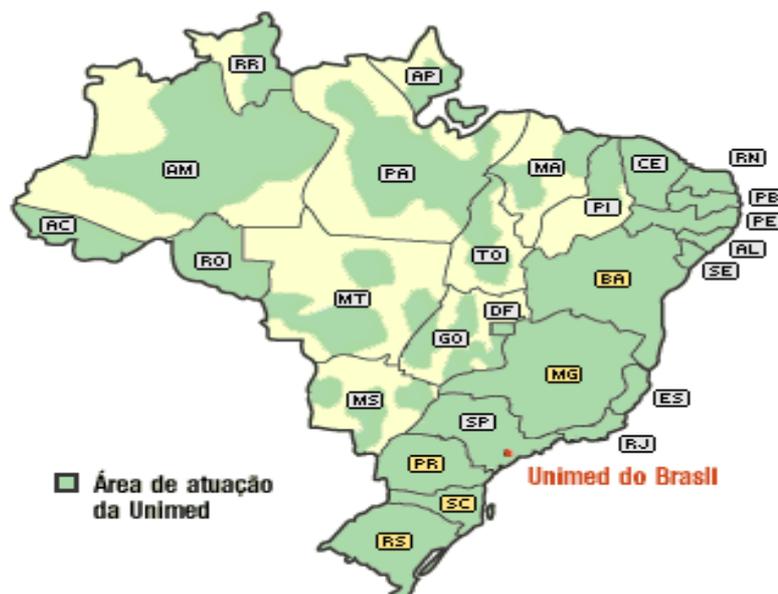
- Unimed do Brasil;
- Unicred do Brasil;
- Fundação CEU - Centro de Educação das Unimeds;
- Unimed Corretora;
- Unimed Participações;
- Unimed Seguradora ;
- Unimed Administração e Serviços;;
- Unimed Produtos e Serviços Hospitalares;

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

O Sistema Unimed permite atendimento no país inteiro através do intercâmbio, no entanto, apesar de ligadas pelo intercâmbio, cada Unimed tem personalidade jurídica própria e independente, com metas e Princípios de Cooperativismo e a organização se integra da seguinte forma:

- As Unimeds que atuam em âmbito Municipal são denominadas Singulares;
- As Singulares localizadas num mesmo estado se organizam em Federações Estaduais;
- As Federações Estaduais se reúnem numa Confederação Nacional, denominada Unimed do Brasil.

Na Figura seguinte, observa-se a área de atuação da Unimed em todo Brasil. Comparativamente a área total do Brasil, vê-se que a área de abrangência da Unimed é representativa e que nos estados das regiões Nordeste, Sudeste e Sul, a abrangência é total.



Fonte: Livro Unimed 30 anos, Edição Cartaz Editorial LTDA São Paulo 1997.

Figura 2. Área de atuação da Unimed no Brasil

Contando com as Singulares, Federações Estaduais e a Confederação Nacional, a Unimed tem 386 Cooperativas correspondentes a 43% de um total de 898 cooperativas, sendo a maior Rede de Assistência Médica do país com mais de 95 mil Médicos Cooperados e cerca de 11 milhões de Usuários.

No entanto, apesar da solidez que o Sistema apresenta e de ter se configurado como uma referência de atendimento e Cooperativismo no Serviço Médico, em 1997, a marca e a história da Unimed, construída com muito empenho desde 1967, foram abaladas por duas questões: a) a primeira questão está relacionada com uma dissidência ocorrida no Sistema, atribuída ao desgaste político; b) a segunda questão está relacionada com problemas financeiros que levaram a empresa ao regime de direção fiscal, ou seja, intervenção por parte da ANS que chegou, na época, a pedir a liquidação da instituição, fato não ocorrido graças a ação dos Médicos Cooperados que aportaram fundos, com recursos próprios, cujo objetivo era cobrir perdas e restaurar a credibilidade da empresa no mercado. Esse envolvimento mostrou a força da sociedade e o grau de comprometimento dos Cooperados. Apesar dos esforços, algumas Singulares nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e no Distrito Federal, tiveram suas atividades encerradas. Cabe salientar, no entanto, que os problemas financeiros ocorridos foram decorrentes principalmente de inadimplência de empresas públicas que mantinham contratos com as Unimeds. Esse fato possibilitou a criação da Aliança Cooperativista Nacional Unimed, abrangendo Norte, Nordeste e Centro-Oeste, cabendo à Unimed Brasil as regiões Sudeste e Sul. Essa cisão foi prejudicial tanto para a Aliança, quanto para Unimed Brasil. A Aliança teve também problema por não poder manter a Câmara de Compensação que fazia o acerto de conta entre as Singulares decorrente dos atendimentos via intercâmbio. Atualmente, o equilíbrio financeiro foi restaurado, a credibilidade por parte do mercado voltou e a nova diretoria da Unimed Brasil fixou como meta principal, a reunificação

do Sistema uma vez que Aliança Cooperativista Nacional Unimed Deixou de existir em 2004. A Tabela 6 mostra que, apesar dos percalços a Unimed Brasil, ocupa uma posição de destaque no Sistema de Saúde do país.

Tabela 6. Entidades do Complexo Unimed no Brasil em 2005

ESPECIFICAÇÃO	ORIGEM	QUANTIDADE
Hospitais	Rede Própria	58
Pronto-Atendimento	Rede Própria	65
Leitos	Rede própria	3.200
Laboratórios	Rede própria	22
Centro de diagnóstico	Rede própria	10
Hospitais	Conveniados	6.500
Clínicas	Conveniados	6.600
Laboratórios	Conveniados	1.500

Fonte:Relatório Unimed do Brasil - dez/2005

Tabela 7. Dados quantitativos de leitos Unimeds

		BRASIL	UNIMED	%
TOTAL	HOSPITAIS	6.558	58	0.9
	CLINICAS	6.600	-	-
	LABORAT	1522	22	1.4
	CDs	4510	10	0.2
	PAs	65	65	100,0

Leitos por Hospitais = 55.2%

Destaca-se assim o complexo Unimed como grande comprador de serviços.

3. A UNIMED RECIFE E SUA IMPORTÂNCIA NO PÓLO MÉDICO DA CIDADE DO RECIFE

Em 1971, após seis anos do surgimento da Unimed de Santos (primeira Cooperativa Médica do mundo), foi constituída a Unimed Recife, com o apoio de médicos da Sociedade de Medicina e do Sindicato dos Médicos de Pernambuco. A empresa foi aos poucos se consolidando e em 1976 teve a iniciativa de registrar a marca Unimed no Departamento de Marcas e Patentes do Ministério da Indústria e Comércio. Posteriormente, cedeu ao Sistema o uso da marca já consolidada. Ao longo do tempo, a Unimed Recife foi aumentando seu mercado, ocupando espaços, expandindo seu quadro de Cooperados, seu quantitativo de usuários e desenvolvendo uma Gestão Administrativa Profissional.

Em 1982, na gestão do médico Dr. João Mário Correa de Araújo foi inaugurada a sede própria com a presença de representantes das Cooperativas Médicas do Brasil, (inclusive do Dr. Edmundo Castilho, fundador da Unimed Santos). Em 1987, foi promovida a primeira grande Reforma Administrativa na gestão do Dr. Livio Malicônico, colocando a Unimed Recife entre as grandes Operadoras de Planos de Saúde. No entanto, a empresa necessitava de reformulação porque todo serviço hospitalar era feito através de entidades terceirizadas, notadamente, hospitais particulares. Essa cadeia hospitalar de credenciamento representava um custo bastante elevado e, além disso, aos médicos Cooperados cabia apenas a remuneração pelas consultas médicas, enquanto a remuneração por serviços hospitalares, de modo geral, fluía para a rede conveniada.

Em 1996, assume uma nova diretoria composta pelos médicos Dr^a. Maria de Lourdes Correa de Araújo (Diretora Presidente), Dr. Antônio José Barbosa da Cruz (Diretor Secretário) e Dr. Divaldo Gomes Bezerra (Diretor Tesoureiro). Com essa diretoria, através de

um ousado planejamento estratégico iniciado nesse mesmo ano, a Unimed Recife iniciou um processo de criação de unidades próprias para melhor atender seus usuários e reduzir os seus custos hospitalares, centralizando seus procedimentos de atendimento médico-hospitalar. Apesar da Unimed Recife, centralizar procedimentos na sua rede própria, o pólo médico foi afetado com o cancelamento da rede credenciada, com tudo houve apenas transferência de local de atendimento, ou seja, a centralização dos procedimentos da Unimed Recife, ao contrario, acabou contribuindo para aumentar o nível de emprego, pois houve contratação de pessoal administrativo e mão-de-obra especializada, como pode ser visto nos relatórios anuais do Conselho de Administração da própria Unimed Recife. A centralização de procedimentos implicou num processo seletivo natural dentro desse segmento decorrente principalmente de três fatores:

- 1) Redução no poder aquisitivo da população motivado por problemas econômicos, tais como o processo inflacionário;
- 2) A criação da Agência Nacional de Saúde - ANS, que veio regulamentar o setor, aplicando regras para as operadoras muitas vezes distorcidas da realidade do mercado, ou seja, decisões tomadas sob o manto do Direito e distantes dos preceitos econômicos, como por exemplo, a fixação do reajuste anual de percentual único para todas as operadoras, independente do seu tamanho, quando na verdade as operadoras apresentam custos diferentes em função de sua estrutura e complexidade;
- 3) Aumento expressivo dos custos hospitalares destacando-se os equipamentos hospitalares e as drogas.

A Unimed Recife, tem como concorrentes diretas as seguintes empresas: Sul América, Bradesco Saúde, Excelsior e Medial. Essa concorrência se fez sentir em duas

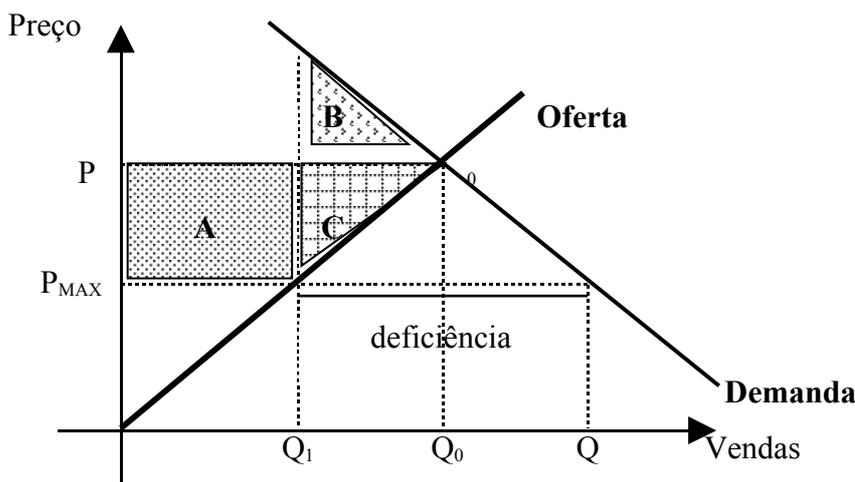
frentes: a primeira para as classes “A”, “B” e “C” média; a segunda para a classe “C” baixa e “D”. As três primeiras faixas são disputadíssima pelo Sul-América Saúde, pelo Bradesco Saúde e pela Unimed Recife. Nas demais classes, das grandes empresas no setor, apenas a Unimed está presente.

Outro fato observado no pólo médico que acirrou a concorrência foi os investimentos alocados na modernização da infra-estrutura das unidades hospitalares e na aquisição de equipamentos hospitalares sofisticados, de alta complexidade e de última geração tecnológica. Por um lado, a avanço tecnológico contribuiu para que o pólo médico fosse reconhecido no país inteiro como um centro de atendimento e qualidade, mas por outro lado, resultou num grande aumento dos custos hospitalares e na quantidade de atendimento, levando a um excesso de procedimentos desnecessários no sistema de saúde, ou seja, pelo fato de que não se observou correlação entre exames e doenças FREITAS (2002).

Em função de vários aspectos (como a redução do poder aquisitivo já referido e a própria interferência governamental via ANS), algumas operadoras entraram no processo de Direção Fiscal (intervenção) decretada pela ANS e algumas delas saíram do mercado, fato que ocasionou o fechamento de várias unidades hospitalares, na cidade do Recife, porque as empresas tiveram suas receitas reduzidas por conta da evasão de usuários e do aumento de custos SINDHOSP (2003). Houve ainda, um re-direcionamento no mercado por parte das seguradoras no sentido de atender mais os chamados planos empresariais, do que individuais, no entanto, o bem-estar social não está sendo afetado apenas pela redistribuição de usuários entre as empresas que continuam no mercado, mas também pelo controle de preços no setor imposto pela ANS. O fechamento de uma unidade hospitalar provoca uma redistribuição dos pacientes para outros hospitais, desloca mão-de-obra, e cria novas relações de negócios, pois cada convênio tem parâmetros de atendimento que variam de unidade para unidade hospitalar.

Assim, com a mudança no mercado, a partir do fechamento das unidades hospitalares, a Unimed Recife vislumbrou um mercado mais amplo e se adaptou investindo em infraestrutura, disponibilizando dois hospitais com modernos equipamentos, investiu em *marketing* destacando a importância do paciente ser atendido pelo dono da unidade hospitalar.

Enfatizando que a saída das empresas do mercado ocorreu, também, por conta do controle de preço, cabe destacar que a implicação econômica para controle de preços observada tanto no excedente do consumidor, quanto no excedente do produtor, posto que neste caso as operadoras de serviços médico, são obrigadas a praticar preços abaixo do preço de mercado. O gráfico 1 resume o efeito do controle de preços.



P_0 = Preço de Equilíbrio, P_{MAX} = Preço fixado pelo governo, Q_0 = Preço de Equilíbrio original, Q_1 = Novo ponto de equilíbrio (negativo), A = Consumidores que podem ainda adquirir plano, B = Consumidores que não podem adquirir plano, C = Perda das operadoras

Gráfico 1. Perda do bem estar social

Quando o preço máximo é fixado em P_{MAX} , que está abaixo do preço de equilíbrio, P_0 , o excedente do consumidor (área limitada pela curva de demanda e linha de preços) aumenta gerando ganho para os consumidores. Os produtores perdem. A queda nos preços aumenta a quantidade consumida. No entanto, há uma redução nas vendas de Q_0 para Q_1 , pois o preço interno estabelecido está abaixo do nível que equilibra o mercado (P_0, Q_0).

Os consumidores com maior poder aquisitivo estão agora em situação melhor, pois são beneficiados com a fixação do reajuste mínimo. Como muitas operadoras não suportam negociar com o reajuste mínimo dado pelo governo, pois seus custos excedem o seu preço mínimo fixado, saem do mercado. As que ficam recebem menos por seus produtos. Perdem as operadoras, perdem os consumidores e perde o governo, pois sua arrecadação agora é menor. No gráfico anterior, o retângulo “A” representa os consumidores que ainda podem adquirir o seu plano de saúde, pois desfrutam de uma elevação do excedente do consumidor; O triângulo “B” representa os consumidores que não podem mais comprar o seu plano, pois perdem o excedente e o triângulo “C” mede a perda adicional de excedente do produtor, tanto daqueles que saíram do mercado, quanto daqueles que continuam, porém vendendo menos. Tem-se assim, o excedente do consumidor representado por “A” e “B”, como “A” é maior que “B” a variação líquida é positiva. Como o triângulo “C” mede a perda adicional do excedente do produtor-vendedor a variação total desse excedente é “-A” e “-C”, isto é, as operadoras de seguro e plano de saúde sofrem uma grande perda em decorrência desse controle de reajuste pela agência governamental.

Assim, o bem-estar da sociedade é afetado quando o preço é tabelado por conta de uma ação governamental que autoriza reajustes iguais para todas as operadoras. Com isso o governo nivela por baixo quando despreza o tamanho e complexidade de cada operadora.

Do ponto de vista de ocupação de mercado, a concorrência entre as empresas que atendem a modalidade de assistência à saúde suplementar na cidade do Recife, atualmente, é muito grande, pois a cidade é um pólo importador, isto é, recebe um número muito grande de usuários de outros Estados, pelo que apresenta de meios tecnológicos e de mão-de-obra especializada para atender à saúde. Segundo dados da ABRAMGE, 70% de sua população do Recife é atendida pelo Sistema Único de Saúde - SUS, através de unidades públicas ou de

unidades particulares conveniadas. Cabe, aos 30% restantes de atendimentos feitos através de Seguradoras (8,24%), Empresas de Medicina em grupo (8,06%), cooperativas (7,48%), autogestão (3,15%) e outras empresas (4,14%) FREITAS (2002).

Nos hospitais, os conflitos gerados, além dos relativos a abordagem comportamental entre profissionais de saúde e a área administrativa são oriundos da necessidade de garantir um resultado ótimo com menor despesa. Com a crise do Sistema de Saúde que culminou com o fechamento de hospitais, conforme acima referido, a Unimed Recife ampliou seu espaço no mercado. No entanto, visando evitar a seleção adversa, por conta da informação assimétrica no sistema de saúde, a Unimed Recife instituiu um setor específico para análise do pretendente, sendo esse trabalho realizado por um corpo de peritos médicos, absorvendo esse custo adicional, pois quando ocorre o caso do pretendente ter, por exemplo, uma doença pré-existente, a orientação é para aceitação do mesmo, mediante o cumprimento de um determinado período de carência, de acordo com a legislação da ANS.

A necessidade de reduzir custos como o maior controle de suas atividades e trabalhar com mais eficiência, buscando melhores resultados levou a Unimed Recife a tomar algumas atitudes tais como:

- Transferência para um novo Centro Administrativo da rua Henrique Dias numero xxx, para a Avenida Lins Petit número 140, no mesmo bairro da ilha do Leite, tendo a nova sede uma área de 2000 m² prédio com quatro pavimentos, visando atender usuários e Cooperados, com maior qualidade e conforto;
- Unidade de Pediatria com atendimento, de 24 horas, por uma equipe de 84 médicos, ofertando serviços como UTI móvel, Vacinação e Teste do Pezinho;

- Atendimento Domiciliar especializado, com UTI's móveis, e chamadas realizadas através de *Call Center*;
- Unidade de Atendimento em Olinda com capacidade de realização de pequenas cirurgias, além de atendimento cardiológico, pediátrico e clínica geral;
- Um hospital com 43 leitos de enfermaria, apartamentos, UTI e unidade de recuperação e atendimento de urgência, com funcionamento ininterrupto;
- Outra unidade hospitalar, um complexo e moderno centro de saúde, com 94 leitos (enfermaria e apartamentos), 10 leitos de UTI geral, 5 leitos de UTI coronariano e 6 salas de cirurgia.

Essa estrutura foi planejada para uma ocupação gradual do mercado, pela Unimed Recife, não se referindo apenas às unidades hospitalares, como também a acessibilidade aos serviços de saúde pelos usuários dos planos de assistência suplementar, com forte atuação na cidade do Recife e região metropolitana. A Tabela 8 resume a capacidade atual da Unimed Recife.

Tabela 8. Dados Unimed Recife – 2005

ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE
Usuários	103.888
Médicos cooperados	1.797
Empregos diretos	998
Hospitais	02
Leitos	160
Pronto-atendimento	02
<i>Home-care</i>	01
Atendimento domiciliar	01
Núcleos odontológicos	02
Centro de triagem	01

Fonte: Relatório Unimed Recife – dez/2005.

Considerando que o estado de Pernambuco tem, segundo dados da ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina em Grupo, 700 mil usuários de planos de saúde e a cidade do Recife tem aproximadamente 31% de sua população assistida por seguro saúde FREITAS (2002), ou seja, cerca de 463 mil habitantes. Observe-se que desse total, 104 mil, ou 23,76% são atendidos pela Unimed Recife, isto é, pouco mais de um quinto da população do Recife são usuários dos serviços da Unimed Recife.

Do ponto de vista econômico, a presença da Unimed Recife no importante pólo médico da cidade do Recife, tem sido um referencial fundamental para dinamização do Sistema de Saúde Suplementar. Alguns aspectos, que referendam esta posição, são:

- a) Investimento em equipamentos novos e manutenção de dois hospitais próprios, com equipamentos de última geração;
- b) Geração de 998 empregos diretos e dispõe de 1.797 médicos Cooperados;
- c) Manutenção de convênios com 108 hospitais, 33 clínicas e 56 laboratórios credenciados, para realização de exames e cirurgias;

Além da rede própria acima descrita e dos 108 hospitais, 33 clínicas e 56 laboratórios credenciados, comparativamente aos outros convênios, trata-se de uma grande rede de atendimento, pelo diferencial de ter rede própria para qualquer tipo de atendimento.

No entanto com a busca de otimização de seus resultados, ao iniciar seu processo de unidades próprias, notadamente os hospitais, a Unimed Recife deparou-se com grandes realidades: a primeira, ao observar que o preço dos medicamentos adquiridos eram bem inferiores daqueles cobrados pelos hospitais terceirizados, em virtude, principalmente das altas taxas que lhes eram acrescentadas, o que provocava um impacto nos custos; a segunda que os medicamentos incluídos nas faturas eram sempre os de alto custo, quando havia no mercado medicamentos com a mesma composição química, a custos bem menores.

Esses fatos levaram a Unimed a instituir um Manual de Padronização de Medicamentos onde consta, além dos nomes de cerca de 500 medicamentos; a que se destina; seu princípio ativo; composição; utilização; posologia, etc. Este rol de medicamentos serve de orientação aos seus cooperados, não os impedindo, no entanto, de receitar os medicamentos que acharem mais convenientes aos seus pacientes.

Com a nova realidade ao ter hospitais próprios sentiu a necessidade de conhecer precisamente seus custos hospitalares, levando-a a contratar empresa especializada para implantar um sistema de custos adequado às suas necessidades. Era de suma importância ter um conhecimento de suas despesas, notadamente seus custos hospitalares para tomar as medidas necessárias para corrigir as distorções.

Um outro fato que merece destaque é quanto aos atendimentos nas urgências. O índice de internamento nas unidades próprias, decorrente das consultas de urgência são relativamente menores, considerando sua comparação com as unidades credenciadas. Enquanto nestas o índice chegava a 6,0% (seis por cento), nas unidades próprias o índice não chega a 1,0% (um por cento), de acordo com os levantamentos estatísticos da própria Unimed, feitos periodicamente.

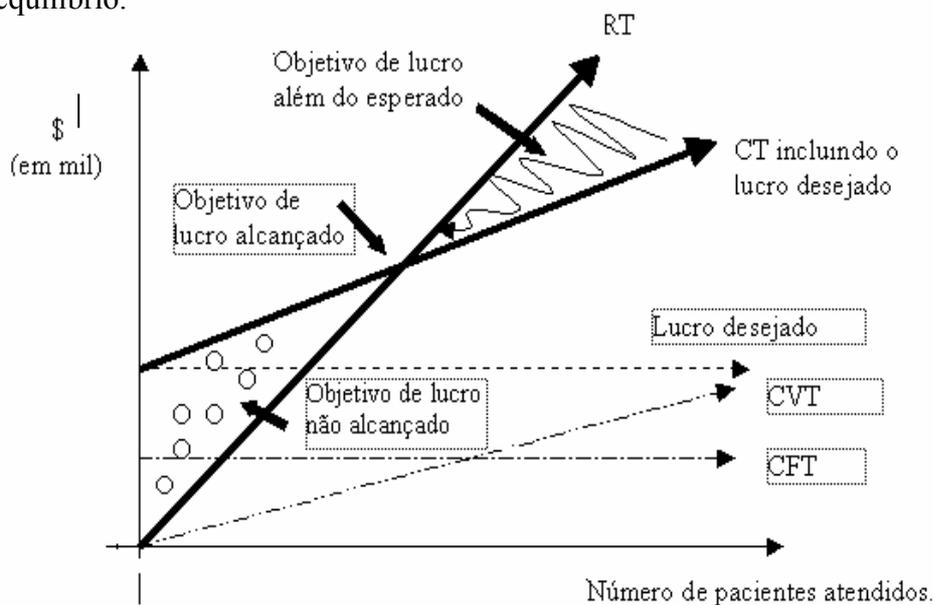
De acordo com Falk (2001), o sistema de controle de custos é componente do sistema de informações financeiras, para uma análise efetiva e assim permitir aos gestores uma tomada de decisão adequada. Ainda Falk, cada gestor (departamento, setor, unidade, etc.) deverá ser o responsável direto de seus resultados através de um controle efetivo, o que o leva a manter uma atividade constante de acompanhamento por procedimento realizado.

Como disserta STONER e FREEMAN (1995), deverá haver sinergia em qualquer ambiente para se obter o melhor resultado, e adianta que em um ambiente organizacional, a sinergia aplicada significa que quando os diferentes departamentos de uma organização

trabalham cooperando e interagindo entre si, o resultado é mais produtivo que se trabalhassem isoladamente. Assim, cada gestor controlando e sendo responsável pelos seus custos estão em consonância com os objetivos da organização, impedindo e minimizando os efeitos negativos que viriam atingir os demais setores. O resultado é que o usuário é beneficiado, pois os preços finais tendem a diminuir.

Isto é bem uma característica de uma unidade hospitalar, pois em seu seio há uma série de atividades econômicas bem definidas como se fossem “pequenas empresas dentro de uma maior”. É tal a diversidade de atividades que, se não forem bem acompanhadas, podem representar prejuízos e com isso elevar seus custos. Dentre essas atividades destacam-se lavanderia, hotelaria, lanchonete, restaurante, pastelaria, farmácia, etc. Assim, o sistema de custos implantado ofereceu à Unimed um retrato bem diferente daquele que supunha ter.

O acompanhamento dos custos, conforme salienta Falk (2001), faz-se levando em conta seus custos fixos e variáveis e qual o impacto em cada procedimento, conseqüentemente no custo total. É demonstrado, no Gráfico 2, os efeitos dessas variáveis e onde se situa o ponto de equilíbrio.



Fonte: FALK, James Anthony, Gestão de Custos Para Hospitais, p.129 e E. Atlas- São Paulo,2001.

Gráfico 2. Lucro no ponto de equilíbrio financeiro

Em termos de especialidade, a Unimed apresenta quase que uma universalidade de especialistas, conforme pode ser visto na Tabela 9.

Tabela 9. Relação Especialidades Médicas X N° de Cooperados

Especialidades Médicas	N° de Cooperados	% Especial. / Coop.
Acupuntura	8	0,5
Alergologia	19	1,2
Angiologia	36	2,3
Cancerologia	16	1,0
Cardiologia	152	9,5
Cardiologia Pediátrica	10	0,6
Clínica Médica	179	11,2
Dermatologia	77	4,8
Endocrinologia	37	2,3
Fisiatria	16	1,0
Gastroenterologia	39	2,4
Geriatrics	10	0,6
Ginecologia/Obstetrícia	274	17,1
Hematologia	13	0,8
Hepatologia	5	0,4
Homeopatia	4	0,3
Mastologia	24	1,5
Medicina do Trabalho	15	0,9
Nefrologia	13	0,8
Neurologia	44	2,3
Neuropediatria	10	0,6
Oftalmologia/Cirurgia Oftalmológica	120	7,5
Ortopedia/Traumatologia/Cirurgia Ortopédica	82	5,1
Otorrinolaringologia / Cirurgia Otorrinolaringológica	59	3,7
Pediatria / Neonatologia	177	11,1
Pneumologia	32	2,0
Proctologia / Cirurgia Proctológica	29	1,8
Psiquiatria	13	0,8
Reumatologia	32	2,0
Urologia	44	2,8
Anestesiologia	10	0,4
TOTAL	1599	100

Fonte: Guia de Médicos Cooperados -Unimed Recife ano 2004

A maior quantidade de Cooperados é encontrada na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, 274 médicos, representando 17,1% do total de Cooperados. De um modo geral, podem-se dizer as especialidades de ginecologia/obstetrícia, Clínica Médica, Pediatria/Neonatologia e Cardiologia, respondem por um contingente de 48,9% do total de Cooperados.

Ofertando todas as modalidades de atendimento médico e ampliando a acessibilidade aos serviços de saúde pelos usuários dos planos de assistência suplementar, a Unimed Recife vem cumprindo o objetivo fundamental do cooperativismo que é o de geração de trabalho para seus cooperados. Portanto, com base nesse contexto, pretende expor as premissas do cooperativismo, particularmente no caso da Unimed Recife, situando a empresa dentre as demais do setor. A Tabela 10 mostra alguns indicadores de desempenho da cooperativa.

Tabela 10. Desempenho anual da Unimed Recife: 2001- 2005 em R\$

ITENS	2001	2002	2003	2004	2005
Faturamento	109.609.658	140.716.186	154.333.032	168.465.008	194.692.732
Cooperados	1.324	1.334	1.571	1.671	1.797
Usuários	115.993	118.050	103.671	100.113	103.888
Funcionários	461	815	854	937	998
Terceirizados	33	75	112	137	154

Fonte: Relatório Anual do Conselho de Administração da Unimed Recife - 2005

Observa-se que no período entre 2001 e 2005, houve crescimento no faturamento (cresceu 77,6%, ou seja, um crescimento médio de 15,45% ao ano); no número de cooperados (cresceu 35,7% ou seja 23.95 o ano); no número de funcionários (cresceu 116,5%, ou seja, 33,38% ao ano), mas houve perda na quantidade de usuários em cerca de 10,5%, em termos absolutos. Essa redução na quantidade de usuários é fruto do que já foi abordado acima: o tamanho do mercado teve uma redução da ordem de 30% nesse período. Os reflexos foram

preponderantes na rede prestadora de serviços, isto é, hospitais, clínicas e laboratórios; ocorrendo simultaneamente o congelamento das taxas, diárias e do CH - Coeficiente Honorários que é a unidade de pagamento à classe médica.

Pindyck e Rubinfeld (2002, pg. 7) definem mercado como “grupo de compradores e vendedores que, por meio de suas interações efetivas ou potenciais, determinam o preço de um produto ou de um conjunto de produtos”. O Gráfico seguinte mostra um mercado em equilíbrio e sofre um aumento no preço. No equilíbrio, define-se o preço P_0 e a quantidade Q_0 como o ponto de equilíbrio. Se o preço aumenta para P_1 , a demanda se reduz para Q_1 e o volume de oferta seria dado por Q_2 . A esse nível de preços haverá um excesso de oferta, dado por $Q_2 - Q_1$. Para voltar a ponto de equilíbrio o preço deveria ser reduzido, no entanto, a elevação dos custos operacionais não permite.

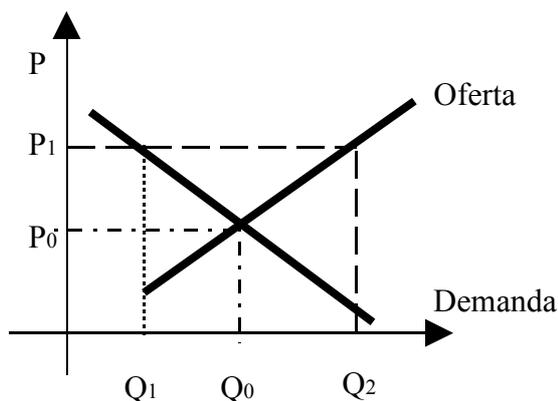


Gráfico 3. Impacto do aumento de preços no equilíbrio para mercado de concorrência perfeita

Wessels (2002, pg. 159) define a eficiência econômica enfatizando que,

“(...) do mesmo modo ao avaliar os custos e os benefícios de melhorar o ambiente, é dito que o governo deve defender as gerações futuras, as quais não estão incluídas nos preços atuais. A validade desses argumentos depende da validade da proposição que afirma serem nossos governantes atuais mais sábios e mais providentes do que a população em geral”.

Ocorre que as medidas da Agência Governamental (ANS) que tem o dever de regular o setor de saúde como um todo, não observa esse princípio, pois procura beneficiar

uns (consumidores), prejudicando outros atores do mercado (operadoras, hospitais, médicos, etc.).

Portanto, apesar das dificuldades presentes no setor de saúde a Unimed Recife vem se consolidando como uma importante fonte de empregabilidade, contribuindo social e economicamente com sua participação, inserida no pólo médico da região Metropolitana da Cidade do Recife, além de ter uma excelência no atendimento médico, de acordo com pesquisa realizada pela própria cooperativa em 2005 e também pela pesquisa de órgãos de comunicação, junto a população, decorrendo daí o recebimento pela Unimed Recife das seguintes premiações:

1. Recall de Marcas Jornal do Commercio 2002, 2003, 2004, 2005, 2006;
2. Marcas que Eu Gosto – Diário de Pernambuco 2004, 2005, 2006;
3. Associação Comercial de Pernambuco – Honra ao Mérito 2005;
4. Premio Mérito Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH – 2005);

4. CONCLUSÕES

Mostrou-se, ao longo do trabalho, a formação, o desenvolvimento e a estruturação das cooperativas na economia brasileira, a partir de uma explanação objetiva da história das cooperativas. Apesar de ser uma fonte de geração de emprego e renda, as cooperativas, particularmente as cooperativas de trabalho médico, são tratadas de uma forma igualitária, ou seja, sem qualquer beneficiamento por parte da autoridade governamental, no que concerne ao cumprimento das obrigações trabalhistas e fiscais, muito embora, ficou demonstrado no texto que os encargos sociais cobrados de uma cooperativa são menor que os encargos sociais cobrados de uma empresa comum, com fins lucrativos. O sistema cooperativo pode tornar a atividade econômica mais eficiente porque a incidência de impostos é menor, fazendo o mercado se tornar mais competitivo. Obviamente a receita do governo que é oriunda da arrecadação de tributos sociais tenderia a ser reduzida. Isso enseja o desenvolvimento de uma avaliação mais detalhada para se averiguar os ganhos econômicos, isto é, responder basicamente à pergunta: será que não haveriam ganhos econômicos se houvesse mais cooperativas de trabalho mesmo o governo arrecadando menos com tributos sociais?

O grande exemplo de cooperativismo no Brasil é o Sistema Unimed Brasil. A importância desse sistema ficou caracterizada, bem como sua importância para o Sistema de Saúde Suplementar. Alguns problemas afetaram a credibilidade da Unimed do Brasil, temporariamente por parte da Agência Nacional de Saúde que após a promulgação da lei 9.656 assumiu o papel de agente regulador do sistema de saúde suplementar, estando hoje já superada tal pendência. Nesse contexto, coube destacar a importância da Unimed Recife, como uma singular do Sistema Unimed, no pólo médico da cidade do Recife. Essa empresa cresceu no mercado graças a uma ação conjunta da diretoria e dos cooperados, através de

ações arrojados de expansão da estrutura física e da modernização dos equipamentos, realizando investimentos, que dado o momento atual de mercado, envoltos num grau maior de incerteza.

A Unimed Recife tem sua importância fundamental no pólo médico do Recife, não apenas pelo atendimento direto dos seus quase 105 mil usuários, mas principalmente, pelo nível de empregabilidade (cooperados e funcionários), pela quantidade representativa de empresas credenciadas, prestadores de serviços.

Finalmente, o trabalho mostra que o cooperativismo está presente em diversos países do mundo. Principalmente agora, num mundo globalizado, espera-se que as inovações nas leis trabalhistas sejam mais flexíveis e permitam o aparecimento de novas cooperativas. É preciso, de fato, mudar a legislação para que se evite intermináveis pendengas judiciais.

5. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

- I – Uma avaliação mais detalhada das cooperativas médicas para se averiguar os ganhos sociais, econômicos e financeiros e sua melhor aplicabilidade na área de saúde;
- II – Uma Pesquisa onde se possa responder a pergunta: será que não haveria ganhos econômicos se houvesse mais cooperativas de trabalho mesmo o governo arrecadando menos com tributos ?
- III – análise do por que os projetos em prol das cooperativas não “andam” no Congresso Nacional;
- IV – Análise crítica quanto a atuação da Agencia Nacional de Saúde (ANS), nas operadoras de plano de saúde, com destaque para as cooperativas de trabalho médico;
- V – Análise do papel do governo quanto à sua atuação no Sistema de Saúde (SUS), e seu apoio à Saúde Suplementar;
- VI – Análise das causas que motivaram o fechamento de unidades hospitalares.

6. REFERÊNCIAS

ANUÁRIO do Cooperativismo Brasileiro. O. C. B, Brasília, 2004.

BECHO, Renato Lopes, e outros. **Problemas Atuais do Direito Cooperativo**. Editora Dialética, São Paulo, 2004.

BOLETIM de Indicadores do PROAHSA. Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistema de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas – Ano VII – nº 31, 2004.

BOESCHE, Leonardo. **Fidelidade Cooperativa: uma Abordagem Prática**. Paraná: Ocepar, 2005.

CARVALHO, Fabio Junqueira de; GURGEL, Maria Inês. **Problemas Atuais do Direito Cooperativo**. São Paulo: Dialética, 2002.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2004.

FALK, James Anthony. **Gestão de Custos para Hospitais**. São Paulo: Atlas, 2001.

FILHO, Ives G. S. M.; FILHO, Miguel S. **Cooperativas de Trabalho: Anais do Seminário de Cooperativas de Trabalho**. São Paulo: Editora LTr, 2004.

FIPECAFI. CATELLI, Armando (Coordenador). **Controladoria: Uma abordagem da gestão econômica – GECON**. São Paulo: Atlas, 1999.

FREITAS, Maurício A. L. **Eficiência e Viabilidade do Sistema de Saúde: o Caso do Pólo médico da cidade do Recife**. Dissertação de Mestrado, PIMES/UFPE, Recife, 2002.

GRUPENMACHER, Betina Treiger. **Cooperativas e tributação**. Curitiba: Juruá, 2001.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2001.

LIMA, João Policarpo R. et al. **O Pólo Médico do Recife: Cadeia de Valor, Desafios e Oportunidades**. Recife: UFPE, 2004.

MATOS, Afonso José de. *Gestão de Custos Hospitalares*. Editora STS, São Paulo, 2002.

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

MAUAD, Marcelo. **Cooperativas de Trabalho: sua relação com o direito do trabalho**. São Paulo: LTr, 1999.

MEINEN, Ênio. **Problemas Atuais do Direito Cooperativo**. São Paulo: Dialética, 2002.

MC INTYRE, , Proposta de modelo de educação continuada para o desenvolvimento das cooperativas agrícolas do estado de Pernambuco, Dissertação de Mestrado, Recife, 1997.

MLADEMATZ, As histórias de las Cooperativas, México, 1944.

NASCIMENTO, Fernando Pereira do. **Cooperativas de Trabalho**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2001.

Moral hazard – risco moral – ocorrência relacionada as ações da parte segurada que não podem ser observadas pela parte seguradora, mas que podem afetar a probabilidade ou a magnitude de um pagamento associado a um sinistro.

NETO, Francisco A. V. **Cooperativismo: nova abordagem sócio-jurídico**. Curitiba: Juruá, 2002.

OTTA, Hakarun, **O Impacto da Utilização do Cartão Magnético na Cooperativa de Trabalho Médico: Um estudo de caso**, Programa de Pós-Graduação de Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2003.

PEREIRA, Maria Isabel. **Cooperativas de Trabalho**. São Paulo: Pioneira, 2002.

PENSAMENTO COOPERATIVO. **Revista de Estudos Cooperativos**. n. 4, Edição O.C.B., 2003.

Pindyck, R. S. e Rubinfeld, D. L., **Microeconomia**, São Paulo: Prattice Hall, 2002.

PINHO, Diva Benevides. **O Cooperativismo no Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2004.

_____. **Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistema de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas: Boletim de indicadores do PROAHSA - Ano VII julho/setembro – ano 2003 n. 31.**

_____. **Tipologia Cooperativista. Manual do Cooperativismo**. v. 4, São Paulo: CNPq, 1991.

_____. **Universidade, Gênero e Cooperativas: OCB debatendo grandes temas do século XXI**. Brasília: SESCOOP, 2002.

REVISTA BIBLIOMED COOPERATIVO. Disponível em: <<http://corporativo.bibliomed.com.br>>. Acesso em: 18 março 2005.

REVISTA MEDICINAL. Disponível em: <<http://www.medicinal.com.br/temas>>. Acesso em: 18 março 2005

RICCIARD, Luiz; LEMOS, Roberto Jenhins de. **Cooperativa, a empresa do século XXI**. São Paulo: LTr, 2000.

SCHINEIDER, José Odelsa. **Educação cooperativa e sua prática**. Pernambuco: SESCOOP, 2003.

SIQUEIRA, Paulo C. A. **Direito Cooperativo Brasileiro: Comentários à Lei 5764/71**. São Paulo: Dialética, 2004.

STONER, James A .F.; FREEMAN, R. Eduard. **Administração**. São Paulo: Prantice Hall do Brasil, 1995.

SINDHOSP, Sindicato dos Hospitais de Pernambuco, Segundo dados, encerram suas atividades as seguintes unidades hospitalares: Hospital João XXIII, Hospital Geral de Urgência, Hospital São Lucas, Samiu, CREPE, Hospital Prontocor, Hospital Nelson Chaves,

Hospital Unicordis (Unidade Rosa e Silva), Hospital Vitória Régia, Clínica Psiquiátrica Dom Vital e Hospital de Neurologia, além de pequenas clínicas e laboratórios, Recife, 2003.

TEIXEIRA JR, Amílcar Barca et al. **Problemas Atuais do Direito Cooperativo**. São Paulo: Dialética, 2002.

VASCONCELOS, Íris Eucáris de. **Evolução histórica das cooperativas em Pernambuco e sugestões metodológicas para o planejamento**. Dissertação de mestrado, UFPE, Recife, 2000.

VERAS NETO, Francisco A. V. **Cooperativismo. Nova Abordagem Sócio-Jurídico**. Curitiba: Juruá, 2002.

VIANA et. al. **Mediando as desigualdades em saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001.

VIEIRA, Sônia. **Como Escrever uma Tese**. São Paulo: Saraiva, 2002.

Waelkens, Maarten, **Revista companhias.ehealthla.com**. Disponível em: <<http://corporativo.bibliomed.com.br/lib/ShowDoc>>. Acesso em: 18 março 2005.

Wessels, Walter, **Microeconomia**, Teoria e Aplicações. São Paulo, Saraiva, 2002.