

**Modelo Organizacional da Unimed:
Estudo de Caso sobre Medicina Suplementar.**

**Tese Apresentada para a Obtenção do Título de Doutor em Saúde
Pública**

Cristina Maria Rabelais Duarte

Orientador: Nilson do Rosário Costa

Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

**Rio de Janeiro
2003**

Para Miguel, Filipe, Gabriela e Flávia

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

D812m Duarte, Cristina Maria Rabelais

Modelo organizacional da Unimed: estudo de caso sobre
medicina complementar. / Cristina Maria Rabelais Duarte. Rio de
Janeiro : s.n., 2004.

304p., tab, graf

Orientador: Costa, Nilson do Rosário

Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde
Pública.

1. Modelos Organizacionais 2. Cobertura de Serviços
Privados de Saúde-tendências 3. Sistemas Pré-Pagos de Saúde
4.Prática Profissional

CDD - 20.ed. – 362.10425

AGRADECIMENTOS:

Dar conta das tarefas que a vida nos impõe, mesmo quando por escolha própria, algumas vezes é algo penoso.

O encantamento pela carreira acadêmica, docente e de pesquisa, me motivou para o doutorado.

O encantamento para a continuidade da vida, me fez ser mãe e constituir família.

Fazer doutorado, ser professora, mãe, mulher,...

Exigiu disciplina, dedicação, amor ao ato de pesquisar, de escrever, de produzir. E, sem dúvida, envolveu muito stress.

Impossível foi, de vez em quando, não deixar de “viver a vida”.

Foi, de fato, um grande esforço e a muitos devo agradecer a oportunidade de aprendizado, no sentido mais amplo possível, que este trajeto me proporcionou.

Como seria difícil transformar em palavras a participação de todos, concentro-me nos que estiveram mais perto:

A Nilson do Rosário Costa, agradeço a disponibilidade; o acompanhamento pessoal de parte das entrevistas e a orientação precisa, que valorizou os resultados da pesquisa;

A Mônica Reis, que tantas vezes facilitou o meu trabalho;

A Humberto Banal, por ter possibilitado o acesso aos entrevistados, fornecido documentos e pela disponibilidade durante toda pesquisa;

A Alcina, pela amizade, apoio e sensibilidade, adivinhando os momentos de maior aflição e fazendo-me acreditar que o trabalho chegaria ao fim;

Aos professores Miguel, Miriam, Maria e Carlos, companheiros de equipe, pelo apoio nos momentos mais definitivos da pesquisa quando, sem protestar, supriram minha ausência;

A Miguel, expressei meu amor... divido minha vitória;

A Filipe, com sua personalidade resguardada, que sente muito mas pouco reclama, agradeço por me proporcionar a expressão máxima de companheirismo que a sua idade permitiu;

A Gabriela, doce e bela, presente ganho durante a pesquisa e que, por isso, teve pouco da mãe nos primeiros anos de vida;

A Flávia, filha-irmã, segunda mãe das crianças nos momentos em que estava ausente;

A Patrícia, pelo carinho e compreensão por um convívio nem sempre fácil;

A minha Mãe e meu Pai, por tantas coisas... pelo exemplo, pelo dom da vida, pela acolhida a minha família, pela..., pelo...

Com todos compartilho a alegria e o alívio pela tarefa cumprida.

RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi avaliar as características do modelo organizacional da Unimed e delinear algumas tendências e perspectivas frente aos novos padrões de regulação vigentes a partir do início deste século. A metodologia incluiu um estudo teórico sobre cooperativismo e a análise de dados quantitativos e qualitativos sobre a Unimed, utilizando variadas fontes.

O eixo condutor da tese inicia-se nas motivações da categoria para constituir a Unimed e no seu crescimento *pari passu* à história do sistema de saúde brasileiro. Passa por um estudo sobre cooperativismo e cooperativas e pelo dimensionamento e caracterização de sua estrutura organizacional, indo até a análise do que é oferecido aos clientes em seus contratos, nos itens que interessam à regulamentação. Com base nos achados, foram traçadas algumas tendências e perspectivas da organização.

A Unimed maximizou os ganhos da profissão médica ao entrar no ramo de planos e seguros de saúde. Sua história demonstra como, através de estratégias de monopólio, foi criada uma organização de dimensões consideráveis, revestida das idéias e princípios cooperativistas. A Unimed é encontrada na maior parte do território nacional e a ela filia-se um contingente expressivo dos médicos do país. A análise do padrão contratual revela que o desenho cooperativista não garante a ausência das estratégias securitárias destinadas a contornar a seleção adversa e o risco moral. Apenas os mecanismos de controle da prática médica eram residuais no momento da realização da pesquisa.

O novo cenário de regulação tem acarretado mudanças na estrutura organizacional da Unimed, que tenderá a se apresentar de forma mais centralizada e verticalizada. Caso confirmadas as tendências, haverá restrição da autonomia das singulares e maior interferência sobre a prática dos médicos.

Palavras chave: setor privado, assistência suplementar, cooperativas, profissão médica, regulação.

ABSTRACT

The aim of the present work was to evaluate the characteristics of Unimed's organizational model and delineate some trends and perspective facing the new current regulation standard since the beginning of this century. The methodology includes a theoretical study about co-operativism and the analysis of quantitative and qualitative data about Unimed, applying varied sources.

The leading core of the thesis has its start on the class motivation to constitute Unimed and on its concomitant growth with the history of the Brazilian health system. It passes through a study about co-operativism and co-operatives and through the measurement and characterization of its organizational structure, up to the analysis of what is offered to the clients on its contracts, on the items that concern regulation. On the basis of findings, some trends and perspectives of the organization were drawn.

Unimed has maximized the profits of medical profession by entering at the plans and health insurance branch. Its history shows how, through monopoly strategies, was created an organization of considerable dimensions, covered of the co-operativists ideas and principles. Unimed is spread over the major part of the national territory and an expressive contingent of the doctors from the country is affiliated to it. The contractual standard analysis reveals that co-operativist desing doesn't guarantee the insurance strategies destined to bypass the adverse selection and the moral risk. Only mechanisms of medical practice's control were residual at the moment of the research accomplishment.

The new regulation scenario might cause change in Unimed's organizational structure, which will tend to present itself in a more centralized and vertical way. Wheter confirmed the trends, there will be autonomy restriction of the "singulares" and major interference over doctors practice.

Key words: private health, supplemental health system, co-operatives, profession of medicine, regulation.

SUMÁRIO

Lista das ilustrações,

Lista das abreviaturas,

Introdução,.....	1
Capítulo 1. Profissão, monopólio de competência e empresa médica,.....	15
1.1 Profissionalização e autonomia,	15
1.2 Unimed e medicina liberal,.....	28
Capítulo 2. Cooperativismo: história e princípios,.....	47
2.1 As raízes históricas do cooperativismo,.....	47
2.2 Os princípios cooperativistas,	53
2.3 A legislação brasileira sobre cooperativismo,	57
2.4 Tipos de cooperativas no Brasil,.....	62
2.5 Dimensão do cooperativismo brasileiro,	65
2.6 Cooperativas de saúde,	70
2.7 Cooperativas Unimed	76
Capítulo 3. Aspectos históricos da constituição da empresa médica no Brasil,.....	81
3.1 Os médicos e a assistência médica no sistema de saúde,.....	81
3.2 A União dos Médicos: de cooperativa a complexo econômico,.....	98
Capítulo 4. A organização Unimed	115
4.1 Estrutura organizacional da Unimed,.....	115
4.2 A estrutura de prestação de serviços,.....	138
4.3 A autonomia na Unimed,.....	147
Capítulo 5. Dimensões da Unimed,.....	162
5.1 A Unimed no âmbito da assistência médica suplementar,.....	162
5.2 Cooperativas Unimed no Brasil,.....	173
Capítulo 6. Unimed e regulação,	197
6.1 Falhas de mercado e estratégias securitárias,.....	199
6.2 Regulação em saúde,.....	212
Capítulo 7. Tendências e perspectivas,.....	219
Conclusões.....	224
<i>Referências bibliográficas.....</i>	<i>230</i>

<i>Apêndices:</i>	243
Apêndice 1. Notas sobre o banco de dados constituído para a pesquisa e entrevistas realizadas,	244
Apêndice 2. Reprodução do relato histórico da fundação das primeiras Unimeds fundadas após a Unimed Santos,	249
Apêndice 3. Unimeds segundo data de fundação e unidade da Federação,	257
Apêndice 4. Constituição Unimed - 1994,	268
Apêndice 5. Sumário das características do Uniplan de 1997 e de 2001.	298

LISTA DAS ILUSTRAÇÕES**Figuras**

Figura 1: Filiação dos médicos à Unimed, segundo estados da federação, 2000,	36
Figura 2: Cobertura da Rede Unimed, 2000,	75
Figura 3: Complexo Empresarial Unimed,	117
Figura 4: Organograma do Complexo Empresarial Cooperativo Unimed,	118
Figura 5: Organograma da Cooperativa Unimed Florianópolis - 1998	125
Figura 6: Organograma da cooperativa Unimed Petrópolis - 1997	126
Figura 7: Organograma da Cooperativa Unimed Juiz de Fora - 2001	127
Figura 8: Estados brasileiros segundo modalidade de assistência de maior cobertura populacional, 2000,	170
Figura 9: Municípios da região Norte, segundo presença da Unimed, 2000,	180
Figura 10: Municípios segundo número de habitantes, na região Norte, 2000,	180
Figura 11: Municípios da região Norte segundo o número de médicos existentes, 2000,	180
Figura 12: Municípios da região Nordeste, segundo presença da Unimed, 2000,	183
Figura 13: Municípios da região Nordeste, segundo o número de médicos existentes, 2000,	183
Figura 14: Municípios da região Centro-Oeste, segundo presença da Unimed, 2000,	186
Figura 15: Municípios do Centro-Oeste, segundo o número de médicos existentes, 2000,	186
Figura 16: Municípios da região Sudeste, segundo presença da Unimed, 2000,	189
Figura 17: Municípios da região Sudeste, segundo o número de médicos existentes, 2000,	189
Figura 18: Municípios da região Sul, segundo presença da Unimed, 2000,	192
Figura 19: Municípios da região Sul, segundo o número de médicos existentes, 2000,	192

Tabelas

Tabela 1.	Distribuição de tipos de convênios e/ou cooperativas segundo grandes regiões. Brasil, 1995,.....	38
Tabela 2.	Distribuição percentual dos tipos de convênios/cooperativas segundo local de moradia. Brasil, 1995,.....	39
Tabela 3:	Índice de cooperados por cooperativa segundo região, junho de 2001,	67
Tabela 4	Cooperativas e cooperados por estado, em junho de 2001,.....	68
Tabela 5:	Cooperativas e cooperados por ramo, em junho de 2001,.....	69
Tabela 6:	Taxas geométricas de crescimento anual do número de usuários e cooperados do Sistema Unimed, por decênio, de 1970 a 2000,.....	101
Tabela 7:	Evolução do número de usuários, cooperados, cooperativas e da disponibilidade de médicos por mil usuários, na Unimed, por quinquênio, de 1970 a 2000,	103
Tabela 8:	Distribuição de Unimed, por década de fundação e região,.....	105
Tabela 9:	Distribuição do faturamento declarado no balanço financeiro da Unimed Seguradora - 2000,.....	134
Tabela 10:	Valores de UTs praticados por algumas Unimed, Singulares em 1998,	140
Tabela 11:	Evolução dos recursos próprios - Unimed;	142
Tabela 12:	Rede de atendimento da Unimed(*) - 2000;.....	143
Tabela 13:	Hospitais próprios da Unimed, com número de leitos conhecido, segundo categoria de número de leitos - 2000;.....	144
Tabela 14.	Alguns indicadores de produção estimados para o Sistema Cooperativo Unimed - 2000;	155
Tabela 15:	Número de usuários segundo modalidades de assistência médica supletiva, Brasil, 2000,.....	164
Tabela 16:	Distribuição percentual dos clientes de medicina de grupo e de cooperativas médicas segundo estados e regiões, 2000,	167
Tabela 17:	Cobertura estimada para as modalidades de medicina de grupo e cooperativas médicas, segundo estados e regiões, 2000,	169
Tabela 18.	Prêmio total e do ramo saúde das 13 maiores seguradoras de saúde – 2000	172
Tabela 19.	Distribuição percentual do prêmio total por estado das 12 maiores seguradoras do ramo saúde – 2000.....	173
Tabela 20:	Indicadores de cobertura da Unimed segundo regiões do país, 2000,.....	177
Tabela 21:	Indicadores de cobertura da Unimed segundo estados da região Norte, 2000,	179
Tabela 22:	Indicadores de cobertura da Unimed segundo estados da região Nordeste, 2000,	182

Tabela 23: Indicadores de cobertura da Unimed segundo estados da região Centro-Oeste, 2000,.....	184
Tabela 24: Indicadores de cobertura da Unimed segundo estados da região Sudeste, 2000,.....	187
Tabela 25: Indicadores de cobertura da Unimed segundo estados da região Sul, 2000,.....	190
Tabela 26: Composição da carteira de algumas Unimeds, 2001,.....	208
Tabela 27: Distribuição dos usuários da Unimed Juiz de Fora, segundo tipo de contrato, 2001	208
Tabela 28: Distribuição dos usuários da Unimed Juiz de Fora, segundo o contrato, por modalidade contratual 2001,	209
Tabela 29: Preços praticados pela Unimed Juiz de Fora, segundo tipo de plano, sem co-participação, 2001,	211
Tabela 30: Faturamentos da Seguradora Unimed, Unimed do Brasil e Central Unimed, informados em relatórios de Gestão, entre 1996 e 2000,	220
Tabela 31: Indicadores do Sistema Cooperativo Unicred, informados no Relatório de Diretoria de 1993/1997, para os anos de 1995 e 1996,.....	221

Quadros

Quadro 1: Piores planos ou seguros de saúde segundo opinião de médicos conveniados brasileiros- 2003,.....	41
Quadro 2: Algumas dificuldades enfrentadas pelos médicos credenciados e usuários no relacionamento com várias operadoras,.....	43
Quadro 3: Indivíduos associados a cooperativas por país e região do mundo, 1995,.....	45
Quadro 4: Relação trabalho/capital na cooperativa e na empresa de capital,.....	53
Quadro 5: Comparação da legislação cooperativista no Brasil,	60
Quadro 6: Tipologia das Cooperativas de Saúde e Assistência Social, segundo a Organização das Nações Unidas,	71
Quadro 7: Tipos de cooperativas de saúde, segundo país e características principais,.....	73
Quadro 8: Data de fundação das onze primeiras Unimeds e algumas informações referentes a 1997,.....	102
Quadro 9: Componentes do Complexo Cooperativo e Empresarial Unimed, segundo ano de fundação,.....	106
Quadro 10: Produtos e público-alvo da Unimed Seguradora, 1998,.....	131
Quadro 11: Hospitais próprios da Unimed, segundo estado e número de leitos, 2000,.....	145
Quadro 12: Planos oferecidos pela Unimed Juiz de Fora, 2001,.....	210

Gráficos

Gráfico 1: Taxa de adesão dos médicos à Unimed segundo região do país, 2000,.....	35
Gráfico 2: Evolução das cooperativas brasileiras existentes em 2001 por década de fundação,	65
Gráfico 3: Distribuição de cooperativas brasileiras por região, 2001,	66
Gráfico 4: Distribuição de cooperados brasileiros por região, 2001,	67
Gráfico 5: Subdivisões das cooperativas do ramo da saúde no Brasil, 1999,	76
Gráfico 6: Distribuição das Unimeds existentes em 2000, por ano de fundação,.....	100
Gráfico 7: Distribuição das Unimeds por regiões em 1980 e 2000,.....	105
Gráfico 8: Número de usuários segundo modalidades empresariais de assistência médica supletiva, Brasil, 1999,.....	164
Gráfico 9 : Percentual de pessoas cobertas por planos de saúde, por regiões, estimada pela PNAD-98,.....	165
Gráfico 10: Prêmio emitido no ramo de seguro de saúde por região, 2001,	166
Gráfico 11. Distribuição percentual dos clientes de medicina de grupo e de cooperativas médicas, segundo estados e regiões - 2000,	166
Gráfico 12: Distribuição de médicos segundo população dos estados ordenados pela taxa decrescente de pobreza, Brasil, 1999.....	174
Gráfico 13: Distribuição dos municípios cobertos por Unimeds segundo regiões do Brasil, 2000,	175
Gráfico 14: Distribuição das Unimeds segundo o número de usuários e regiões do Brasil, 2000,	176

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABRAMGE** - Associação Brasileira de Medicina de Grupo
- ACI** - Aliança Cooperativa Internacional
- AIS** - Ações Integradas de Saúde
- AMB** - Associação Médica Brasileira
- AMM** - Associação Médica Mundial
- ANS** - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- CAPs** - Caixa de Aposentadoria e Pensões
- CFM** - Conselho Federal de Medicina
- CH** - Coeficiente de Honorários da AMB
- CIEFAS** - Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
- COFINS** - Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
- CONSU** - Conselho Nacional de Saúde Suplementar
- CPMF** - Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Crédito e Direitos de Natureza Financeira
- CREMERJ** - Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
- FAS** - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
- FBH** - Federação Brasileira de Hospitais
- FENASEG** - Federação Nacional das Empresas de Seguro Privado e de Capitalização
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IHCO** - International Health Cooperativa Organization
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- INSS** - Instituto Nacional da Previdência Social
- OCB** - Organização das Cooperativas Brasileiras
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- PEA** - Plano de Extensão Assistencial da Unimed
- PIS** - Programa de Integração Social
- PNAD** - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PNS** - Plano Nacional de Desenvolvimento
- PPA** - Plano de Pronta Ação
- SINMED** - Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro
- SOMERJ** - Sociedade Médica do Rio de Janeiro
- SUDS** - Sistema Único Descentralizado de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- SUSEP** - Superintendência de Seguros Privados

INTRODUÇÃO

A pesquisa que originou o estudo nasceu quase ao mesmo tempo do que os acontecimentos do final da década de 1990 que marcaram as mais significativas mudanças no cenário de atuação das empresas de planos e seguros de saúde do país.

Trata-se de um estudo de caso sobre a Cooperativa de Trabalho Médico Unimed, que busca contribuir para a conformação de um diagnóstico do setor privado de saúde e suas perspectivas em relação à política regulatória. Foi desenvolvido no âmbito do grupo de pesquisa Reforma do Estado e Setor Saúde, que faz parte da Área de Concentração Políticas Públicas e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ. Recebeu apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, na forma da Bolsa de Doutorado, correspondente ao processo número 142.972/97-5.

A reforma setorial implementada nos anos 80 adquiriu expressão legal e institucional na Constituição de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Os textos legais consubstanciam: o acesso universal da população ao sistema de saúde, a equidade e integralidade da atenção, a ênfase em ações de promoção e proteção da saúde, a descentralização e a participação social. De acordo com a Constituição Federal (art. 199) e a Lei 8.080 (art. 21), a assistência privada permanece livre à iniciativa privada.

Serviços privados de assistência à saúde são caracterizados pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde. (art. 20 da lei 8.080). Considera-se como **assistência complementar**, aquela prestada quando as disponibilidades do Sistema Único de Saúde forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, sendo formalizada mediante contrato ou convênio com o SUS. (art. 199, §1 da Constituição e art. 24 da lei 8.080). A **assistência suplementar** pressupõe a existência de um serviço público de caráter obrigatório e, a despeito da obrigatoriedade de contribuição com o seguro social, é permitida a opção de pagar por um seguro privado.

Os anos 1990 foram marcados pelos prognósticos quanto ao futuro do SUS e da assistência suplementar. Argumentava-se que o crescimento do seguro saúde era resultado da falência do modelo universalizante. Nesta direção, o conceito de universalização excludente, cunhado por Faveret e Oliveira (1990) advogava que a progressiva desqualificação do sistema público teria expulsado a população com maior poder aquisitivo, levando-a a utilização exclusiva do sistema de planos e seguros de saúde.

Com o crescimento do mercado de assistência suplementar, aumentaram as reclamações dos usuários junto aos órgãos de defesa do consumidor e as demandas governamentais por regulação (Bahia, 1999). No final da década, o processo de regulamentação dos planos e seguros de saúde foi acelerado e criaram-se as condições jurídicas e institucionais que balizaram o novo cenário de atuação das empresas. Os marcos mais importantes são a promulgação da lei 9.656, em 1998 e a criação da Agência Nacional de Assistência suplementar, em 2000.

Ao longo da década de 1990, pouco se sabia sobre o sistema de assistência supletiva e o debate era travado poucas evidências empíricas. As informações existentes eram oriundas de firmas de consultoria contratadas pelo próprio setor. Surgia, assim, uma demanda, que permanece até hoje, por investigações que fornecessem subsídios tanto para o processo de regulamentação das empresas de planos e seguros como para as reflexões sobre os rumos do SUS.

Nos anos imediatamente anteriores à promulgação da lei 9.656, a oportunidade de observação da rotina de gestão da Unimed Petrópolis serviu para despertar o interesse em estudar a organização. Os aspectos que mais chamaram a atenção naquele momento foram, em primeiro lugar, a baixa profissionalização da gerência. Os cargos diretivos eram ocupados por médicos muitas vezes sem experiência administrativa anterior.

Em segundo lugar, despertou a atenção a direção através de colegiados eleitos, por todos os médicos associados, para mandatos de duração limitada. No ano de 1997, toda a cúpula estratégica da Unimed Petrópolis foi substituída, numa eleição cuja chapa de oposição ganhou por apenas um voto. O período que antecedeu o pleito e a sua realização, durante uma assembléia da cooperativa, foram marcados por intensa atividade política. Este aspecto em especial, numa primeira impressão, guardava certa

similitude com a rotatividade dos quadros diretivos do serviço público, vinculada ao processo eleitoral e a disputa política.

Essa percepção esteve na origem do interesse pela Unimed como objeto de pesquisa. No transcorrer da década de 1990, as agências internacionais vinham pressionando por uma agenda de reformas que incorporava a regulação do mercado de planos e seguros de saúde. Esta preocupação também perpassava o plano que norteou a reforma do aparelho de estado levada a cabo no governo Fernando Henrique Cardoso, ampliando as funções regulatórias do Estado brasileiro¹.

Existiam, no entanto, poucos estudos sobre as características das empresas atuantes no setor privado de assistência suplementar. As diferentes modalidades organizacionais e seu relacionamento com a clientela eram pouco conhecidos de pesquisadores e instituições governamentais. A promulgação da lei 9.656 e as alterações nas políticas públicas que transcorreram após 1998, revelaram a escassez de conhecimento, evidenciando a necessidade de desenvolvimento da produção acadêmica sobre esta temática.

Durante a década de 1990, o processo de discussão sobre sua regulamentação trouxe mais visibilidade para o setor privado de saúde tornando-o objeto mais freqüente de análise. Mesmo assim, as empresas de medicina de grupo, cooperativas, planos próprios de empresas e seguradoras permaneceram relativamente pouco diferenciados, sobretudo nos aspectos que se relacionavam às características e dinâmica organizacional de cada um deles.

A regulação trouxe também para o debate a incorporação de novas categorias de análise, oriundas dos estudos sobre seguro. Administração de risco, seleção adversa e risco moral, estratégias securitárias, etc., foram expressões e conceitos incorporados a estudos sobre o tema. Além de analisar os formatos e características empresariais era necessário estabelecer a lógica da relação da empresa com os usuários, objetivo perseguido por estas abordagens.

O trabalho recente de maior extensão foi o de Bahia (1999). Nele a autora estudou o setor privado como um todo e trouxe contribuições sobre as características de cada um dos segmentos – história, legislação, produtos oferecidos e posição no mercado. Entretanto, apontou que, tanto a real dimensão do setor como o seu desenvolvimento histórico, no que se refere às peculiaridades de cada modalidade e sua

clientela, não foram ainda satisfatoriamente estudadas. A autora sublinhou que, mesmo após um período de vigência da legislação sobre a regulamentação de planos e seguros, ainda não se dispunha de um suporte para desenvolver análises mais consistentes e chamou a atenção para aspectos que precisariam ser mais bem explorados. Entre eles:

- um aprofundamento da análise da gênese do setor, com um horizonte temporal alargado e um detalhamento dos formatos empresariais para o provimento da assistência médico-hospitalar;
- uma análise mais apurada da variação regional das coberturas de planos e seguros. A concentração de clientes em algumas regiões, e especialmente em algumas cidades, sugeria a existência de condições específicas a serem elucidadas.
- maior riqueza do quadro empírico e múltiplos enfoques e pontos de partida para a análise das empresas de planos e seguros, no sentido de ressaltar ou revelar dimensões que aprofundem o conhecimento sobre o processo de empresariamento da assistência médico-hospitalar.

Foi nesse contexto que se inseriu o presente trabalho: um estudo de caso sobre a Unimed, cujo **objetivo geral** foi avaliar as características do modelo organizacional da cooperativa e delinear algumas tendências e perspectivas frente aos novos padrões de regulação vigentes a partir do início deste século.

A Unimed foi constituída na década de 1960 como uma cooperativa de trabalho médico. É qualificada pela Aliança Cooperativa Internacional (2000) como um marco do cooperativismo de trabalho médico, representando uma das mais bem-sucedidas experiências no gênero, em termos mundiais. Na qualidade de um dos segmentos que compõem o setor de assistência médica suplementar, eram questões que permaneciam em aberto no momento da elaboração do projeto de pesquisa: quais as características do modelo cooperativista? qual a dimensão da organização e que condições favoreceram o seu desenvolvimento? Quais as especificidades de uma cooperativa constituída por médicos? Como se comporta a organização frente à sua clientela? Quais as perspectivas frente à nova conjuntura de regulação?

Para procurar responder a essas questões, foram definidos como **objetivos específicos** da pesquisa:

1. descrever a história e princípios do cooperativismo, com ênfase para o ramo de saúde e os preceitos legais do cooperativismo no Brasil;
2. descrever a história da Unimed no Brasil, no contexto do desenvolvimento da medicina suplementar.
3. identificar as condições que contribuíram para o seu surgimento e influenciaram no seu crescimento.
4. definir as dimensões atuais da cooperativa em relação aos demais segmentos do setor de seguro saúde.
5. analisar o modelo organizacional atual da Unimed, suas características e problemas principais.
6. avaliar as mudanças geradas pelo novo regime de regulação, implementado a partir da lei no. 9.656, no modelo organizacional observado.

Uma das primeiras questões que se colocou no momento da realização da pesquisa foi a validade dos dados a serem utilizados. Até recentemente, as únicas informações disponíveis sobre assistência suplementar eram aquelas geradas pelo próprio setor, que informava ser de mais de 40 milhões a clientela de usuários de planos e seguros. Este número vinha sendo posto à prova pelos registros da recém-criada Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A ANS foi instituída pela lei 9.961 de janeiro de 2000 (Brasil, 2000). A nova legislação determinou que, para continuar atuando, as operadoras necessitariam de registro na Agência. Até dezembro de 2001, 2.709 operadoras haviam se cadastrado (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002a). A obrigatoriedade de registro representa um grande avanço para pesquisas sobre o tema. Entretanto, embora a ANS seja uma fonte potencialmente reveladora sobre as dimensões e características do setor, tanto a existência quanto a sistemática de disponibilização de dados ainda são incipientes.

Tome-se como exemplo o número de usuários de planos de saúde. Mesmo sendo obrigadas a informá-lo à Agência, até o mês de maio de 2000, apenas 712 das 2.686 operadoras registradas o tinham feito (Fraga & Barbosa, 2000). Vale considerar ainda que este dado representa a base de cálculo para o pagamento da Taxa de Saúde

Suplementar, instituída pelo inciso I do art. 20 da lei 9.961, o que induz ao sub-registro por parte das operadoras.

Torna-se difícil, portanto, uma revisão dos números do setor exclusivamente a partir dos dados da ANS, que, aliás, no momento da realização desta pesquisa não eram públicos. Apenas alguns dados pontuais, veiculados pela mídia estavam disponíveis, como os divulgados em abril de 2002, por um jornal de circulação nacional, que dava conta de que o número de usuários de planos e seguros de saúde registrados pela Agência era de 31.420.073 (Almeida, 2002).

Autores como Bahia tem sublinhado as dificuldades existentes em elaborar diagnósticos para o setor com base nas fontes atualmente disponíveis. Haveria limitações inclusive nos dados coletados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998, que teve como tema complementar o acesso e a utilização de serviços de saúde pelos brasileiros (Ministério da Saúde & Fundação IBGE, 2000).

Segundo as definições da PNAD, **plano de saúde**, médico ou odontológico, é o contrato ou direito adquirido individualmente ou por meio de empregador (público ou privado), visando o atendimento de saúde a ser prestado por profissionais e/ou empresas de saúde. O usufruto desse direito é garantido pelo pagamento de mensalidade diretamente pela pessoa ou por terceiro, por seu empregador ou por meio de desconto mensal em folha de pagamento. Esse contrato pode ser estabelecido com diversos tipos de instituição: cooperativa médica, empresa de medicina de grupo, seguradora, empresa que funciona de forma mista como seguradora e provedora de serviços de saúde ou, ainda, com qualquer clínica, hospital, laboratório etc. **Plano de saúde de instituição de assistência de servidor público** é o plano de saúde de instituição de assistência destinada a atender a servidor público civil (da administração pública direta, autarquia ou fundação pública federal, estadual ou municipal) e a seus dependentes, ou a servidor público militar e a seus dependentes, por meio dos hospitais centrais do Exército, Marinha ou Aeronáutica. Tem **cobertura de plano de saúde** a pessoa que, na qualidade de titular, dependente ou agregado, tinha direito a algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público (Ministério da Saúde & Fundação IBGE, 2000).

Os números da PNAD apontam 9,6 milhões de pessoas cobertas por planos categorizados como instituição de assistência ao servidor público e 29,0 milhões por planos denominados de empresas privadas. Segundo Bahia (2001), esta classificação,

entretanto, pressupõe uma dicotomia entre os esquemas assistenciais de servidores públicos civis e militares da administração direta e aqueles voltados aos empregados de empresas estatais, privadas e compradores individuais, o que não corresponde à realidade brasileira. A autora ressalta que parte dos servidores públicos da administração direta está vinculada ao segmento comercial de planos e seguros-saúde e, por outro lado, empresas privadas organizam planos próprios sem fins lucrativos. Não havendo uma relação unívoca entre a natureza jurídico-institucional da empresa empregadora e a das empresas que comercializam/ofertam planos/seguros de saúde, parte das pessoas classificadas pela PNAD como clientes de planos de servidor público integra o mercado privado de planos de saúde.

No mesmo ano da PNAD (1998), a Abramge (2001) informou seus usuários em 18.300.000, o Ciefas (1998) em 8.000 e a Unimed em 10.500.000 (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, 1998). A Susep (2001) registrou uma média de 4.600.000 segurados, perfazendo um total de 41.400.000 usuários de planos/seguros de saúde, bastante superior, portanto, aos 29 milhões registrados pela PNAD. Uma das explicações possíveis é a dupla contagem de usuários que possuem mais de um plano de saúde (sendo titulares em um e dependentes em outro, por exemplo).

Fica claro, portanto, que em qualquer uma das bases disponíveis haverá problemas, especialmente relacionados às categorias utilizadas (como no caso da PNAD) ou à soma indiscriminada de usuários informados por cada modalidade que atua no setor. Consideradas estas dificuldades, informações específicas de uma empresa são mais confiáveis do que as referentes a todo o setor o que torna os dados obtidos na pesquisa passíveis de serem utilizados sem maiores apreensões, ressalvadas apenas as limitações inerentes à própria empresa.

O número de usuários por idade, por exemplo, não era disponível. Como se verá adiante, o número de leitos era conhecido apenas para os hospitais próprios. Também eram pouco transparentes à análise as informações financeiras fornecidas sobre o complexo. Embora um conjunto de relatórios financeiros e de gestão dos últimos anos tenha sido analisado, os dados apresentados não eram padronizados, o que acarretou certa dificuldade em construir séries históricas mais detalhadas sobre os componentes da organização. Apesar destas limitações, os dados analisados permitiram a elaboração de um primeiro retrato da organização, revelando aspectos elucidativos sobre sua presença em todo o país.

Para o avanço do conhecimento nessa área temática, é fundamental que os órgãos nacionais de regulação e informação definam uma política de geração e disseminação de informações.

A metodologia incluiu um estudo teórico sobre cooperativismo e a análise de dados quantitativos e qualitativos sobre a Unimed, utilizando variadas fontes. Além dos levantamentos realizados para todo o Brasil, em alguns aspectos, a análise foi enriquecida com dados específicos de uma cooperativa local ou singular.

O banco de dados quantitativos, constituído durante a pesquisa, foi organizado em três arquivos principais, em formato excel. A descrição das unidades de análise e variáveis (categorias, fontes e período de referência), encontra-se no apêndice 1.

O processo de coleta de dados qualitativos acompanhou a evolução da pesquisa: a seleção dos informantes, os conteúdos das entrevistas e os documentos analisados foram revistos para responder a questões surgidas em cada etapa da pesquisa. As técnicas utilizadas foram entrevistas semi-estruturadas com dirigentes e outros informantes chave e análise de documentos. No primeiro caso, foram entrevistadas 9 pessoas, em 13 oportunidades, além de alguns contatos por correio eletrônico que complementaram as informações fornecidas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A lista dos entrevistados e a data da entrevista encontram-se no apêndice 1. A pesquisa documental baseou-se em regimentos, estatutos, relatórios de gestão e outros documentos oficiais pertinentes.

A evolução da pesquisa fez emergir o eixo de argumentação: as primeiras inquietações que motivaram a escolha da Unimed como objeto de análise foram substituídas pela constatação da complexidade da organização e de sua estreita vinculação com a história da profissão médica no Brasil. A reconstituição de sua história, os depoimentos dos entrevistados e a análise de documentos originaram a hipótese geral que norteou a estruturação do trabalho final: a emergência e desenvolvimento da Unimed encontram explicação na combinação entre monopólio de competência da profissão, empresarismo médico e formatação cooperativista, condições institucionais que, num cenário nacional de políticas públicas favoráveis ao

surgimento e crescimento da assistência suplementar, viabilizaram esta forma de organização.

Optou-se por uma abordagem que privilegiasse o aprofundamento destes aspectos e não o estudo a partir do arcabouço da teoria das organizações. A progressão da pesquisa evidenciou que a Unimed representa uma articulação particular entre cooperativismo, trabalho médico e seguro saúde, cuja análise e compreensão precede novos estudos acerca da organização.

O eixo condutor da tese trabalha, nos três primeiros capítulos, as variáveis explicativas da constituição da Unimed e nos três últimos, suas características organizacionais, tendências e perspectivas.

O primeiro capítulo inicia-se pela caracterização da profissão médica como paradigmática, com seus privilégios e regras de entrada para prestação de serviços e termina apontando as motivações da categoria para constituir a Unimed.

Visitando a literatura sobre o estudo das profissões, trabalha-se a idéia de profissão como grupo de interesse, que busca construir uma posição social de prestígio, poder e maximização. Essa construção se dá através de dois pilares das profissões liberais: o monopólio de competência e a autonomia profissional. O primeiro circunscreve a competência para realizar certas práticas como exclusividade de determinada profissão, fundamentando-se em um corpo de conhecimento específico e esotérico em uma necessidade social construída com base em atividade política. A autonomia técnica – em última análise auto-regulação ou regulação por pares – é estratégica na justificação do monopólio sobre a prática e depende do apoio dos setores dominantes. A conquista e manutenção deste apoio são funções das associações profissionais, que se constituem, portanto, em agentes dos processos políticos de busca de privilégios e poder.

A Unimed é problematizada no âmbito do processo de profissionalização da medicina no Brasil, como uma organização corporativa que busca manter e ampliar o controle sobre o processo de trabalho. Neste sentido, alinha-se às demais organizações profissionais empenhadas em construir e defender monopólios de competência da profissão médica. Junto com associações científicas, sindicais e de auto-regulação, representa o braço diretamente inserido no mercado de trabalho para oferecer, em condições as mais vantajosas possíveis, os serviços médicos.

As circunstâncias que cercam a fundação da Unimed e os primeiros anos de sua existência conferem especificidade à história da profissão médica no país, em relação ao restante do mundo. Em seu nascedouro, representou para a categoria a promessa de revitalização do exercício da medicina liberal, forte atrativo, ainda hoje, no imaginário daqueles que escolhem a medicina com o propósito de se estabelecerem como profissionais autônomos. O expressivo grau de filiação dos médicos em todo o território nacional tem como uma das motivações a identificação da profissão com o modelo de prática profissional viabilizado pela Unimed.

A Unimed é, portanto, uma busca da corporação de dar nova formatação ao exercício liberal da profissão, inserindo-a no modelo da medicina empresarial. Possibilitou aos médicos brasileiros uma condição de autonomia dentro do empresarialismo e de maximização do poder de barganha, ampliando seu mercado.

O modelo cooperativista teve papel decisivo na concretização dos projetos da profissão sendo, por este motivo, apresentado no capítulo 2. Com características afinadas com o discurso da divisão justa dos ganhos – sem intermediários – e da gestão democrática da cooperativa, caiu como uma luva para o argumento de defesa da medicina liberal, defendido pelos fundadores das primeiras Unimeds. Além do mais, as cooperativas de *per se* fruem de privilégios e incentivos governamentais, fixados inclusive no texto constitucional. Com base nestes preceitos, a Unimed pleiteia, junto ao Estado, condições privilegiadas de inserção no mercado de plano e seguros de saúde. Monopólio de competência e conduta cooperativista definiram, assim, os contornos de um “empresarialismo cooperativista”, exercido no âmbito de uma organização que atua com privilégios fiscais, comercializando serviços.

O capítulo 2 traça, em linhas gerais, o histórico, os princípios, os tipos de cooperativas e os principais aspectos da legislação brasileira sobre cooperativismo. Revela também que o modelo Unimed – de cooperativa de propriedade dos médicos, que opera em rede nacional através de planos de pré-pagamento – é exclusividade brasileira e conceitua “unimilitância”, prática monopolista adotada pela Unimed.

Os aspectos históricos e conjunturais do desenvolvimento da Unimed são tratados no capítulo 3, no qual procura-se fazer uma re-leitura da evolução da assistência médica no sistema de saúde brasileiro, valorizando a inserção e a atuação das entidades médicas enquanto grupos de interesse na defesa da medicina liberal e do monopólio de mercado e serviços. A Unimed aparece como uma reação – a “união dos

médicos” – ao surgimento de outro segmento importante do setor privado: a medicina de grupo. No decorrer do tempo, a Unimed foi reagindo às alterações no mercado de trabalho médico produzidas pela evolução do sistema público de saúde e seus posicionamentos em geral se alinhavam com aqueles das demais associações representativas da categoria.

O ritmo de crescimento da organização nas últimas décadas é também analisado nesse capítulo, identificando os dois momentos nos quais um número especialmente expressivo de Unimeds foi fundado. O primeiro é no começo da década de 1970, que expressa a disseminação da idéia do cooperativismo. Uma tendência mais ou menos constante de crescimento é observada após 1974, quando foi implementado o Plano de Pronta Ação da Previdência Social, e perdura durante toda a década de 80. O segundo pico de fundação de novas cooperativas dá-se no final da década de 80 e início dos anos 90, logo após a promulgação da Constituição. A partir da década de oitenta, são observadas duas tendências: de criação de pequenas Unimeds e de desconcentração progressiva das regiões Sul e Sudeste para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Os três capítulos iniciais demonstram o papel da mobilização da categoria no surgimento da Unimed e do empresarismo cooperativista impulsionando seu crescimento, num ambiente de políticas públicas incentivadoras do cooperativismo e do crescimento do setor de assistência suplementar. Os capítulos finais buscam aprofundar as características da organização e as tendências observadas frente ao novo cenário de regulação.

A estrutura organizacional do Complexo Multicooperativo e Empresarial Unimed e sua dimensão no território nacional são apresentadas no capítulo 4 e 5, que revelam as características da maior empresa de comercialização de planos de saúde do Brasil e a maior – entre as poucas existentes – cooperativas de médicos do mundo.

O capítulo 4 trabalha aspectos da organização: estrutura funcional, sistema diretivo, características da rede de serviços e expressões da autonomia médica.

Detalha sua estrutura demonstrando a complexidade do desenho organizacional, que combina três cooperativas – trabalho, crédito e consumo – e um conjunto de empresas de capital. Todos os componentes do complexo são dirigidos por médicos e estão submetidos à coordenação geral da Unimed do Brasil. Como os cargos são eletivos e temporários e os médicos, muitas vezes, não têm experiência administrativa

anterior, o grau de profissionalização da coordenação é baixo. As características do sistema diretivo concorrem para uma forma de administração altamente politizada, com a co-existência de várias correntes e grupos de interesse que disputam os cargos decisórios.

A autonomia do Sistema Unimed – de cooperativas de trabalho – é também objeto do capítulo. Embora os nomes e marcas do complexo Unimed sejam gerenciados pela Unimed do Brasil, que responde pela representação política e comercial do conjunto, as cooperativas médicas são unidades independentes em termos jurídicos, administrativos e gerenciais. Muitas vezes observam-se discordâncias decorrentes de disputas políticas que fazem com que o sistema não aja de forma integrada.

A autonomia dos profissionais é igualmente expressiva, havendo um dilema permanente entre os interesses dos profissionais e aqueles da organização. Evidências empíricas indicam que o número de procedimentos e os gastos são maiores na Unimed do que em outros segmentos do setor privado. Como decorrência, iniciativas de controle do trabalho médico têm sido implementadas recentemente.

Finalizando o capítulo, a rede de assistência é descrita e apresentada como resultado do processo histórico da Unimed. A rede ambulatorial é extensa, composta pelos consultórios particulares dos médicos cooperados. Por outro lado, há uma dependência quase absoluta de compra de serviços em relação à rede hospitalar e de apoio ao diagnóstico e terapia. Embora haja um incentivo ao incremento dos recursos próprios por parte da Unimed do Brasil, os investimentos são ainda bastante tímidos e os hospitais próprios são, em sua maioria, de pequeno porte e baixa complexidade tecnológica. As formas peculiares de remuneração do cooperado evidenciam um mecanismo de compartilhamento dos riscos da empresa com médicos associados.

O capítulo 5 evidencia a dimensão da Unimed no mercado de seguro saúde e sua expressiva capilaridade no território nacional. Ela é a maior empresa atuante no mercado, pois os demais segmentos representam um pool de empresas independentes. Tem também padrão mais desconcentrado no país, tanto considerando as cooperativas que comercializam planos de saúde, como considerando à Seguradora Unimed.

Revela que a Unimed está presente na maior parte do território nacional onde existem condições mínimas para o seu funcionamento. Os locais onde a cooperativa

não existe são aqueles mais empobrecidos, muitas vezes sem estabelecimento algum de saúde ou com número insuficiente de médicos para formar uma cooperativa.

Apresenta dados, ilustrados por mapas temáticos, que revelam os padrões regionais. No Norte, Nordeste e Centro-Oeste predominam as pequenas cooperativas. As coberturas populacionais e taxas de filiação profissional são as menores na região Sudeste e as mais expressivas na região Sul. O diferencial na disponibilidade de médicos para usuários e para a população em geral revela um padrão regressivo. Apenas uma parte da população tem acesso à cobertura e o diferencial na disponibilidade de profissionais é expressivo.

O capítulo seguinte analisa o comportamento da cooperativa frente às assimetrias de informação e aos mecanismos de *managed care*. Trata-se de evidenciar os contornos, ou mais apropriadamente os limites, da medicina liberal reciclada proposta pela Unimed.

É também potencialmente revelador das normas que regem o relacionamento da empresa com os clientes, naquilo que seria supostamente o exercício da “medicina ética” e “comprometida socialmente”, conforme anunciado pelo *marketing* da Unimed. As estratégias securitárias praticadas pela cooperativa são trazidas à luz, além das práticas de monopólio que evitam a competição entre cooperativas e criam barreiras de entrada a outras empresas e a novos médicos cooperados.

Após enumerar as principais inovações trazidas pela regulamentação específica, conclui-se que os maiores efeitos serão sobre as pequenas cooperativas operadoras de planos de saúde, embora produza também influências sobre todo o Complexo Unimed.

Finalmente, o capítulo 7 faz uma síntese das características da Unimed e analisa tendências e perspectivas frente ao novo ambiente regulatório, além de apontar alguns desdobramentos desejáveis da pesquisa.

Aponta profundas mudanças na estrutura da organização, favorecendo, em alguns aspectos, sua organicidade e, em outros, introduzindo elementos de incerteza sobre o seu futuro.

O crescimento dos componentes financeiros do complexo é revelado e a conformação de uma estrutura mais concentrada, verticalizada e cada vez mais afastada

do modelo original, com perspectivas de restrição tanto da autonomia médica, como da autonomia das Singulares.

Aspectos de relevância para a regulação são apontados, enfatizando seu papel como indutora de maiores benefícios e proteção para os usuários, na medida em que as práticas correntes no mercado de assistência suplementar, relacionadas à assimetria de informação, são observadas também na Unimed, independente do formato cooperativista.

Esse formato, de fato, revelou-se de grande utilidade para a construção de um empreendimento econômico que tornou concreto o projeto profissional dos médicos brasileiros.

NOTAS:

¹ Ver, por exemplo, os documentos World Bank, 1993 e Brasil, 1995.

CAPÍTULO 1

PROFISSÃO, MONOPÓLIO DE COMPETÊNCIA E EMPRESA MÉDICA

1.1 PROFISSIONALIZAÇÃO E AUTONOMIA:

Os primeiros esforços sistemáticos para estudar as profissões ocorreram no século XX, apesar de derivarem da Idade Média ou em alguns casos da Antiguidade. O interesse dos teóricos acompanhou a grande mudança na natureza das ocupações ocorrida após a Revolução Industrial.

O século XIX viu surgir o advento das profissões liberais, conforme o modelo atual. “Profissão” ou, mais apropriadamente, “profissão liberal” na literatura especializada, designa uma classe ou categoria particular no conjunto das ocupações existentes, cuja diferenciação reside no elevado grau de conhecimento formal e autonomia desses profissionais em relação aos demais trabalhadores.

A literatura embrionária da sociologia das profissões teve dois principais focos: num primeiro momento, definir o que vinha a ser profissão, apontando suas propriedades e, ato contínuo, compreender os mecanismos através dos quais certas ocupações alcançaram o *status* de profissão. Abbott (1988) destaca, com maior ênfase na literatura inglesa, as contribuições de Carr-Saunders e Wilson (1933), na década de 1930, Millerson (1964) e o norte-americano Willensky (1970), na década de 1960. Machado (1996), acrescenta ainda, na literatura americana da década de 60, os trabalhos de Parsons (1964), Barber (1963), Greenwood (1966), Goode (1969) e Moore (1970).

Nesse período, profissionalização tornou-se um conceito estabelecido. Embora pudesse diferir a ênfase dada pelos autores a cada um dos elementos que caracterizariam uma profissão, houve uma certa confluência de pensamento, pois, ao enfatizar um conjunto de características, os autores não excluía as demais.

Algumas dessas características assumiram uma forma relevante na literatura como a existência de uma **base cognitiva específica**: uma combinação de conhecimento teórico com elementos tácitos cujo domínio é alcançado através de treinamento. A duração deste treinamento e a aura de mistério em que está envolvido são fundamentais para a persuasão da sociedade de que o trabalho é complexo e, por isso, deverá ser desempenhado por um profissional ou *expert*. A sociedade deve também estar convencida de que necessita do trabalho do profissional para resolver questões práticas de seu dia-a-dia. Um conhecimento suficientemente esotérico – que funciona como uma “caixa-preta” – e a **necessidade social** servem de base para a reivindicação de jurisdição exclusiva sobre uma prática. O **monopólio legal** sobre a prestação de determinados serviços no mercado é conferido pelo Estado.

O corpo de conhecimento específico é transmitido em escolas formais, cujo conteúdo é definido pela própria profissão, que possui também um código de normas e regras e deve ser responsável por arbitrar sobre as questões próprias do exercício da atividade. A definição do corpo de conhecimento, o estabelecimento de mecanismos de credenciamento e auto-regulação e o estabelecimento de códigos de ética são atribuições das **organizações profissionais**. Estas características conferem às ocupações liberais um grau de **autonomia** e independência maior do que outras atividades, significando que o profissional é a autoridade suprema no seu campo de ação, sem a interferência de outras autoridades.

Vale também destacar a importância conferida ao **ideal de serviço**, traduzido como uma orientação para a coletividade, apontado por alguns autores como um dos elementos centrais das profissões, junto com o corpo de conhecimento. O Ideal de serviço engloba as normas destinadas a orientar os procedimentos técnicos da profissão voltados para o atendimento aos interesses do cliente e não os do profissional. Para melhor defini-lo, Goode (1969) apresenta quatro características importantes:

1. o profissional é quem decide aquilo de que o cliente necessita;
2. a profissão deve exigir um sacrifício dos praticantes como um ideal, ou seja, deve implicar uma grande dedicação;
3. a sociedade deve acreditar que a profissão aceita e se orienta por ideais;
4. a comunidade profissional deve se pautar por um sistema de recompensas e punições.

Autores como Wilensky e, posteriormente, Moore partiram de alguns desses elementos para tipificar o processo de profissionalização. Wilensky (1970), com base no estudo de 18 profissões norte-americanas, definiu cinco etapas típicas, segundo ele, formais e indispensáveis, para o processo de profissionalização completa de uma ocupação:

1. o trabalho se caracteriza por dedicação integral, dada a necessidade social da ocupação;
2. criam-se escolas de treinamento padronizado, para transmissão de conhecimento, de forma sistematizada, socializada e universal;
3. surgem associações profissionais, definindo-se o perfil corporativo da profissão, que confere identidade própria ao grupo;
4. a profissão é regulamentada pelo Estado, que confere monopólio legal sobre a prestação de determinados serviços no mercado;
5. adota-se um código de ética com a finalidade de controlar os participantes, preservando a profissão da má prática e assegurando credibilidade junto à sociedade.

Moore (1970) argumenta que a conceituação de profissionalismo é uma tarefa complexa – dada a dificuldade de se identificar um tipo ideal ou as características essenciais de uma categoria profissional que a distinga claramente de outras – o autor relativiza a rígida distinção entre “profissão” e “não-profissão”, sugerindo uma escala de atributos, na qual as ocupações alcançam diferentes graus de profissionalização. Tais atributos seriam:

1. a ocupação é de tempo integral, ou seja, representa a principal fonte de renda do praticante;
2. a vocação (*calling*) relaciona-se ao compromisso ou aceitação de normas apropriadas, bem como identidade com os pares profissionais e a consideração da profissão como coletividade;

3. a organização é uma dimensão fundamental para a defesa de interesses comuns, condições de trabalho e estratégias de acesso que permitirão a exclusão da incompetência e a proteção do monopólio. As associações profissionais devem se ocupar dos “problemas mundanos” e de “considerações estratégicas”. Problemas mundanos seriam os relacionados às condições gerais de trabalho, ao passo que as condições estratégicas diriam respeito à manutenção de um alto padrão no trabalho, além da exclusão ou não admissão daqueles considerados incompetentes e a proteção das garantias ou monopólios da categoria;
4. o corpo de conhecimento formalmente adquirido, incluindo dimensões cognitivas e habilidades específicas, conquistadas em longo treinamento especializado ou educação de grande dimensão é o sustentáculo ao profissionalismo. A dimensão simbólica do saber é realçada como diretamente relacionada ao poder e prestígio atribuídos a determinadas profissões. A aquisição de um conhecimento prático e útil mas de difícil aprendizado tem, sob a ótica da sociedade, uma certa afinidade com o apelo a poderes sobrenaturais, já que ambos não são viáveis para a maioria das pessoas comuns.
5. a orientação para o serviço é fundamental para obter-se o monopólio do saber e da prática profissional. É necessário delimitar e definir a conduta profissional através de código de ética e do estabelecimento de normas que assegurem homogeneidade e qualidade técnica nos serviços prestados e proteção aos clientes contra atuação displicente. A transmissão de confiabilidade social é de fundamental importância para que a profissão se consolide no mercado de prestação de serviços;
6. a autonomia que representa a capacidade de o profissional ter sua prática submetida ao seu próprio julgamento e autoridade, com sua responsabilidade como árbitro, é o elemento mais característico de uma profissão. Para obtê-la o profissional depende da observância dos aspectos anteriores apresentados pelo autor: é necessário compromisso com a vocação, organização para efetivo controle de admissão, educação especializada e normas que assegurem execução competente de serviços.

Destaca-se em Moore a ênfase conferida ao papel das organizações na construção do privilégio de prática das profissões e seu conceito de autonomia, dois aspectos que alicerçam a produção literária pós-70 quando, nos Estados Unidos e na Inglaterra, novas abordagens no estudo das profissões passam a enfocá-las enquanto formas de estabelecimento de poder ou monopólio. Larson, Freidson e Starr são autores importantes desta linha de trabalho¹.

Larson (1977) tem o olhar especialmente voltado para a interação das profissões com o mercado de trabalho. Enfatizando a questão do conhecimento para a consolidação do profissionalismo, destaca dois componentes essenciais: a base cognitiva e o mercado potencial. Ambos são trabalhados com a intenção de estabelecer monopólio.

Para a autora, a melhor base cognitiva para o monopólio de competência é a que apresenta, por um lado, especificidade suficiente para partilhar com clareza a utilidade profissional; e formalização ou codificação, que permita a estandardização do serviço e dos profissionais. Por outro lado, não pode ser absolutamente clara, de modo a poder efetuar um princípio de exclusão pois, “onde todos podem ser *experts*, não há *expertise*” (Larson, op. cit.: 31).

Quanto ao componente “mercado”, Larson observa ser determinado pelo desenvolvimento econômico e social e também pela ideologia dominante em dado tempo. Como dimensões de controle de mercado a autora aponta:

1. a natureza do serviço que é vendido no mercado – quanto mais bem definido, universal e de mais difícil acesso, mais favorável à profissionalização;
2. o tipo de mercado – mercados menos competitivos favorecem as profissões. Por outro lado, quanto maior a competitividade do mercado maior a tendência da profissão à organização em monopólios;
3. o tipo de clientela – quanto mais universal e menos organizada for a clientela, mais chances terão as profissões;
4. a base cognitiva – bases cognitivas mais estandardizadas e definidas são favoráveis. Quanto mais “esotérico” for o conhecimento, melhor é a situação profissional. Na atualidade, o caráter científico é fundamental;

5. a produção dos produtores (formação profissional) – as formas mais institucionalizadas e estandardizadas favorecem o controle profissional. Quanto mais os profissionais controlarem as condições de ingresso à profissão, mais possibilidades terão para ampliar sua posição de poder no mercado;
6. as relações de poder – a situação profissional será tanto melhor, quanto mais independente de outros mercados for o mercado da profissão e quanto maior a colaboração do Estado na disputa com outros grupos.
7. a afinidade com a ideologia dominante – a coincidência entre a ideologia profissional e a ideologia dominante é um elemento que favorece a situação profissional;

Ao lado de dimensões estruturais, que englobariam o saber, tem-se também condições ambientais, como o tipo de mercado, clientela, entre outros, que facilitariam ou não a obtenção de um monopólio de competência.

Larson questiona a noção de ideal de serviço como sendo um dos elementos definidores da essência das profissões. Como destaca Abbott (1988), seu objeto central são as elites de praticantes, que procuram recompensas pessoais através de mobilização coletiva. De fato, ao contrário de serem funcionais para o desenvolvimento das sociedades, como sugere o ideal de serviço, as profissões estão voltadas para seus projetos coletivos de monopolização de mercado e de privilégios sociais.

Outro autor de importância fundamental no estudo das profissões é Eliot Freidson (1988)². Tratando do conceito de profissão, ele observa a falta de consenso sobre o que o termo designa. Em sua análise procura apreender os elementos envolvidos na profissionalização numa perspectiva dinâmica, contra o “alinhamento” que sugere como profissionalismo a posse de um conjunto de atributos, por suposição, típicos dos profissionais.

Uma das implicações do trabalho de Freidson, também incorporada por Larson, é evidenciar que os elementos cognitivos e normativos usados para conceituar profissão não podem ser vistos como uma lista de características fixas e estabelecidas, cuja acumulação faz com que as ocupações se aproximem mais completamente da constelação de sinais que definem a profissão. Em verdade, tais elementos ganham importância à medida que podem ser usados como argumentos no processo, o qual envolve disputas e persuasão. É neste processo que grupos particulares precisam

negociar as fronteiras de uma área na divisão social do trabalho e estabelecer o seu próprio controle sobre ela. A persuasão tende a ser tipicamente direcionada para fora – isto é, para as elites relevantes, o público ou públicos potenciais e para as autoridades políticas. Conflito e disputa sobre quem deverá ser incluído ou excluído marcam o processo de unificação interna de uma profissão.

Outra contribuição fundamental de Freidson é o enfoque conferido ao conceito de autonomia profissional, a partir do qual faz-se uma distinção clara entre profissão e ocupação (ou semiprofissão). A autonomia, em Freidson, representa a capacidade de definir e padronizar, avaliar e controlar o desenvolvimento do trabalho. É nisso que reside a essência do profissionalismo. Tal como aparece explicitamente em sua obra: “convém considerar profissão uma ocupação que tenha assumido uma posição predominante na divisão do trabalho, de tal modo que alcança o controle sobre a determinação da essência do seu próprio trabalho” ou “a principal diferença entre uma profissão e outras ocupações reside numa autonomia organizada e legitimada – uma profissão se distingue de outras ocupações porque tem controle legitimado sobre seu trabalho”³. Autonomia liga-se intrinsecamente à dimensão do conhecimento, já que expressa uma competência técnica legitimada, fundamentando a independência no desenvolvimento da sua prática.

Freidson faz ainda uma distinção importante entre duas esferas ou modalidades de autonomia: a autonomia técnica e a autonomia socioeconômica. A primeira seria caracterizada pela possibilidade de controle sobre a essência do que é próprio à profissão (ou seja, seu conteúdo técnico), ao passo que a autonomia socioeconômica estaria referida à capacidade de dispor sobre a organização social e econômica do trabalho. É a autonomia técnica que confere especificidade a uma profissão de tal forma que, uma vez obtida esta autonomia central, outros segmentos de autonomia lhe seguem nos demais campos. Para o autor, quaisquer que sejam os constrangimentos socioeconômicos, a preservação da autonomia técnica é aspecto crucial para a profissão:

(...) apesar da imposição de uma estrutura administrativa para a profissão, a autonomia no controle de sua técnica lhe permite ajustar muitos elementos desta estrutura, para além dos propósitos e do reconhecimento dos planejadores e chefes executivos. Este é particularmente o caso da medicina, onde um erro técnico pode ter conseqüências perigosas e onde a declaração de urgência e de existência de riscos temerários é um potente recurso protetor⁴.

É a posição autônoma da profissão na sociedade que lhe permite a recriação do mundo leigo, uma das manifestações mais marcantes do poder das profissões. No exercício do seu trabalho, que consiste em tratar os problemas do leigo, o médico, por exemplo, desenvolve sua própria e independente concepção dos problemas e maneja a ambos, paciente e problemas, a seu modo. Através do desenvolvimento de sua própria aproximação “profissional”, modifica a definição e a forma dos problemas tal como eram experimentados e interpretados pelo leigo. À medida que é tratado, o problema do leigo é recriado, dando lugar a uma nova realidade social. (Freidson, 1988: XV)

A autoridade profissional – expressa pela recriação do problema do leigo e a proposição de uma solução a partir do instrumental da profissão – é eminentemente uma autoridade cultural. Na medicina, por exemplo, o paciente busca resposta a perguntas como: o que eu tenho? O meu problema é grave? acreditando na capacidade de do médico de respondê-las e apresentar soluções (Starr, 1982). É a autonomia técnica, expressa através do controle sobre determinada esfera do conhecimento, que representa o centro da autoridade profissional.

A autonomia técnica é estratégica na justificação do monopólio sobre áreas específicas de prática. E, para sua conquista e manutenção são fundamentais a dimensão da organização e o papel desempenhado pelo Estado. O grau de autonomia profissional depende do apoio dos setores politicamente dominantes. A conquista e manutenção deste apoio é papel das associações profissionais.

O controle estatal, por sua vez, garante a exclusividade do direito de usar ou avaliar um conhecimento. É ele que sanciona e ordena o campo profissional, cria ou autoriza a criação de cursos universitários, reconhece as diversas associações profissionais e regulamenta o exercício das profissões.

Sob esta ótica, ganham relevo os determinantes de natureza política dos privilégios profissionais: é a partir da garantia do direito à exclusividade do uso de um certo conjunto de saberes que a profissão ganha poder. Daí a íntima conexão das profissões com o processo político, pois os diversos elementos constitutivos de uma profissão representam conquistas alcançadas mediante intensa atividade política.

O profissionalismo representa mais uma forma de controle social do que uma qualidade inerente a certas ocupações. Ou seja, mais do que indicar situação profissional, os elementos característicos das profissões são meios para legitimar a autoridade profissional, alcançar solidariedade entre os praticantes e conseguir que o Estado lhes conceda um monopólio de competência. A atividade política das profissões se direciona a influenciar todas as decisões que podem afetá-las, inclusive as que definem os rumos das políticas setoriais, a exemplo do que aponta Starr (1982), ao avaliar a evolução da medicina nos EUA.

Para além de se deterem na análise da constelação de atributos, as abordagens citadas trouxeram como principais contribuições ao estudo das profissões:

- a **historicização e a contextualização** do processo de profissionalização das ocupações;
- uma **revisão do ideal de serviço** como elemento constitutivo das profissões e a sua superação pela idéia de profissão como grupo de interesse, que busca construir uma posição social de prestígio, poder e maximização de ganhos;
- a proposição de que essa construção se dá através da defesa de dois pilares das profissões liberais: o **monopólio de competência** – fundamentado na especificidade do corpo de conhecimento e na necessidade social (construída) – e a **autonomia profissional** ou, em última análise, a auto-regulação;
- a ênfase no **papel das organizações profissionais** como agentes nos processos políticos de busca de privilégios e poder. Em outras palavras, a importância das instituições do profissionalismo – sistemas de credenciamento, associações profissionais, sistema legal e de ética etc. – que fazem a mediação entre o conhecimento formal controlado pelos profissionais e o impacto das profissões nas decisões políticas, econômicas e técnicas.

É ponto de consenso na literatura sobre o estudo das profissões, a condição da medicina como profissão paradigmática. Um dos trabalhos mais recentes na literatura brasileira sobre profissão médica é o de Maria Helena Machado (1996)⁵. Nele, a autora enfatiza que nenhuma outra profissão exercita o poder de “recriar a realidade” na escala

em que o faz a medicina, pois nenhuma outra se iguala a ela no grau de autonomia e auto-regulação. A medicina sintetiza os elementos fundamentais de um projeto de profissão bem-sucedido em todo o mundo contemporâneo: a aliança historicamente consolidada com a elite – compradores privilegiados de seus serviços – e o Estado – que concede e garante, através de sistemas legais, a exclusividade de exercício, ou seja, o monopólio.

Sendo uma ocupação altamente profissionalizada, a medicina possui um corpo de conhecimento fechado, específico e complexo, constituindo-se em uma verdadeira “caixa preta”, decifrada apenas pelos profissionais. Monopoliza um amplo mercado de serviços, com demanda potencialmente ilimitada e legalmente protegido. Solidamente organizados em associações, os médicos apresentam seus interesses com acentuado “espírito de corpo”.

Machado sublinha ainda que a semelhança do ideário médico com o sacerdotal é fruto de sucessivas alusões a um modelo contido no juramento de Hipócrates, no Código Internacional de Ética Médica, na Declaração de Genebra, da Associação Médica Mundial – AMM etc. Trabalhando com Larson (1977), concorda que há escassa evidência de que este modelo tenha encontrado expressão em comportamentos individuais, se tratando de recurso ideológico pelo qual a medicina procura ganhar crédito social. Reafirma, assim, que o ideal de serviço desinteressado, que é claramente antimercado, se torna, de fato, um instrumento de controle de mercado.

A autora resgata que, durante o processo de profissionalização, as profissões fundaram sua argumentação no princípio da racionalidade, persuadindo a sociedade de que elas haviam incorporado o *ethos* científico e a autoridade racional da *expertise* técnica. Argumenta que foi com o desenvolvimento da bacteriologia, nas duas primeiras décadas deste século, que a medicina unificou sua base cognitiva. Seu prestígio social e sua autoridade cultural vieram na medida em que os valores de racionalidade da ciência ganharam posição de destaque na estrutura ideológica de diferentes sociedades. Neste contexto, uma das tarefas das lideranças médicas foi insistir na associação com a racionalidade científica para diferenciar, na percepção pública, a medicina de outras práticas curativas “não-científicas” e “irracionais”.

Em seu panorama sobre a história da profissão, conclui que a medicina científica anunciou-se no século XX sem concorrentes. A combinação de diversos elementos fizeram dela uma profissão altamente bem-sucedida no seu projeto de controle de

mercado, de obtenção de prestígio social e de vantagens na estrutura ocupacional. Este sucesso foi possível, para além dos elementos estruturais mencionados (unidade cognitiva, padronização dos serviços etc.), devido a quatro fatores específicos: a) pela importância do valor para o qual estão orientados os serviços médicos: a saúde; b) dada a capacidade “quase ilimitada” de expansão do mercado de serviços de saúde; c) pela natural inclinação do Estado em dar suporte e oferecer vantagens monopolistas a uma atividade profissional fundamental para o bem-estar dos cidadãos; d) pela peculiar falta de organização da clientela (Machado, 1996: 52).

O foco do trabalho de Machado dirige-se às “metamorfoses” sofridas pela profissão médica. São apresentadas três vertentes analíticas que procuram compreender e conceituar as transformações por que passam as profissões liberais em seus elementos constitutivos e na sua inserção no mercado de trabalho:

1. **Proletarização** – associa a condição de assalariamento dos profissionais qualificados à sua vinculação à classe operária. Ou seja, a mesma lógica da acumulação capitalista que proletarizou o artesão e o operário qualificado, estaria tendo efeito no universo dos profissionais liberais.
2. **Desprofissionalização** – sustenta que fatores internos e externos à profissão têm produzido efeitos transformadores sobre a sua essência, especialmente sobre a medicina, descaracterizando-a como modelo liberal. Enfoca a perda do monopólio do conhecimento, da autoridade sobre a clientela, da erosão da autonomia, da mesma forma que a crescente insatisfação do profissional com a introdução dos avanços tecnológicos, os quais invadem áreas do saber e da prática até então exclusivas e monopolistas. Esta vertente não despreza os efeitos do processo de assalariamento a que está submetido o segmento profissional qualificado, e muito menos desconhece a crescente racionalização que a maioria das ações profissionais tem assumido. Contudo, não confere importância capital ao fato de os profissionais liberais tornarem-se assalariados.
3. **Racionalização** – aponta para a crescente institucionalização do trabalho dos profissionais liberais, que desempenham suas atividades cada vez mais ligados a organizações complexas e com elevado grau de controle burocrático. Enfatiza a perda de prerrogativas profissionais como resultado da predominância das decisões burocráticas no processo de trabalho, na forma de remuneração ou no modelo de organização do trabalho que substitui o desempenho individual pelo

coletivo. Ao contrário das duas vertentes anteriores, não conclui pela perda da autonomia dos profissionais, considerando que mantêm o controle sobre os aspectos técnicos de seu trabalho. Segundo esta linha analítica, o processo de trabalho passa a ter uma racionalidade que definirá melhor o que fazer, como, onde, com quem e em que condições.

Embora considere que nenhuma das tendências analíticas defenda de forma excludente uma ou outra perspectiva, adota a desprofissionalização para orientar sua análise. Aponta que, ao mesmo tempo em que a demanda por serviços médicos cresceu muito, a medicina científica tornou-se cada vez mais dispendiosa, dificultando o exercício autônomo da profissão e tornando-a cada vez mais vinculada ao Estado, no caso da medicina pública, ou às empresas de seguro saúde. Como decorrência, a relação médico-cliente – antes direta, envolvendo as duas partes numa relação única e pessoal, controlada pela autoridade do médico – passou a ser intermediada, regulada, cada vez mais, por critérios de custo e eficiência que teriam reflexos significativos sobre a autonomia técnica e econômica do profissional.

Para a autora, a medicina estaria enfrentando “uma crise ética e econômica que ameaça romper sua autonomia e levanta sérias questões sobre a legitimidade do seu monopólio”. Seriam sinais desta crise a perda do controle da relação com o paciente (compra e venda dos serviços médicos); a crescente regulação do Estado, que tem interferido na autonomia da profissão; o desafio das entidades em defesa dos direitos do paciente, o que tem corroído sua autoridade; a padronização de procedimentos, que tem diluído a aura “esotérica” que cerca o saber médico e a disputa de paradigmas “alternativos” com o paradigma biomédico, por considerável faixa do mercado. (p.55).

Essa abordagem não leva em conta a inserção empresarial da categoria médica no mercado de trabalho brasileiro. Embora fuja ao escopo deste trabalho aprofundar o debate sobre as correntes teóricas da sociologia das profissões, trata-se de análises que, aplicadas de forma descontextualizada, não dão conta de explicar a inserção da profissão médica na realidade brasileira

É ponto de consenso a ocorrência de mudanças paradigmáticas no arquétipo das profissões tradicionais, inclusive a medicina. Entretanto, mesmo que haja uma mudança no trabalho do médico, enquanto produtor individual, decisões-chaves relacionadas ao diagnóstico e à intervenção ou tratamento ainda são privilégio deste profissional, ou seja, parte significativa da autonomia técnica está preservada.

Por outro lado, a medicina científica e os avanços tecnológicos abriram novos mercados e expandiram os serviços de saúde, ampliando o poder de influência dos médicos sobre decisões de políticas de saúde. Certamente, as transformações ocorridas sob a égide desta influência servem para reforçar o poderio médico, não para enfraquecê-lo. Em relação à medicina corporativa, não parece haver sinais de abalos profundos no poder da profissão.

Um dilema atual da medicina é o encarecimento dos serviços prestados. O arranjo possível para vencer este obstáculo foi a alteração na forma de financiamento da assistência. Neste sentido, a clássica relação onde o paciente escolhe livremente o médico e este fixa seus honorários, foi substituída por uma forma de relação que viabiliza os custos da assistência.

O progressivo aumento dos custos da assistência médica torna a “medicina liberal”, conforme definida pela Associação Médica Mundial⁶, cada vez mais residual. A existência de “instituições mediadoras” acaba por ampliar o acesso da população, o que equivale a dizer que as pessoas tenderão a ser, cada vez mais, beneficiárias do Estado ou clientes de empresas privadas de seguro saúde, nos diversos modelos que esta relação possa assumir.

A contextualização histórica estrutural faz com que se compreenda melhor a trajetória da medicina na realidade de cada país. As questões mais gerais que norteiam os debates no campo do estudo das profissões, sejam elas enfrentadas pelos argumentos da proletarização, desprofissionalização ou racionalização, não dão conta de explicar especificidades. Neste aspecto vale lembrar Larson: “a história mais ampla determina o tempo, as condições e as estruturas através das quais a profissionalização toma lugar” o que equivale a dizer que as características e formas de atuação se adaptam ao momento e ao contexto histórico estrutural.

Os elementos que caracterizam a profissão são apenas argumentos para o objetivo principal de busca de monopólio de competência e privilégios sociais. Seus movimentos políticos se pautam por garantir tais privilégios e influenciar nas decisões que interessam à profissão, relacionadas ao controle do mercado de trabalho.

É neste cenário que se situa a Unimed: uma organização que, num momento de transformação da profissão, maximizou, na realidade brasileira, as possibilidades de

monopólio de mercado de trabalho médico e restringiu a regulação sobre a autonomia técnica e financeira.

Monopólio de competência e conduta cooperativa definiram os contornos de um empresarialismo cooperativista, dando forma a uma organização, que, como será visto, atua com privilégios fiscais, comerciando serviços de assistência exclusivamente de médicos que não podem trabalhar para empresas concorrentes. A Unimed opera de forma monopolista criando barreiras para a atuação de profissionais não médicos, de médicos não cooperados e de outras empresas de assistência.

O “empresarialismo cooperativista” característico da Unimed fez com que os médicos brasileiros seguissem uma quarta via em relação às três apontadas pelo estudo das profissões: de autonomia dentro do empresarialismo e de maximização do poder de barganha, ampliando de tal forma seu mercado a ponto de se caracterizar como uma condição de hiperprofissionalização.

1.2 A UNIMED E A MEDICINA LIBERAL

Partindo deste contexto, pode-se afirmar que a história da profissão médica no Brasil adquire especificidade devido à existência da Unimed e sua atuação em defesa da medicina liberal. A literatura brasileira fornece algumas pistas. Machado relata o contexto do surgimento da Unimed evidenciando sua origem no âmago das associações médicas:

A corporação médica reagiu contra essa modalidade de prestação de serviços (*medicina de grupo*) alegando que a situação de “médicos empregando médicos” seria eticamente comprometedora. (...) Em oposição à medicina de grupo surgiu a Unimed, que propunha a reunião dos médicos em cooperativas, cujo objetivo era permitir seus cooperados atenderem os pacientes livremente, com consulta marcada em seus consultórios, utilizando valor de consulta padronizado e de baixo custo para o conveniado. A remuneração era feita no final do mês, através de um rateio entre os cooperados, sem objetivo de lucro. “Nem poderia ser de outra forma, pelo menos a partir de 1968, quando se iniciou um movimento de oposição aos grupos médicos, liderado pela Associação Médica Brasileira e por alguns sindicatos médicos, traduzindo-se no surgimento das cooperativas médicas, as Unimed’s. O movimento teve início na cidade de Santos, sendo presidente do sindicato médico o Dr.

Edmundo Castilho. Partiu da Associação Médica Brasileira (AMB) a ofensiva ideológica sistemática contra a medicina de grupo, principalmente durante a década de 1960. Suas críticas se tornaram mais contundentes quando surgiu a possibilidade de regulamentação do seguro-saúde em 1969 (Decreto-Lei 73, de 1966), condenando o sistema de pré-pagamento que oferecia seguro facultativo por considerá-lo nocivo aos interesses da classe médica” (Machado, 1996: 110 e 111).

Gershman (1995), em um estudo sobre a Reforma Sanitária Brasileira, avalia o papel do movimento médico e cita a Unimed como vinculada a ele:

(...) O I Congresso Brasileiro de Entidades Médicas teve a participação de 2.000 médicos e discutiu desde temas médicos específicos até a Política Nacional de Saúde. Todas as entidades médicas participaram e também a Confederação Nacional das Unimeds, representante das cooperativas de trabalho médico. Esta última teve a seu cargo as discussões sobre mercado de trabalho. (p. 115).

Cohn e colaboradores (1991), recuperando a história do setor privado e as políticas de saúde na década de 1980, fazem uma análise sobre aspectos pouco trabalhados em relação à Unimed. No texto, que tem como ponto de partida o discurso dos fundadores da Unimed, vale ressaltar:

1 - O surgimento da cooperativa como decorrência da resistência do movimento médico ao aparecimento da medicina de grupo – geralmente explorada por um pequeno número de profissionais com intuito de lucro – e o objetivo de preservar o exercício da medicina liberal (autônoma) e “ética”, procurando estabelecer regras diferenciadas para o exercício da profissão:

Segundo seus fundadores, as cooperativas deveriam criar um mercado de trabalho para os médicos e um tipo de prestação de serviços que organizasse a livre escolha, pertencesse ao campo da sociedade civil, se organizasse como entidade sem fins lucrativos e disputasse a clientela de um lado com a medicina mercantilista, e de outro com o atendimento individual da prática liberal. Consideram-se uma espécie de seguro médico comunitário formando um sistema autônomo (p. 78).

A Unimed considera que a ligação do médico com as cooperativas é voluntária e ele deve limitar sua remuneração a um nível que possa, de um lado, atender às exigências básicas da categoria profissional e, de outro, atender às possibilidades econômicas da população em geral.

Os serviços prestados pelos médicos cooperados deverão ter lugar exclusivamente nos próprios estabelecimentos individuais (consultórios) para que o princípio da livre escolha pelo usuário, bem como o código de Ética Médica sejam observados (p. 104).

2 - A defesa contundente da autonomia técnica, expressa em um mínimo de intervenção e controle da prática médica, o que irá definir o perfil do sistema de auditoria médica da organização.

Segundo seus criadores, a Unimed não deve impor nenhuma restrição prévia tanto em relação aos médicos como em relação aos pacientes, sendo os dados de atendimento, analisados *a posteriori* pelas comissões de Especialidades que compõem o Conselho de Sindicância tendo em vista os controles estatísticos (p. 81).

3 – O apelo ao ideal de serviço e à ética como legitimadora de crédito social e a sua utilização na justificativa de privilégios.

O caráter ético é bastante enfatizado também pela Unimed aparecendo em vários periódicos referência ao fato de que elas foram consideradas como o único sistema ético “tanto pelo congresso Federal quanto pelas diversas associações profissionais dos médicos (p. 82) .

Em síntese pode-se afirmar que as Unimeds se propõe como uma das formas de assistência médica entre as existentes na iniciativa privada, mas que por não visar lucro, deve ser vista e tratada como instituição de caráter público, não estatal, visando basicamente o interesse público. [sic]

Analisando seu ideário pode-se verificar que desde a sua criação até o início da década de 80, a ênfase foi dada aos valores éticos da profissão médica, à luta contra a mercantilização e contra a intermediação do trabalho médico à defesa do livre acesso dos usuários a qualquer médico ou tipo de assistência, como afirma o presidente da 1ª cooperativa médica no Brasil, o ideológico [sic] principal desta modalidade de assistência, Dr. Edmundo Castilho. Até então, a Unimed apresentou-se como um movimento que se consolidou em torno de princípios éticos e de justiça social (p. 87).

4 – Um empenho em fazer do mercado de trabalho médico um monopólio da Unimed, agregando, aos argumentos já apresentados, um discurso nacionalista. Este empenho se expressa em forte atuação política junto ao Estado:

A Unimed Campinas considerava, em 1976, que o sistema era tão positivo que poderia ser estendido para toda a população [grifo do autor]. (...).

A mesma idéia de extensão do Sistema Unimed à população em geral é defendida em tese enviada pelas Cooperativas Médicas em 1981 ao II Sinamp (II Simpósio Nacional de Assistência Previdenciária), ressaltando que esse modelo (...) era eminentemente brasileiro caracterizando-se como instituição que tem meios para a contratação coletiva dos serviços de toda a classe médica, baseando sua assistência no atendimento em consultórios dos cooperados, em regime da mais absoluta livre escolha, tendo potencialidades para adoção em todo o país.

Na mesma tese defendem ainda que as cooperativas podem se constituir em alternativa à assistência previdenciária, visto que além de não visarem lucro e guiarem-se pelo interesse público, elas têm se mostrado como o único sistema de pré-pagamento de eficácia comprovada, operando sob um sistema contratual de custo operacional, sem perder de vista a remuneração dos serviços sob produção, em que os preços podem ser diariamente confirmados.

O sistema Unimed pode acompanhar os ditames mais modernos da política de saúde, pois tem condições de atender, de forma descentralizada e com igualdade, a toda a população em todos os municípios (p. 81-82).

Outro ponto bastante claro nos ideários das Unimeds é seu caráter nacionalista, de defesa da assistência médica hospitalar no país contra os interesses dos grandes grupos internacionais ávidos de lucro e cientes das deficiências do esquema estatal e que tentam de todas as formas controlar e explorar o mercado de trabalho médico-hospitalar, “transformando a doença de nosso povo em matéria-prima rendosa da indústria geradora de lucro a ser remetido para o exterior (p. 83).

5 – O destaque à natureza corporativa da Unimed, que reivindicava para si a condição de entidade representativa e porta-voz da categoria junto às demais organizações de classe:

Consideram no entanto, que mesmo sendo um trabalho diferente do trabalho assalariado, isto não deve impedir uma “luta comum” dos médicos cooperados com os demais colegas profissionais sob a liderança das entidades médicas. A Unimed julga-se, ela própria, uma das entidades de representação da categoria. Afirmam textualmente em 1983, na Carta da II Convenção Nacional das Unimeds que têm invocado essa condição (de representante da categoria) e procurado agir em consonância com as

Associações Médicas Regionais e a AMB, com os Sindicatos dos Médicos, além dos Conselhos Regionais de Medicina “exigindo um real apoio ao nosso sistema, para o seu reconhecimento como aquele que resolve os problemas assistenciais do país (p. 105).

A face empresarial da Unimed foi o ângulo mais focado pela produção acadêmica. Uma gênese vinculada aos movimentos organizados da categoria médica em defesa da medicina liberal “ética” e “socialmente comprometida” teria se perdido no decorrer do tempo e a Unimed seria mais uma empresa que atua no mercado de planos de saúde, nos mesmos moldes das empresas de medicina de grupo.

Estudos sobre a formação do sistema de saúde brasileiro também reforçam esta ótica. Cordeiro (1984), endossado por Bahia (2000), inclui a Unimed como empresa médica, considerando que esta categoria abrange duas vertentes empresariais: as empresas de medicina de grupo e as cooperativas médicas. Estas modalidades se distinguiram pela origem empresarial dos grupos médicos que as constituíram – as medicinas de grupo foram criadas por proprietários/sócios de hospitais e as cooperativas médicas por profissionais vinculados a entidades profissionais.

Oliveira & Teixeira (1985) também não diferenciam as modalidades inseridas nos “grupos médicos” ou medicina de grupo, resgatando que seu surgimento veio substituir ou complementar os departamentos médicos nas empresas.

Tais enfoques, entretanto, se detiveram pouco na análise da Unimed no bojo do processo de desenvolvimento da profissão médica, com desenho e dinâmica organizacional que lhe conferiram uma inserção diferenciada e mais vantajosa no mercado de planos de saúde, como será visto adiante.

A literatura atual sobre o setor privado de saúde considera quatro diferentes modalidades de assistência médica privada: medicina de grupo, cooperativas, seguro saúde e autogestão (entre outros, Bahia, 1999 e 2000; Mendes 1993; Almeida; 1997 & Melo, 1998). Cada uma dessas modalidades com estrutura, formas de financiamento e organização da clientela específicas e com características peculiares na realidade brasileira. Ainda assim, prevalecem poucas informações sobre o formato organizacional, produtos oferecidos, formas de comercialização, provedores, etc. de

cada um dos segmentos, motivando, inclusive, o surgimento de novas classificações como a proposta recentemente, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (2000a).

Mesmo nas análises mais recentes, uma certa ênfase sobre produtos e serviços encobre a importância do formato de cooperativa – especialmente no seu desenho original – que é o que efetivamente confere à Unimed lugar de organização corporativa, balizado especialmente pelo sistema de decisão colegiada e pelo mecanismo de pagamento dos médicos. O primeiro visa garantir a participação dos cooperados nos processos decisórios e o segundo a participação na produção de forma correspondente ao volume de trabalho ou produtividade⁷.

Desta forma, tendo como referencial os médicos, é qualitativamente diferente ser cooperado da Unimed ou contratado/credenciado de outras modalidades. Embora a Unimed reconheça que esta diferença não é assimilada por todos os médicos individualmente, o expressivo grau de filiação destes à cooperativa sugere sua importância no mercado de trabalho. Ademais, como se verá adiante, nenhuma outra modalidade de assistência médica suplementar tem a mesma capilaridade no território nacional. A Unimed está presente em 72% dos 5.508 municípios brasileiros e em 92% daqueles com mais de vinte médicos⁸.

Na literatura, são escassas as análises sobre o papel da Unimed como organização corporativa e sua influência no mercado de trabalho médico. Aspectos relacionados ao desenho da organização e dinâmica interna permanecem pouco estudados, o que colabora para o desconhecimento de como uma cooperativa profissional atua no ramo de seguro saúde.

Junto com as demais organizações profissionais tradicionais (Associações, Sindicatos, Conselhos etc.), a Unimed atuou, desde a década de 1960, incrustada no “mundo do trabalho”, negociando os serviços médicos diretamente no mercado. Suas origens remontam aos movimentos de organização da categoria (seu fundador era presidente do Sindicato dos Médicos de Santos). O objetivo de defender a autonomia (técnica e econômica) e o recurso ao ideal de serviços ficam evidentes na missão institucional:

(...) agregar profissionais médicos para defesa do exercício liberal, ético e qualitativo de sua profissão, com adequadas condições de trabalho e

remuneração justa, além de propiciar, à maior parcela possível da população, um serviço médico de boa qualidade, personalizado e a custo compatível (Unimed do Brasil, 1994).

Em um momento histórico em que a relação entre o médico e o cliente se conformava como uma relação prioritariamente mediada pelo Estado ou por empresas de seguro saúde, a Unimed se propôs a configurar numa opção para preservação do exercício da medicina liberal através da possibilidade de controle de alguns elementos estratégicos para o exercício profissional, especialmente os meios de trabalho – local e equipamentos – e o valor e volume da remuneração, se contrapondo ao que afirma Schraiber, quando analisa o impacto das mudanças ocorridas na profissão médica sobre os elementos centrais de sua prática:

(...) para o médico, o impacto das transformações, em termos gerais, está na superação da medicina liberal por formas de organização dos serviços que se apresentam como alternativas mais adequadas, até mesmo para a própria incorporação das novas tecnologias que a categoria profissional demanda. Como decorrência esta verá desaparecer seu monopólio na definição dos serviços, ao passo que para o produtor individual, ainda quando siga produzindo seu trabalho por meio de uma prática de consultório, o efeito mais significativo está na perda de seu controle sobre importantes constituintes da produção: seus instrumentos, a clientela e os preços da remuneração do trabalho. (...)

(...) A década de 60 virá marcar, desse modo, o *deslocamento definitivo do modelo liberal de prática*. O processo representa a passagem para um novo modelo: *a medicina tecnológica e empresarial*. (grifos da autora) (ibidem: 132-133).

Na história da medicina no Brasil, a Unimed representou a criação, pela própria categoria, de uma intermediação entre o médico e sua clientela. Embora com uma clientela institucional (clientes da Unimed e não dos médicos), o objeto de trabalho, os serviços produzidos e as formas de regulá-lo de certa forma permaneciam – e ainda hoje permanecem – ao alcance do controle dos profissionais. Este controle foi sendo ampliado no decorrer do tempo, com novos componentes sendo agregados à organização, como instituições de caráter financeiro e para comercialização de medicamentos.

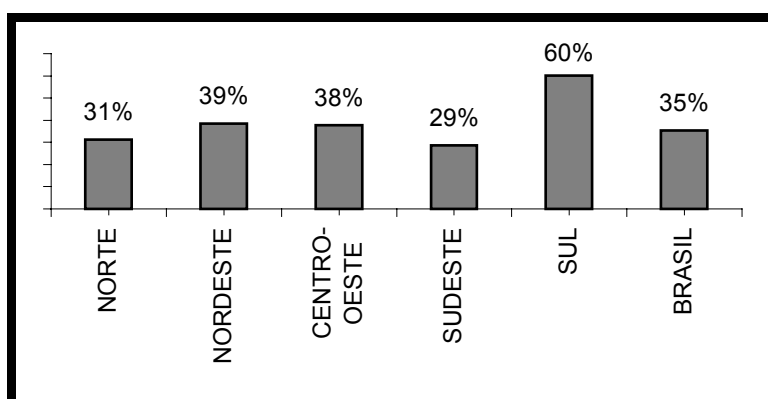
A corporação buscou também, através da Unimed, garantir os privilégios alcançados pela categoria. Neste sentido, o formato de cooperativa parece ter sido uma

vantagem extra, já que têm tido um tratamento específico por parte do Estado significando, muitas vezes, mais privilégios.

Vale ressaltar que não se trata de um desenho organizacional simples e muito menos de forte coesão entre os membros. Ao contrário, como será visto, a estrutura foi crescendo em complexidade e sempre foi palco de conflitos e disputas internos e de dilemas entre os interesses individuais (dos médicos) e organizacionais. Mas é inegável seu papel como parte do conjunto de organizações que são tipicamente classificadas como importantes para o profissionalismo, pois, parafraseando Freidson, “fazem a mediação entre o conhecimento formal controlado pelos profissionais, por um lado, e o impacto das profissões nas decisões políticas, econômicas e técnicas, de outro” (1988: 56).

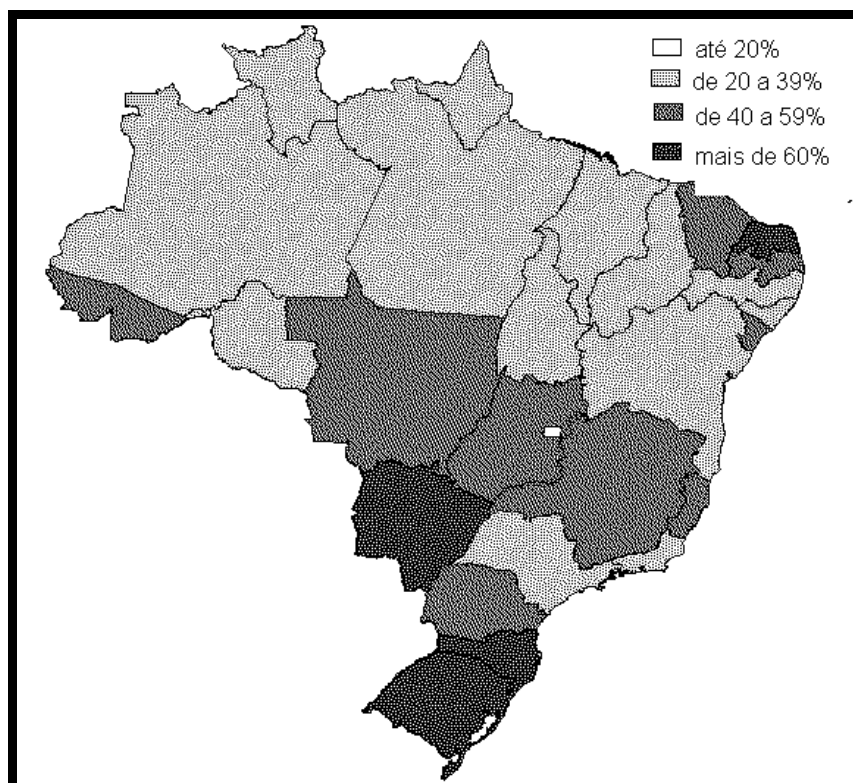
A Unimed é um exemplo expressivo desse papel. Segundo a Aliança Cooperativa Internacional é a maior cooperativa de trabalho médico do mundo e tem como cooperados 35% do total de médicos em todo o país⁹. O gráfico 1 mostra a distribuição por regiões. Apenas no Sudeste é pouco menor que 30%, chegando a 60% na região Sul. A figura 1 mostra a filiação segundo o estado. Percebe-se que em alguns alcança mais de 60%. Mato Grosso do Sul apresenta o maior percentual de filiação: 72% dos médicos. Apenas o Distrito Federal apresenta menos de 20% dos médicos filiados.

Gráfico 1. Taxa de filiação dos médicos à Unimed segundo região do país, em 2000



Fontes: Número de médicos cooperados: Unimed do Brasil. Dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas em 23 de maio de 2001; número de médicos com registro ativo: CFM, 2001.

Figura 1. Filiação dos médicos à Unimed, segundo estados da Federação, 2000



Fontes: Número de médicos cooperados: Dados Fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas em 23 de maio de 2001; número de médicos com registro ativo: CFM, 2001.

Uma breve análise de alguns dados disponíveis em pesquisa sobre o perfil dos médicos no Brasil é reveladora. Realizado em 1995 pela Fundação Oswaldo Cruz em cooperação com o Conselho Federal de Medicina, o estudo informa que nesta ocasião 69,7% dos médicos tinham atividade no setor público, federal, estadual ou municipal; 59,3% trabalhavam no setor privado e 74,7% exerciam atividade liberal em seus consultórios privados. A atividade liberal era, portanto, a inserção mais freqüente do médico no mercado de trabalho. Entre aqueles com consultório, 79,1% afirmavam depender diretamente de convênios para a sua manutenção, demonstrando significativa vinculação ao setor de assistência suplementar, que viabilizava a “atividade liberal” do médico¹⁰.

Ainda segundo o estudo, cujos principais resultados foram organizados no livro “Os médicos no Brasil: um retrato da realidade” (Machado, 1997), a Unimed englobava, em 1995, 65,7% dos profissionais conveniados do país (p. 112). Para interpretar este

dado, é importante levar em conta a regra cooperativa que veda ao médico cooperado a possibilidade de credenciamento simultâneo a outros convênios, denominada unimilitância¹¹. Embora nem todos os obedeçam a esta regra, presumir que a maioria o faça significa concluir que todos os demais convênios em conjunto englobaram um contingente de aproximadamente 34,6% dos médicos conveniados. Vale também citar, que os cooperados da Unimed costumam criar barreiras de acesso a novos cooperados¹², o que significa que pode existir uma “demanda reprimida” de profissionais que desejam se filiar à cooperativa.

As tabelas a seguir são reproduzidas do livro de Machado (op. cit.). Para interpretá-las, entretanto, são necessárias duas considerações: a primeira é em relação ao total mencionado na tabela 1, que se refere ao número de convênios citados, considerando-se que cada médico podia declarar mais de um convênio. A segunda diz respeito às categorias utilizadas, que incluem o SUS (tabela 1) e o INAMPS (tabela 2) como convênio mencionado pelos médicos, este último extinto em 1993. Machado esclarece que o convênio-SUS é o “contrato entre governo e médico existente em localidades onde, quase sempre, há carência de atendimento médico especializado à população” (p. 113). Esta afirmativa, entretanto, não explica a menção recorrente do SUS em todas as regiões, mesmo aquelas mais desenvolvidas, como o Sudeste e Sul, onde está concentrada a maioria dos médicos do país. Uma explicação mais plausível é que parte dos médicos exercia sua atividade de consultório em estabelecimentos conveniados com o SUS, atendendo também a esta clientela. O INAMPS pode ter sido mencionado como sinônimo de convênio com o sistema público. Estas questões, entretanto, não ficam claras no trabalho da autora.

Os dados apresentados nas tabelas ratificam o papel da Unimed. A tabela 1 apresenta a frequência dos convênios declarados pelos médicos do estudo. Nota-se que a Unimed é o mais prevalente, com destaque para a região Sul, onde representou 41,2% dos convênios citados. As empresas de medicina de grupo e as seguradoras estão englobadas em uma mesma categoria e apresentam, com exceção da região sudeste, percentuais expressivamente mais baixos.

Tabela 1. Distribuição de tipos de convênios e/ou cooperativas declarados pelos médicos com atuação em consultórios, segundo grandes regiões.* Brasil —1995

Tipo de convênio ou cooperativa	BRASIL		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	n.º	(%)	n.º	(%)	n.º	(%)	n.º	(%)	n.º	(%)	n.º	(%)
UNIMED	71.076	32,6	2.119	35,8	11.147	32,0	34.677	29,5	18.014	41,2	5.119	31,5
Med. Grupo/ Seguro saúde	52.188	23,9	1.046	17,7	8.333	23,9	32.849	27,9	6.672	15,3	3.288	20,2
SUS	42.334	19,4	1.117	18,9	6.867	19,7	20.641	17,6	10.062	23,0	3.647	22,5
Plano de assist. médica**	37.049	17,0	1.032	17,4	5.668	16,3	21.684	18,4	6.160	14,1	2.505	15,4
Outras cooperativas	13.875	6,4	549	9,3	2.496	7,2	6.658	5,7	2.689	6,1	1.483	9,1
Ignorado	1.793	0,8	62	1,0	340	1,0	1.052	0,9	139	0,3	200	1,2
TOTAL	218.315	100,0	5.925	100,0	34.851	100,0	117.561	100,0	43.736	100,0	16.242	100,0

* Cada médico podia declarar mais de um tipo de convênio/cooperativa.

** Plano de assistência médica aos funcionários da própria empresa (autogestão).

OBS: O SUS ocupa o segundo lugar ao serem considerados os convênios individualmente, logo após a Unimed. Entretanto, para a elaboração do ranking relativo à sua importância no financiamento do consultório, não era possível a inclusão deste convênio, já que a pergunta referia-se explicitamente ao sistema de medicina de grupo/seguros/cooperativas.

Fonte: Reproduzido de Machado, 1997: 114.

A tabela 2 traz os convênios mais citados pelos médicos, por ordem de importância em seu rendimento mensal. Foram eles: Unimed (33,6%), estatais (20,3%), Golden Cross (8,0%) e Sul América (7,6%). A Unimed destacou-se tanto nas capitais, como no interior. Vale registrar que a cooperativa tem presença expressiva no interior do país, como será visto no capítulo 5. As demais modalidades de assistência suplementar estão mais concentradas nos grandes centros e regiões mais desenvolvidas.

Segundo os resultados do estudo sobre perfil do médico, para a maioria dos profissionais residentes no interior, a Unimed representou o convênio de maior participação em sua renda. Os demais foram absolutamente residuais, com exceção das estatais que, ainda assim, ficaram num patamar bastante inferior aos 18% referentes à Unimed. É interessante ainda notar que a categoria de maior frequência entre as

apresentadas na tabela é a que corresponde aos médicos que residem no interior e tem, na Unimed, o convênio com maior participação na sua renda.

Com base nos dados expostos, pode-se concluir que a Unimed representa, para o médico brasileiro, a principal forma de financiamento de seu consultório, o que é ainda mais expressivo no interior do país.

Tabela 2. Distribuição percentual dos tipos de convênios/cooperativas segundo local de moradia.* Brasil — 1995

Convênios / Cooperativas**	Capitais	Interiores	BRASIL
Estatais***	12,0	8,3	20,3
SUS	1,7	3,9	5,6
INAMPS	0,1	-	0,1
Amil	2,9	0,1	3,0
Golden Cross	7,4	0,6	8,0
Bradesco	4,8	2,0	6,8
Sul América	6,0	1,6	7,6
Bamerindus	2,3	0,9	3,2
Outros planos privados	7,9	3,1	11,0
UNIMEO	15,6	18,0	33,6
Outras cooperativas	0,7	0,1	0,8
TOTAL	61,4	38,6	100,0

* Somente dentre aqueles que declararam o nome do convênio e foi possível identificá-lo.

** Refere-se aos convênios declarados pelos médicos como os mais importantes para a sua renda mensal.

*** Dentre as empresas estatais sobressaíram: Banco do Brasil, Geap/Patronal, Funcep, Petrobrás, Capesaúde.

Fonte: Reproduzido de Machado, 1997:115.

Os médicos cooperados parecem também ter menos reclamações em relação à cooperativa quando comparados a outros convênios, o que pode ser depreendido através de recente pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha para a Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. O objetivo dessa pesquisa foi verificar a opinião dos médicos sobre a atuação dos planos de saúde. Foi uma pesquisa quantitativa, com abordagem telefônica dos entrevistados, mediante aplicação de um questionário estruturado. Teve como universo os médicos brasileiros cadastrados nos Conselhos Regionais de Medicina, que estavam na ativa e atendiam a planos ou seguros de saúde¹³.

Em relação à avaliação geral, os médicos atribuíram conceitos aos planos/seguros de saúde, em uma escala de 0 a 10. Após a conceituação foram identificados os piores planos / seguros na opinião dos médicos. Como mostra o quadro 1, a Unimed aparece nesta classificação apenas uma vez, no estado do Paraná. Apesar disso, vale registrar que o conceito médio conferido pelos médicos aos planos / seguros foi baixo (4,66) e a maioria deles tenha sido classificado como ruim ou regular (88%). Foram considerados como bons 11% e como ótimos 1% dos planos/seguros de saúde (Associação Médica Brasileira, 2003).

Quadro 1. Piores planos ou seguros de saúde segundo opinião de médicos conveniados brasileiros- 2003

Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-oeste	Região Nordeste	Região Norte
<p><u>Rio de Janeiro</u></p> <p>1. Golden Cross 2. Amil 3. Geap</p> <p><u>São Paulo</u></p> <p>1. Amil 2. Samcil 3. Intermédica Saúde</p> <p><u>Minas Gerais</u></p> <p>1. Ipesemg 2 Golden Cross 3. Bradesco Saúde; Cassi (Banco do Brasil); PM MG; Executive Med</p> <p><u>Espírito Santo</u></p> <p>1. Samp ; Vix Saúde; PHS 2. Geap: Golden Cross</p>	<p><u>Rio Grande do Sul</u></p> <p>1. Instituto de Previdência do Rio Grande do Sul 2. Golden Cross 3. Cassi (Banco do Brasil)</p> <p><u>Paraná</u></p> <p>1. Amil: Golden Cross; Clinihauer 2. Unimed Curitiba; Bradesco Saúde; HSBC Bamerindus</p> <p><u>Santa Catarina</u></p> <p>1. Cassi (Banco do Brasil) 2. Bradesco Saúde 3. Geap</p>	<p><u>Brasília</u></p> <p>1. Amil 2. Golden Cross 3. Blue Life; Geap</p> <p><u>Goiás</u></p> <p>1. Ipasgo 2. Golden Cross 3. Amil; Geap e Cassi (Banco do Brasil)</p> <p><u>Mato Grosso do Sul</u></p> <p>1. Cassems</p>	<p><u>Bahia</u></p> <p>1. Plan Serv 2. Geap 3. Golden Cross; Sul América</p> <p><u>Alagoas</u></p> <p>1. Smile; Geap</p> <p><u>Ceará</u></p> <p>1 Hapvida 2. Geap 3. Amil; Camed (Banco do Nordeste)</p> <p><u>Paraíba</u></p> <p>1. Geap</p> <p><u>Pernambuco</u></p> <p>1. Admed 2. Golden Cross 3. Geap</p> <p><u>Maranhão</u></p> <p>1. Long Life 2. Geap; Hapvida</p> <p><u>Rio Grande do Norte</u></p> <p>Hapvida</p>	<p><u>Consolidada como um todo</u></p> <p>1. Capis Saúde 2. Geap</p>

OBS: Os estados de Mato Grosso, Piauí e Sergipe não apresentaram consistência estatística para definição precisa dos piores planos.

Fonte: Associação Médica Brasileira, 2003.

Essas evidências reforçam a hipótese de que a Unimed tem sido reconhecida como a principal estratégia de viabilização do projeto profissional dos médicos brasileiros. Ela organiza a oferta de serviços médicos e aumenta o poder de barganha da profissão, maximizando sua remuneração, como afirma um de seus dirigentes:

O sistema de pagamento da Cooperativa Unimed permite que ela pague melhor do que as outras modalidades que buscam lucro. É também uma resistência à atuação de empresas e seguradoras, inclusive estrangeiras, que cobram os mesmos preços pelos planos de saúde e pagam muito menos aos médicos. A Unimed é a única resistência, com um espaço ocupado de trinta anos, que valoriza a remuneração do médico pelo mercado. (Dr. Humberto Banal, diretor financeiro da Unimed do Brasil, em entrevista pessoal concedida em 20 de junho de 1998).

Corroboram essa afirmativa os dados do quadro 2, extraído da matéria: “Guerra aos planos. Cansados dos abusos cometidos pelos convênios, médicos e consumidores tentam virar o jogo”.¹⁴ Em São Paulo, o valor pago aos médicos pela consulta apresentou, com exceção de duas empresas, uma pequena faixa de variação: entre R\$21,60 e R\$25,20. A Unimed apresentava a segunda melhor remuneração. Além dos valores das consultas, o quadro traz as principais queixas de consumidores e médicos recebidas pelo PROCON de São Paulo, pela Associação Paulista de Medicina e expressas por médicos através de entrevistas. No caso da Unimed, não se lêem reclamações de médicos cooperados.

Quadro 2. Valor pago aos médicos pela consulta e algumas dificuldades enfrentadas pelos médicos credenciados e usuários no relacionamento com várias operadoras - São Paulo, julho de 2000

PLANO	* CONSULTA	** PRINCIPAIS QUEIXAS DE CONSUMIDORES E MÉDICOS
Amil	23,00	Reajuste e alteração de mensalidade por faixa etária. Descredenciamento de médicos e atraso no pagamento
Blue Life	21,60	Reajuste de prestação fora do previsto e alteração de mensalidade por faixa etária
Golden Cross	24,30	Conflito no percentual de reajustes. Ameaça de descredenciamento de médicos pela recusa em aceitar contrato para pessoas jurídicas. A empresa se livraria do recolhimento de 20% sobre a remuneração de autônomos
Interclínicas	12,00	Reajuste por alteração de faixa etária. Negativas de atendimento (não autorização de exames, por exemplo) e atraso na liberação de exames
Saúde Bradesco	25,20	Rescindiou contrato com médico que atendeu paciente duas vezes no intervalo de 30 dias. Reduziu em 10% o valor pago aos exames complementares
Samcil	10,50	Rescisão ou alteração de contrato (a empresa comprou a Unicolor e deixou de oferecer algumas coberturas, como cirurgia plástica). Redução do valor da consulta pago ao médico de R\$ 16 para R\$ 10,50
Sul América	24,30	Negativas de atendimento. O paciente não pode fazer consultas em um mesmo hospital em intervalo de menos de 15 dias
Unimed	25,00	Não pagamento de hospitais. Negativas de atendimento
Marítima	24,30	Reajuste por alteração de faixa etária. Exigência de autorização para exames complementares (aqueles necessários em casos de doenças mais sérias)

* Valor pago aos médicos pela consulta.

** Recebidas pelo Procon de SP, pela Associação Paulista de Medicina, pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo e por médicos que preferem ficar no anonimato

Fonte: Zaché, Castellón & Tarantino, 2000.

A principal vantagem representada pela Unimed para a categoria, é efetivamente cumprir o papel de uma cooperativa que é “obter, através de operações de mercado, maiores benefícios para seus associados, seja comprando, vendendo ou realizando qualquer outro ato jurídico” (Pinho, 1987: 62). A atual estrutura do Complexo Unimed permite ao médico outras vantagens diretas e indiretas. As Cooperativas de Crédito, Unicreds, possibilitam ao cooperado a obtenção de financiamentos a juros menores do que os praticados no mercado financeiro, além de, eventualmente, oferecerem linhas especiais de financiamento, por exemplo, para estruturação ou reforma de consultórios. A existência da Seguradora Unimed complementa a atuação das cooperativas. Os médicos associados às cooperativas locais podem atender tanto a pacientes vinculados aos planos de saúde das cooperativas como aos seguros da Seguradora, ampliando sua participação no mercado¹⁵.

Essas vantagens ajudam a explicar a expressiva filiação do médico brasileiro à Unimed, inclusive porque, especialmente no interior do país, esta pode ser a única via disponível para o financiamento de seu consultório além da remuneração direta pelo paciente.

Durante o seu crescimento, como apontam alguns autores, a Unimed de fato perdeu parte de suas características iniciais, especialmente na última década, mas igualmente ampliou suas possibilidades de atuação no mercado, adquirindo um formato característico de complexo econômico.

O ângulo menos explorado na literatura é o que se procurou desenvolver nesse capítulo: a Unimed representa uma tentativa bem sucedida da corporação de dar nova formatação ao exercício liberal da profissão, inserindo-a no modelo de medicina tecnológica e empresarial.

É esse o ponto de vista que explica o expressivo ritmo de crescimento da organização nas três últimas décadas, tornando-a a maior empresa atuante no mercado de planos e seguros de saúde no país, como será demonstrado adiante.

Como o desenho cooperativista teve papel decisivo na concretização dos projetos da profissão, será trabalhado no capítulo a seguir. A história da cooperativa e sua inserção no sistema de saúde brasileiro serão retomadas no capítulo 3.

NOTAS:

¹ Na literatura brasileira destacam-se as contribuições de Marinho (1986); Schraiber (1993) e Machado (1996).

² Primeira edição: 1970.

³ “(...) a profession as an occupation which has assumed a dominant position in a division of labor, so that it gains control over the determination of the substance of its own work”. (Freidson, 1988: XV) e “(...) the most strategic distinction lies in legitimate, organized autonomy - that a profession is distinct from other occupations in that it has been given the right to control its own work” (op. cit: 71)

⁴ “(...) autonomy of technique is at the core of what is unique about the profession, and that, in fact, when this core autonomy is gained, at least segments of autonomy in the other zones follow after. (...) in spite of any formal administrative framework imposed by the profession, autonomy in controlling its technique allows it to temper many elements of that framework beyond both the intent and even recognition of its planners and chief executives. This is particularly the case for medicine, where dangerous consequences can follow upon improper work, and where the claim of emergency and of possible dangerous consequences is a potent protective device”(Freidson, op. cit.: 45).

⁵ Entre os trabalhos pioneiros sobre o estudo da profissão médica no Brasil destaca-se aquele desenvolvido por Donnangelo (1975).

⁶ “(...) medicina liberal é, por natureza, atividade de livre escolha de ambas as partes, de livre arbítrio dos honorários do médico, de livre escolha terapêutica e implica em ausência de intermediários – pessoa física ou jurídica, que fixa a remuneração do trabalho do médico e responde pelo pagamento dos seus honorários” (apud Machado, 1996: 111).

⁷ O sistema decisório estrutura-se a partir da Assembléia Geral – instância decisória máxima e dos colegiados eleitos: Conselho Fiscal – colegiado curador fiscal e Conselho de Administração, órgão de gestão integrado por Conselheiros e Diretores Executivos, todos médicos. A produção médica do cooperado é obtida pela soma das unidades de trabalho (UTs) que ele produzir durante o mês. Da arrecadação

mensal total da cooperativa são deduzidas as despesas administrativas e os percentuais dos fundos obrigatórios. O saldo final é dividido então pelo número de unidades de trabalho produzidas no mês, obtendo-se assim seu valor unitário. De posse deste valor, a direção das cooperativas calcula o pagamento de cada médico, multiplicando o valor unitário pelo número de UTs que ele produziu. (ver capítulo 2).

⁸ Estimativa que considera o número de médicos registrados nos municípios brasileiros pela Pesquisa de Assistência Médico Sanitária do IBGE (IBGE, 2002) e a distribuição das Unimed pelo território nacional (Unimed, 2000). Ver apêndice 1 sobre banco de dados da pesquisa.

⁹ Notas explicativas sobre o banco de dados constituído para a pesquisa encontram-se no apêndice 1.

¹⁰ Dados citados em Machado, 2003.

¹¹ Sobre unimilitância, ver capítulo 2.

¹² A entrada de novos profissionais é, muitas vezes, submetida à decisão de grupos de especialistas cooperados, que avaliam se há “mercado” para atuação de novos cooperados.

¹³ Com base em listagem oficial dos Conselhos, o processo de amostragem foi realizado por sorteio aleatório. Foram realizadas 2.160 entrevistas em todas as regiões do país, obedecendo à proporcionalidade de atuação na capital e no interior. A margem de erro máxima foi de 2 pontos percentuais, para mais ou para menos, considerando um nível de confiança de 95% para o total da amostra.

¹⁴ publicada na revista Isto é (Zaché, Castellón & Tarantino, 2000).

¹⁵ A descrição da estrutura da organização será abordada no capítulo 4.

CAPÍTULO 2

COOPERATIVISMO: HISTÓRIA E PRINCÍPIOS

2.1 AS RAÍZES HISTÓRICAS DO COOPERATIVISMO

Cooperativas são definidas como associações de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, através de uma empresa de propriedade comum e democraticamente gerida (Aliança Cooperativa Internacional, 2000). Entende-se como cooperativismo a doutrina que preconiza a cooperação como forma de organização e ação econômicas, pela qual as pessoas ou grupos que têm o mesmo interesse se associam, a fim de obter vantagens comuns em suas atividades econômicas.

Foi na primeira metade do século XIX, no contexto das mais variadas oposições às conseqüências do liberalismo econômico, que as idéias cooperativistas começaram a tomar corpo, sob influência da corrente liberal dos socialistas utópicos franceses e ingleses e das experiências associativistas que marcaram a primeira metade daquele século. Entre as maiores influências sobre o cooperativismo destacam-se Robert Owen, François Fourier, Philippe Buchez e Luis Blanc que, por suas idéias ou iniciativas, são considerados os precursores do cooperativismo (Pinho, 1987).

Foram dois os “tipos” de cooperativas surgidas à época¹:

O primeiro, caracterizava as comunidades cooperativas, formadas por pessoas que desejavam estabelecer modelos alternativos de vida em comum. Essas experiências comunitárias coletivistas eram frequentemente vivenciadas por grupos de classe média, que dependiam de contribuições filantrópicas para se estabelecerem e, amiúde, também para subsistir.

O segundo, constituía as cooperativas de trabalhadores. Diferente das cooperativas comunitárias, representavam uma tentativa de reação dos trabalhadores aos efeitos do capitalismo industrial. Estavam ligadas às lutas sindicais, sendo provavelmente um desdobramento das atividades dos *trade clubs* enquanto sociedades

mutualistas. Vale observar que, tal qual os sindicatos, as cooperativas foram sempre iniciativas de trabalhadores qualificados².

A primeira cooperativa de que se tem registro foi fundada em 1760. Especialmente entre 1826 e 1835, foi grande a proliferação das associações ligadas a sindicatos de trabalhadores de ofício. Em 1844, instituiu-se a iniciativa que representa o marco do cooperativismo moderno e a matriz das experiências atuais. Vinte e oito trabalhadores de um centro têxtil próximo a Manchester fundaram uma cooperativa de consumo denominada *Society of Equitable Pioneers* (Sociedade dos Pioneiros Equitativos) de Rochdale (Pinho, 1982 e 1987).

Entre seus objetivos imediatos estavam estabelecer um armazém para abastecer os sócios; construir casas para eles; manufaturar artigos para dar ocupação aos desempregados ou complementar salários reduzidos; e comprar ou arrendar terras com a finalidade de criar uma comunidade auto-sustentada pelo trabalho de seus membros. Aparentemente, mantinham-se fiéis aos ideais que inspiraram várias iniciativas da época. A inovação observada na Sociedade de Rochdale parece ter sido a adoção de oito regras ou princípios que, embora não constituíssem novidade quando considerados isoladamente, ainda não haviam sido adotados em conjunto por cooperativa alguma.

Em 1895, foi fundada a Aliança Cooperativa Internacional – ACI, por iniciativa de líderes ingleses, franceses e alemães, com o objetivo de criar um órgão representativo mundial que intensificasse o intercâmbio entre as cooperativas dos diversos países no campo doutrinário, educativo e técnico. Desde então, o cooperativismo se organiza, em termos globais, numa representação em forma de guarda-chuva. Nos diversos países, as cooperativas se associam em diferentes graus – locais, regionais e nacionais. As representações nacionais, por sua vez, filiam-se à Aliança Cooperativa Internacional. No Brasil, as representações dos diferentes ramos do cooperativismo associam-se à Organização das Cooperativas Brasileiras, filiada à ACI.

Em 1996, foi fundada a International Health Cooperative Organization - IHCO, ramo da ACI, com o objetivo de promover e aproximar as cooperativas desta área em todo o mundo. O primeiro vice-presidente eleito e também o presidente da IHCO-Américas é o fundador e, na época, presidente da Unimed do Brasil.

A origem histórica imprime um forte viés doutrinário, que ainda hoje marca o cooperativismo moderno. Em alguns trabalhos, como *A utopia militante* de Singer (1998), o cooperativismo chega a ser apontado como um “implante socialista no sistema capitalista” (p. 122) ou como uma semente para a conformação de um novo modo de produção, capaz de competir com o modo de produção capitalista. Segundo ele:

Está comprovado que cooperativas de espécies complementares podem formar conglomerados economicamente dinâmicos, capazes de competir com conglomerados capitalistas. Mas, cooperativas carecem de capital. É o seu calcanhar-de-aquiles. Se o movimento operário, que partilha o poder estatal com o capital, quiser alavancar o financiamento público da economia solidária, a cara da formação social vai mudar. Um novo modo de produção pode se desenvolver, este capaz de competir com o modo de produção capitalista (p. 182).

Pinho (1987) chama a atenção para o excesso de romantismo e utopia que prevalece na produção sobre o tema e para a escassez de esquemas teóricos destinados a estudar a cooperativa como um empreendimento econômico. O próprio Singer reconhece que, “apesar de uma história longa e rica, ainda não se dispõe de um corpo teórico para explicar porque determinadas cooperativas puderam se desenvolver, enquanto outras enfrentam grandes dificuldades” (1998: 125).

Apesar disso, as formas de associação cooperativistas têm demonstrado vigor. De acordo com dados da Aliança Cooperativa Internacional (2000), mais de 760 milhões de pessoas são membros de cooperativas no mundo. Segundo Nicácio (1997: 10), em muitos países este número ultrapassa a metade da população adulta. Na Áustria, Canadá, Chipre, Finlândia, Israel e Uruguai, o número dos associados em cooperativas encontra-se entre 70% e 79%; na França, na faixa de 61%; entre 50% e 59% na Bélgica e na Noruega; e entre 40% e 49% na Dinamarca, na Índia, no Japão, na Malásia, em Portugal, no Sirilanka e nos EUA.

As cooperativas podem operar em qualquer área da economia em três segmentos básicos: produção, consumo e crédito. Em termos mundiais, destacam-se aquelas relacionadas às atividades agropecuárias, de produção – especialmente de alimentos, de abastecimento e crédito. Ainda segundo Nicácio (op. cit.), em 1993, na União Européia, Áustria, Finlândia e Suécia, a produção cooperativa representa 55% da produção agrícola. No Japão, 95% da produção de arroz e 90% do pescado. Na Índia,

são seis milhões de associados em cooperativas de laticínios; 43% do crédito agrícola provêm das poupanças ou cooperativas de crédito e bancos cooperativos e 65% da produção de açúcar vêm da produção cooperativada. Em 1992, os membros das cooperativas de créditos e seguros representavam em torno de 35% e 45% da população adulta da Austrália, Canadá, Irlanda e Estados Unidos.

Em termos mundiais, existem sete organizações internacionais e 223 nacionais filiadas a ACI. O cooperativismo está presente em 95 países. O quadro 3 mostra o número de cooperativas e membros associados segundo país, em 1995.

Quadro 3. Indivíduos associados a cooperativas por país e região do mundo – 1995

Total Mundial	765.258.821	Kuwait	192155
Africa	13924267	Kyrghystan	1069000
Benin	56000	Malaysia	3818414
Botswana	77736	Mongolia	64000
Burkina Faso	20000	Myanmar	3984096
Cape Verde	20000	Pakistan	9391926
Cote D'Ivoire	176422	Philippines	484557
Egypt	4000000	Singapore	926049
Gambia	100000	Sri Lanka	4549800
Kenya	2700430	Thailand	5844027
Mali	4400	Tonga	1200
Morocco	675609	Turkmenistan	738000
Niger	880000	Uzbekistan	3640243
Senegal	2300000	Vietnam	–
Swaziland	17430	Europe	87840052
Tanzania	1351018	Armenia	14512
Uganda	638222	Austria	2200326
Zambia	907000	Azerbaijan	920000
Americas	170527990	Belarus	1921028
Argentina	884000	Belgium	–
Bolivia	–	Bulgaria	418000
Brazil	3747804	Cyprus	539270
Canada	12000000	Czech Rep.	1674902
Chile	183300	Denmark	780200
Colombia	–	Estonia	80573
Costa Rica	196663	Finland	2256679
Curacao	17000	France	10593600
El Salvador	71369	Georgia	200000
Gautemala	257063	Germany	1960000
Honduras	202430	Greece	1029120
Mexico	308255	Hungary	3898056
Paraguay	95378	Iceland	–
Peru	–	Italy	3836718
Puerto Rico	1028077	Latvia	761400
Uruguay	844651	Lithuania	358000
USA	150692000	Malta	5016
Asia and the Pacific	492966512	Moldova	610927
Bangladesh	7476967	Norway	1303711
China	160000000	Poland	6092000
Fiji	21276	Portugal	2164119
India	174820000	Romania	6165000
Indonesia	35715623	Russia	12578015
Iran	8174140	Slovak Rep.	1425917
Israel	714680	Slovenia	25000
Japan	57527085	Spain	266443
Jordan	72722	Sweden	7473000
Kazakhstan	3700000	Switzerland	1330520
Korea, RO	10040552	Turkey	–
		Ukraine	6700000
		UK	8258000
		Yugoslavia,	–

Fonte: Elaborado a partir dos dados da Aliança Cooperativa Internacional, 2002.

Os dados evidenciam que o cooperativismo participa de forma substantiva da economia de diversos países do mundo, apesar da carência de uma produção teórica mais isenta e consistente. Entre as correntes atuais sobre cooperativismo, surgem aquelas que defendem a organização cooperativista enquadrada no modo de produção capitalista, sem ímpetus (objetivos) reformistas. Como referido em Nicácio (1997: 16-17), a Moderna Teoria da Cooperação³ defende que:

(...) numa economia de mercado as cooperativas têm de atuar não como uma empresa, mas como um empreendimento que através do mercado desenvolva seus cooperados economicamente, cujos benefícios pertençam somente a eles.

Esta nova teoria quebra certos paradigmas do cooperativismo tradicional, estimulando a busca do desenvolvimento econômico, cujo pressuposto básico é que as cooperativas, na economia de mercado, não eliminam a competição, mas a tornam mais justa.

Segundo o autor, esta corrente estaria inspirada na “Escola Münster” – também chamada Teoria Econômica da Cooperação (ver Pinho, 1987) – que tem como pressupostos mais importantes: a) a cooperação não exclui o interesse pessoal nem a concorrência. Ao contrário, permite que fracos se desenvolvam dentro da economia competitiva; b) os associados buscam satisfazer seus interesses pessoais através de cooperativas quando verificam que a ação solidária é mais vantajosa do que a ação individual; c) a cooperativa adquire sua própria importância econômica, independentemente das unidades econômicas dos associados; d) os dirigentes (diretores e conselheiros) atendem aos seus próprios interesses à medida que fomentam os interesses dos membros da cooperativa. Suas rendas e seu prestígio devem aumentar proporcionalmente à melhoria da situação dos associados. É necessário fiscalizar a gestão empresarial (conselho fiscal) e estabelecer controles institucionalizados contra ações negativas dos membros; e) entre os associados e a cooperativa deve haver solidariedade ou lealdade consciente, embasada em normas contratuais ou estatutárias (que legitimam essa lealdade) e não solidariedade cega.

Para os estudiosos do cooperativismo resta averiguar até onde estas mudanças de concepção modificam e comprometem o desenho e os princípios originalmente propostos para as organizações cooperativas.

2.2 OS PRINCÍPIOS COOPERATIVISTAS

As regras que deveriam ser respeitadas pela Sociedade de Rochdale eram:

- 1º. A sociedade seria governada democraticamente, com cada sócio tendo direito a um voto, independentemente do capital investido. Esse princípio distinguiria o cooperativismo do capitalismo, pois, neste último, o poder de decisão se originaria do capital aplicado e, em cooperativas, todos os sócios deveriam ter o mesmo poder de decisão.
- 2º. A sociedade seria aberta a qualquer pessoa que quisesse se associar, desde que integrando uma quota de capital mínima e igual para todos. Esse princípio evitaria a tendência que se observava em cooperativas com êxito nos negócios, dos sócios fundadores fecharem a cooperativa a novos membros, expandindo-a mediante o assalariamento de trabalhadores ou através da admissão de novos associados em condições inferiores às dos fundadores.
- 3º. O capital investido seria remunerado a uma taxa fixa de juros, evitando que todo o excedente fosse apropriado pelos investidores.
- 4º. O excedente após a remuneração do capital deveria ser distribuído entre os sócios, conforme o valor de suas compras. Assim, buscava-se estimular os cooperados a usarem os serviços da sociedade, premiando os que lhe dessem preferência. A terceira e quarta regras estimulavam tanto a inversão de poupança como as compras na cooperativa.
- 5º. A sociedade só venderia à vista, procurando evitar a falência em tempos de crise.
- 6º. A sociedade poderia vender apenas produtos puros e de boa qualidade. Essa era uma regra fundamental em tempos em que se usava a adulteração de alimentos e outros bens de consumo para barateá-los. Essa regra, junto com a quinta, acabou por excluir da sociedade os trabalhadores mais pobres.
- 7º. Os sócios deveriam ser educados nos princípios do cooperativismo.
- 8º. A sociedade deveria ser neutra política e religiosamente.

Os princípios de Rochdale foram recomendados como critérios para filiação à ACI a partir de 1921 com a seguinte redação: a) adesão livre (porta aberta); b) controle democrático; c) retorno dos dividendos sobre as compras; d) juros limitados ao capital; e) transações à vista; f) neutralidade política e religiosa; g) revolução social; h) comércio verdadeiro; i) comércio exclusivo com membros; j) adesão voluntária; k) espírito de serviços; l) cooperação entre cooperativas.

Foram reformulados em três ocasiões desde então. Em 1930, 1966 e 1995. Para Nicácio (1997) as duas primeiras reformulações acompanharam as mudanças nas realidades políticas e econômicas de cada época. O surgimento das multinacionais e das grandes empresas estatais, que geravam situações de monopólio, levaram à transformação destas pequenas associações em empresas cooperativas administrativamente complexas, com grandes parques industriais, como resposta aos desafios da concorrência. A última revisão teria como principal objetivo examinar questões de identidade cooperativa, motivadas pelo crescimento quantitativo e empresarial destas associações. O autor sublinha que, com este crescimento, os valores básicos do cooperativismo foram substituídos pela eficiência econômico-administrativa e pela necessidade de encontrar respostas eficazes ao crescente desafio de um mercado extremamente competitivo e monopolista.

São os seguintes os princípios cooperativos atuais, aprovados pela Aliança Cooperativa Internacional (2000):

- 1º. Adesão Voluntária e Livre: as cooperativas são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas aptas a utilizar os seus serviços e assumir as responsabilidades como membros, sem discriminações de sexo, sociais, raciais, políticas e religiosas.
- 2º. Gestão Democrática pelos Membros: as cooperativas são organizações democráticas, controladas pelos seus membros, que participam ativamente na formulação das suas políticas e na tomada de decisões. Os homens e as mulheres, eleitos como representantes dos demais membros, são responsáveis perante estes. Nas cooperativas de primeiro grau os membros têm igual direito de voto (um membro, um voto); e as cooperativas de grau superior são também organizadas de maneira democrática.
- 3º. Participação Econômica dos Membros: os membros contribuem equitativamente para o capital das suas cooperativas e o controlam democraticamente. Parte desse

capital é, normalmente, propriedade comum da cooperativa. Os membros recebem, habitualmente, se houver, uma remuneração limitada ao capital integralizado, como condição de sua adesão. Os membros destinam os excedentes a um ou mais dos seguintes objetivos: a) desenvolvimento das suas cooperativas, eventualmente através da criação de reservas, parte das quais, pelo menos, será indivisível; b) benefício aos membros na proporção das suas transações com a cooperativa; c) apoio a outras atividades aprovadas pelos membros.

- 4°. Autonomia e Independência: as cooperativas são organizações autônomas de ajuda mútua, controladas pelos seus membros. Se estas firmarem acordos com outras organizações, incluindo instituições públicas, ou recorrerem a capital externo, devem fazê-lo em condições que assegurem o controle democrático pelos membros e mantenham a autonomia das cooperativas.
- 5°. Educação, Formação e Informação: as cooperativas promovem a educação e a formação dos seus membros, dos representantes eleitos e dos trabalhadores de forma que estes possam contribuir, eficazmente, para o desenvolvimento das suas cooperativas. Informam o público em geral, particularmente os jovens e os líderes de opinião, sobre a natureza e as vantagens da cooperação.
- 6°. Intercooperação: as cooperativas servem de modo mais eficaz os seus membros e dão mais força ao movimento cooperativo, trabalhando em conjunto, através das estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.
- 7°. Interesse pela Comunidade: as cooperativas trabalham para o desenvolvimento sustentado das suas comunidades através de políticas aprovadas pelos membros.

A adoção desses princípios procura marcar diferenças nas relações entre capital e trabalho no interior das cooperativas e das empresas de capital. Estas diferenças, apontadas de forma persistente na literatura⁴, estão explicitadas no quadro 4, reproduzido de Lauschner (1998: 46).

Quadro 4. Relação trabalho/capital na cooperativa e na empresa de capital

Indicadores da relação trabalho/capital	Relação trabalho / capital	
	Cooperativa	Empresa capitalista
Quem detém o poder decisório e econômico?	Trabalho (cada trabalhador um voto)	Capital (cada ação um voto)
Quem recebe o excedente gerado no exercício financeiro, depois de cobertos os valores de insumos e pagos os fatores trabalho e capital, segundo os preços de mercado?	Trabalho (proporcional ao trabalho)	Capital (proporcional às ações)
Qual é o fator subordinado e qual a remuneração fixa, segundo preços de mercado, que é paga pelo fator subordinado? Qual é o fator de produção que é arrendado e qual a forma de pagamento (fixo) pelo fator de produção arrendado?	Capital (pelo qual paga juros) (parte do capital, remunerado)	Trabalho (pelo qual paga salário) (parte do trabalho assalariado)
De que forma é pago o excedente gerado?	Retorno Quotas-parte /Reservas	Dividendos Novas ações
Quem assume o risco da empresa? Qual o fator que recebe remuneração variável?	Trabalho	Capital
Qual a finalidade da empresa? Para que desenvolver atividade produtiva?	Beneficiar o trabalho	Beneficiar o capital

Fonte: Lauschner (1998: 46).

2.3 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE COOPERATIVISMO

Embora haja alguma discordância nos limites temporais que definem os períodos de evolução histórica da legislação cooperativista brasileira⁵, a literatura sobre o tema aponta pelo menos três períodos básicos:

1. uma fase de implantação e consolidação inicial das cooperativas, iniciada em 1903 estendendo-se até o final dos anos 30 (Pinho, 1982a) ou 60 (Périus, 1998);
2. uma fase caracterizada pela intervenção do Estado, que se mantém até a constituição de 1988, sendo mais aguda no final dos anos 60; e
3. uma fase de maior autonomia, impulsionada especialmente a partir de 1988 (Périus, op. cit.).

Coerente com sua evolução histórica no mundo, o surgimento do cooperativismo no Brasil guarda relação com o movimento sindical. Tratando dos Sindicatos Agrícolas, o Decreto 979, de 6 de janeiro de 1903⁶, faz referência, no art. 10, à organização de cooperativas, sendo considerado o marco inicial do cooperativismo no Brasil.

Registra-se, logo após, o Decreto 1.673, de 5 de janeiro de 1907⁷, onde as sociedades cooperativas são definidas sem que, no entanto, lhes seja atribuída forma jurídica própria. Nesse período, embora a lei lhes reconhecesse existência, não tinham normas próprias e específicas, sendo consideradas sociedades comerciais em nome coletivo, em comandita ou anônima.

A publicação do Decreto 22.239, de 19 de dezembro de 1932, é um marco de maior importância para a consolidação jurídica das sociedades cooperativas, que passam a adquirir formato jurídico próprio. No art. 2 : “As sociedades cooperativas, qualquer que seja sua natureza, civil ou comercial, são sociedades de pessoas e não de capital, de forma jurídica *“sui generis”*. Este Decreto é considerado a lei fundamental do cooperativismo no Brasil. Arrola as características das cooperativas e consagra princípios doutrinários. Vigorou até 1966⁸, quando foi promulgado o Decreto-lei 59 de 21 de novembro.

Em dezembro de 1942, três Decretos-leis definiam forte interferência estatal em alguns tipos de cooperativas – pesca e produção, comércio e exportação de produtos de

mandioca e de frutos. Em 1966, o Decreto-lei 59, regulamentado pelo Decreto 60.597, de 19 de abril de 1967, ampliou a interferência estatal para outras categorias – especialmente seguro, crédito e as seções de crédito das cooperativas mistas – e determinou a perda da maior parte dos estímulos fiscais. Este Decreto é considerado um segundo marco na história do cooperativismo.

Em 1971 foi promulgada a Lei 5.764, vigente até os dias atuais. Segundo a ementa, define a política nacional de cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. Reafirma também a interferência do Estado, instituindo o acompanhamento estatal sob a tutela de órgãos criados para a coordenação do sistema cooperativo.

Em meados da década de 80 têm início estudos para o desenvolvimento do cooperativismo brasileiro sem a tutela do governo⁹. Com a realização do 10º Congresso Brasileiro de Cooperativismo, realizado em março de 1988, inicia-se a defesa da autogestão junto ao Congresso Nacional, através da Frente Parlamentar Cooperativista (Nicácio, 1997).

O cooperativismo exerceu importante influência na Constituição. Para Périus (1998), os constituintes consagraram proteção ao sistema. O autor localiza o texto constitucional brasileiro como um dos melhores entre os países que protegem o cooperativismo. Aponta que as postulações encaminhadas pela Frente Parlamentar Cooperativista, aprovadas na Constituição, se traduzem nos seguintes dispositivos:

- Sobre a autonomia das cooperativas, o Art. 5º, inc. XVIII decreta o fim da tutela estatal sobre as cooperativas: “a criação de associações e, na forma da Lei, de cooperativas independe de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento”.
- Ao Estado cabe o papel de incentivar o cooperativismo, como explicitado no Art. 174, § 2º: “A lei apoiará e estimulará o cooperativismo e outras formas de cooperativismo”; e no Art. 146: “cabe a Lei Complementar: [...] III – estabelecer normas em matéria de legislação tributária, especialmente sobre: [...] – adequado tratamento tributário ao ato cooperativo praticado pelas sociedades cooperativas”.

Assim, segundo o autor, fica consagrado na Carta Magna, o conceito de ato cooperativo e sua vinculação com lei complementar, obrigando o legislador a definir o tratamento tributário adequado. Fica também definitivamente assegurada no texto constitucional a autogestão das cooperativas.

O quadro 5 ressalta as principais diferenças existentes nos diplomas legais que marcam a história do cooperativismo, com relação à definição e características das cooperativas. É clara a influência dos princípios rochdaleanos.

Quadro 5. Comparação da legislação cooperativista no Brasil

LEI 5.764/71 – ART. 4º	DECRETO LEI 59/66 – ART.3º	DECRETO 22.239/32
<ul style="list-style-type: none"> • Definição de Cooperativa • Sociedade de pessoas, de natureza civil; • Forma e natureza jurídica próprias; • Sem finalidade lucrativa. • Características • Adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços; • Variabilidade do capital social, representado por quotas-partes; • Limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de critérios de proporcionalidade; • Insensibilidade das quotas-partes do capital a terceiros estranhos à sociedade; • Singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade; • "Quorum" para funcionamento e deliberação da Assembléia Geral baseado no número de associados e não no capital; • Retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral; • Indivisibilidade dos fundos de Reserva e de Assistência Técnica, Educacional e Social; • Neutralidade política e discriminação religiosa, racial, social; • Prestação de assistência aos associados, e, quando prevista nos estatutos aos empregados da cooperativa; • Área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, controle, operações e prestação de serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de Cooperativa • Sociedade de pessoal de natureza civil; • Forma jurídica própria; • Sem finalidade lucrativa. • Características • Adesão voluntária com número limitado de associados, salvo havendo impossibilidade técnica de prestação de serviços; • Variabilidade do capital social ou inexistência dele; • Limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, observando o critério da proporcionalidade; • Insensibilidade das quotas-partes de capital a terceiros estranhos à sociedade; • Singularidade de voto; • "Quorum" para funcionar e deliberar em assembléia baseado no número de associados e não no capital; • Retorno das sobras líquidas do exercício quando autorizado pela assembléia, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado com a sociedade; • Indivisibilidade do fundo de reserva; • Indiscriminação política, religiosa e racial; • Área de ação limitada à sede e municípios circunvizinhos extensível ao município imediatamente seguinte se aí não se apresentarem condições técnicas para instalação de outra cooperativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de Cooperativa • Sociedade de pessoas de natureza civil ou mercantil; • Forma jurídica "sui generis"; • Sem finalidade lucrativa. • Características • Variabilidade do capital social para aquelas que se constituem com capital social declarado; • Limitação do valor da soma de quotas-partes do capital-social que cada associado poderá possuir; • Insensibilidade das quotas-partes do capital-social a terceiros estranhos à sociedade, ainda mesmo em "causa mortis"; • Singularidade do voto nas deliberações (cada associado, um só voto); • "Quorum" para funcionamento e deliberar a assembléia geral, fundado no número de associados presentes à reunião e não no capital-social representado; • Distribuição de lucros ou sobras proporcionalmente ao valor das operações efetuadas pelo associado com a sociedade; • Indivisibilidade no fundo de reserva entre os associados, mesmo em caso da dissolução da sociedade; • Área de ação circunscrita às possibilidades de reunião, controle e operações.

Fonte: Nicácio, 1997.

Até final dos anos 60, as cooperativas gozavam de alguns incentivos e benefícios fiscais, que impulsionaram o desenvolvimento do cooperativismo. Para Maria Henriqueta Magalhães, especialista em Direito Cooperativo, as perdas de benefícios fiscais, determinadas pela legislação desta época, levaram a termo uma grande quantidade de cooperativas, que sobreviviam desses incentivos, e provocaram fusões e incorporações de outras tantas, que procuraram se colocar melhor no mercado (entrevista pessoal realizada em 6 de abril de 2001).

De fato, tomando-se como exemplo a incidência do imposto sobre a renda, a Lei 5.764/71, em vigor atualmente, restringe a operações não tributáveis aquelas que caracterizam atos cooperativos, definidos no Art. 79 como “aqueles praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associadas, para a consecução dos objetivos sociais”. No mesmo artigo, em parágrafo único consta que “ato cooperativo não implica em operação de mercado, nem contrato de compra e venda de produto ou mercadoria”. O Art. 111 especifica que são considerados como renda tributável os resultados positivos obtidos pelas cooperativas nas operações realizadas com terceiros não-cooperados e obtidos de participações em sociedades não-cooperativas. A legislação anterior, eximia a cooperativa de oferecer à tributação todos os resultados positivos obtidos ¹⁰.

Nota-se portanto que, historicamente, as cooperativas gozam de tratamento diferenciado na legislação brasileira. Segundo a literatura, os incentivos foram maiores nos períodos iniciais do cooperativismo, sendo mais escassos em períodos recentes. De toda a forma, ainda hoje, as “operações cooperativas” são diferenciadas das “operações de mercado”. Sem derivar para juízo de valor, este diferencial representa, no mínimo, certas vantagens em termos tributários.

A fundamentação jurídica para a não tributação, apontada pelos especialistas em direito cooperativo, baseia-se na natureza das cooperativas, que são definidas como sociedades de **pessoas** – e não de capital – que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma “atividade econômica de proveito comum“, sem objetivo de lucro. “Embora movimente riquezas, não visa lucro, sendo esta a principal diferença das sociedades mercantis, nas quais este é o principal objetivo” (Pinho, 1982b).

De forma geral, esses preceitos têm motivado várias ações nas quais as cooperativas questionam as tributações que lhe são impostas. No caso da Unimed, tem

sido solicitado ao Ministério da Saúde um “tratamento diferenciado” para as cooperativas (Agência Estado, 2000).

Em agosto de 2000, o Superior Tribunal de Justiça julgou que a Unimed de Fortaleza deveria recolher ISS para o município. Em seu despacho, o relator do processo menciona que as cooperativas de serviços médicos praticam dois tipos de atos com características diferentes: atos cooperados, consistentes no exercício de suas atividades em benefício dos seus associados que prestam serviços médicos a terceiros e atos não-cooperados, de serviços de administração a terceiros que optam por adesão aos seus planos de saúde. Os atos cooperados estão isentos de tributação. Os serviços remunerados prestados a terceiros sujeitam-se ao pagamento de tributos, conforme determina a Lei 5.764/71 (Furtado, 2000a).

Outras ações envolvendo a Unimed têm sido julgadas, referentes à cobrança de Imposto sobre a Renda de Pessoa Jurídica (Furtado, 1999a); ao recolhimento de PIS (Furtado, 1999b); INSS (Furtado 2000b; Francisco Filho, 2000; Finetto, 2000; Magro, 2000); CPMF (Cardoso & Spínola, 2000), Cofins (Vanin, 2000) e taxa de saúde suplementar (Cardoso & Spinola, 2001)¹¹.

Outra especificidade do cooperativismo é que a adesão do sócio exige fidelidade, já que a legislação vigente proíbe o ingresso de agentes de comércio e empresários que operem no mesmo campo econômico da sociedade, como reza o Cf § 4º. do Art. 29 da Lei 5.764/71 (Organização das Cooperativas Brasileiras; Ministério da Agricultura, 1987). Na Unimed, o vínculo exclusivo do médico com a cooperativa é denominado de unimilitância e, quando presente no regimento, veda o credenciamento do cooperado por outros planos de saúde, admitindo apenas a prestação eventual de serviços.

2.4 TIPOS DE COOPERATIVAS NO BRASIL

Segundo Nicácio (1997), são três os principais modelos cooperativistas. A partir destes são elaboradas todas as outras variações:

1. Modelo de consumo – objetiva fornecer bens a preços mais vantajosos a seus associados.

2. Modelo de produção – as cooperativas de produção, cooperativas operárias de produção ou cooperativas de trabalhadores, segundo Pinho (1966), inspiraram-se em uma espécie de síntese do rochdaleanismo e dos sistemas societários de Buchez, de Fourier (livre associação do trabalho, talento e capital), de Louis Blanc e outros. Seu objetivo é eliminar o patrão, suprimir o assalariado e dar aos operários a posse dos instrumentos de produção e o direito de disposição do produto de seu trabalho.
3. Modelo de crédito – têm como objetivo fornecer recursos financeiros aos seus associados a custos mais baixos, fazendo com que o lucro da atividade econômica (mercado financeiro) se reverta em benefício dos seus membros.

Segundo a Organização das Cooperativas Brasileiras – OCB (2002), são 12 os segmentos ou ramos do cooperativismo no Brasil:

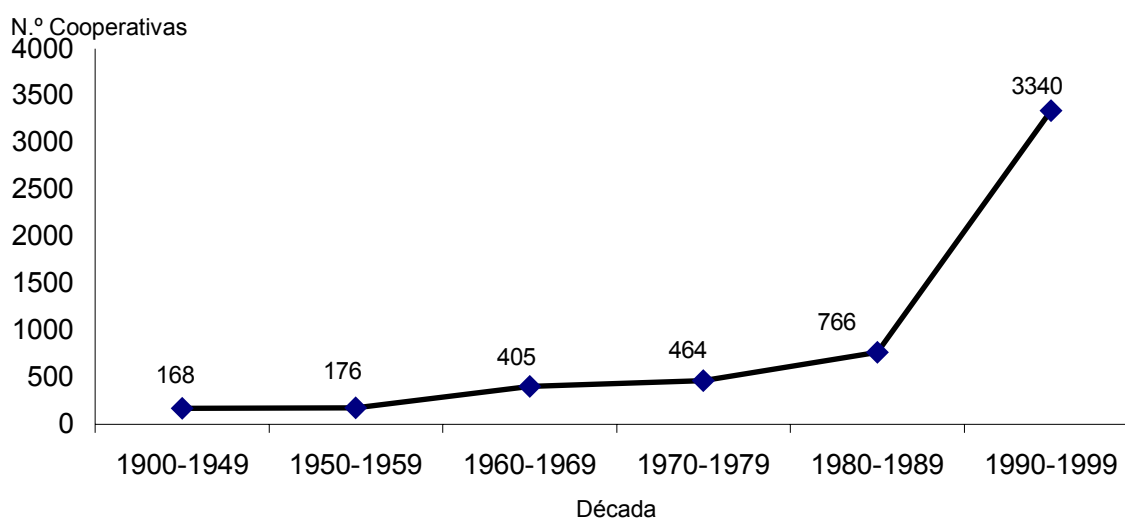
1. **AGROPECUÁRIO** – composto pelas cooperativas de produtores rurais ou agropastoris e de pesca, cujos meios de produção pertençam ao próprio cooperado. Este sistema oferece a prestação de vasto leque de serviços, desde assistência técnica, armazenagem, industrialização e comercialização dos produtos, até a assistência social e educacional aos cooperados. Corresponde ao segmento economicamente mais forte do cooperativismo brasileiro.
2. **CONSUMO** – composto pelas cooperativas de abastecimento, dedicadas à compra em comum de artigos de consumo para seus cooperados. Se subdividem em fechadas e abertas. As fechadas são as que admitem como cooperados somente as pessoas ligadas a uma mesma empresa, sindicato ou profissão. As abertas, ou populares, são as que admitem qualquer pessoa que queira a elas se associar.
3. **CRÉDITO** – composto pelas cooperativas de crédito urbano ou rural destinadas a promover a poupança e financiar necessidades ou empreendimentos dos seus cooperados.
4. **EDUCACIONAL** – composto por cooperativas de alunos, de pais de alunos ou de atividades afins. As cooperativas de professores pertencem ao ramo do Trabalho.

5. **ESPECIAL** – composto pelas cooperativas constituídas por pessoas que precisam ser tuteladas: deficientes físicos, sensoriais, psíquicos e mentais, dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, dependentes químicos, pessoas egressas de prisões, os condenados a penas alternativas à detenção e os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo. Neste ramo também estão as cooperativas constituídas por menores ou pessoas incapazes de assumir plenamente suas responsabilidades como cidadãos.
6. **HABITACIONAL** – composto pelas cooperativas destinadas à construção, manutenção e administração de conjuntos habitacionais para seu quadro social. Segundo Nicácio (1997), a maioria das atuais cooperativas habitacionais se caracteriza como consórcios para construção de casas e não cooperativas, uma vez que são extintas tão logo seja concluído o projeto habitacional.
7. **INFRA-ESTRUTURA** – denominado anteriormente como ramo de "Energia/ Telecomunicação e Serviços", é composto pelas cooperativas de eletrificação rural, de limpeza pública, de segurança etc.
8. **MINERAL** – composto pelas cooperativas que têm por finalidade pesquisar, extrair, lavar, industrializar, comercializar, importar e exportar produtos minerais, a exemplo dos garimpeiros.
9. **PRODUÇÃO** – composto pelas cooperativas dedicadas à produção de um ou mais tipos de bens e mercadorias. Os meios de produção, explorados pelo quadro social, pertencem à cooperativa e os cooperados formam o seu quadro diretivo, técnico e funcional. Sua denominação deve ser: Cooperativa Produtora de Eletrodomésticos... ou Cooperativa Produtora de.....
10. **SAÚDE** – composto de cooperativas de médicos, dentistas, psicólogos, profissionais de atividades afins ou de usuários de serviços de saúde. Cooperativas de veterinários pertencem ao ramo do Trabalho.
11. **TRABALHO** – composto pelas cooperativas de trabalhadores autônomos – seja qual for a sua categoria profissional – organizados num empreendimento próprio. Abrange todas as categorias profissionais, exceto as de Saúde e de Turismo e Lazer.
12. **TURISMO E LAZER** – composto por cooperativas que atuam neste setor.

2.5 DIMENSÃO DO COOPERATIVISMO BRASILEIRO

Dados da OCB – Organização das Cooperativas Brasileiras (2000 e 2002) – dão conta de que havia no país, em 2001, cerca de 4,6 milhões de filiados a este tipo de organização. Em 1999, foram registradas 5.652 cooperativas, o que representou um crescimento de 10,78%, em relação a 1998, explicado especialmente pelo incremento nos ramos de trabalho e saúde. Em junho de 2001 eram 6.094 cooperativas. O gráfico 2 ilustra as datas de fundação das cooperativas atualmente existentes, indicando o crescimento do cooperativismo no país, desde o início do século XX.

Gráfico 2. Evolução das cooperativas brasileiras existentes em 2001 por década de fundação



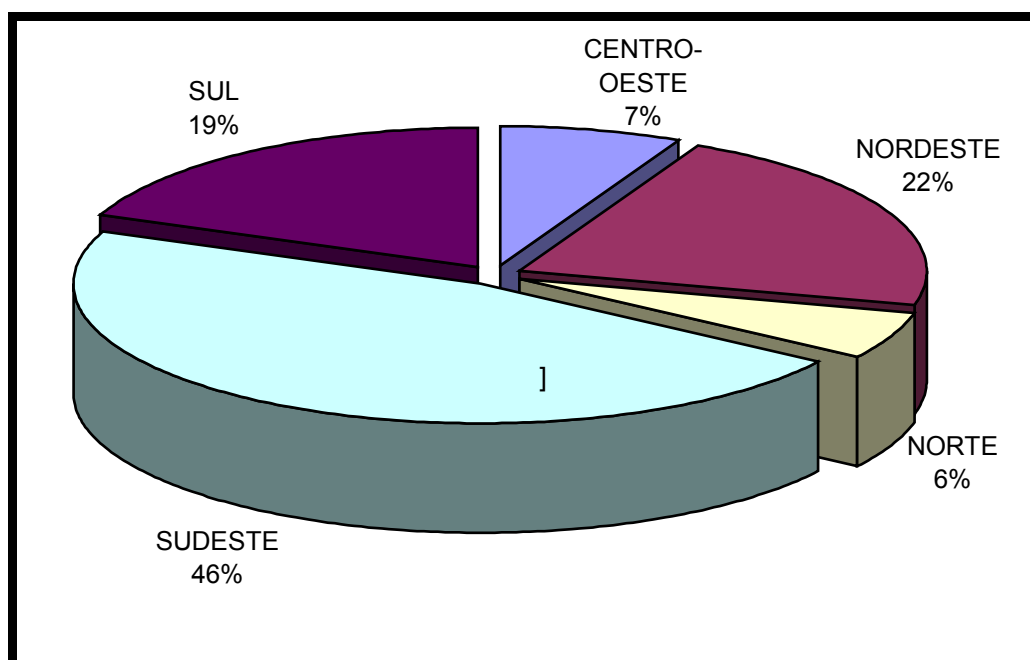
Obs.: Até junho de 2001 foram criadas 375 cooperativas. Quatrocentas cooperativas não informaram data de fundação.

Fonte: Organização das Cooperativas Brasileiras, 2002.

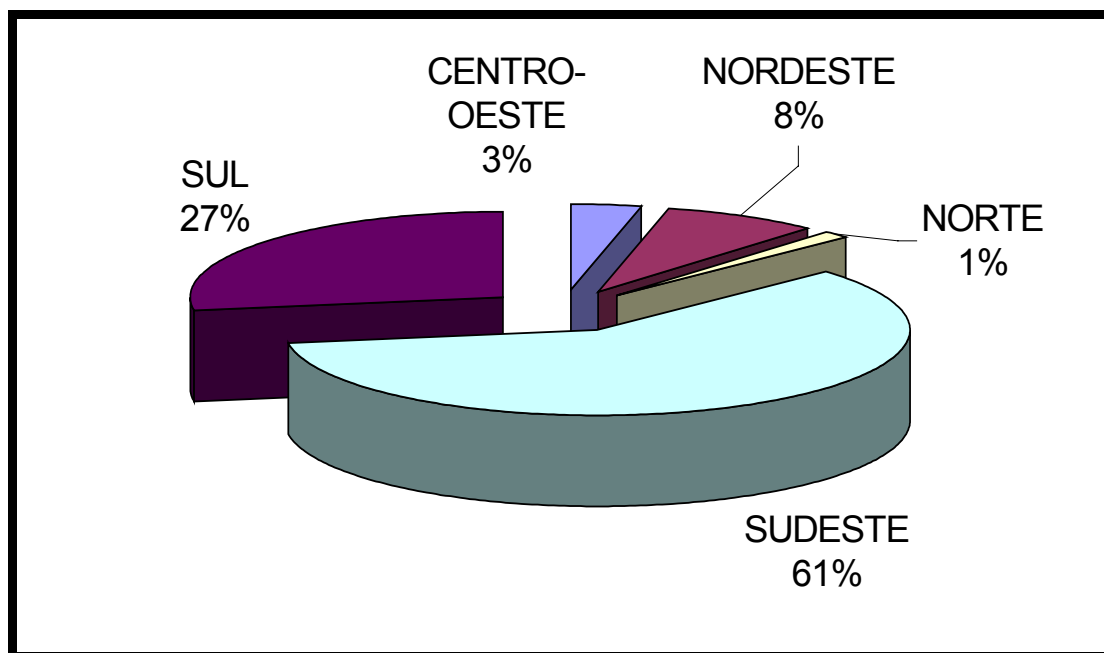
Ainda segundo a OCB, as cooperativas brasileiras são responsáveis por um volume de transações econômicas equivalente a 6% do PIB e pela geração de mais de 169 mil empregos diretos.

As cooperativas estão presentes em todo o território nacional (gráficos 3 e 4). As regiões com maior concentração de cooperativas são Sudeste (47%), Nordeste (22%) e Sul (19%). Quando se considera o número de cooperados o padrão se modifica um pouco: o Sudeste congrega a grande maioria dos indivíduos associados a cooperativas (60%), seguido pela região Sul (27%). As demais apresentam apenas um número residual. Estes dados demonstram a difusão do modelo cooperativista no Brasil. Percebe-se que as pequenas cooperativas estão concentradas nas regiões Norte e Nordeste, o que fica melhor explicitado na tabela 3.

Gráfico 3. Distribuição de cooperativas brasileiras por região , 2001



Fonte: Organização das Cooperativas Brasileiras, 2002.

Gráfico 4. Distribuição de cooperados brasileiros por região, 2001

Fonte: Organização das Cooperativas Brasileiras, 2002.

Tabela 3. Índice de cooperados por cooperativa segundo região, junho de 2001

REGIAO	COOPERATIVAS	COOPERADOS	COOPERADOS / COOPERATIVAS
NORTE	343	54.623	159
NORDESTE	1.313	385.064	293
CENTRO-OESTE	446	161.392	362
SUDESTE	2.842	2.767.679	974
SUL	1.150	1.270.497	1,105
BRASIL	6.094	4.639.255	761741,8

Fonte: Elaborado a partir de dados da Organização das Cooperativas Brasileiras, 2002.

A tabela 4 ilustra o número de cooperativas e cooperados por estado. Entre os que apresentam maior concentração de cooperativas destacam-se São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Já entre os que apresentam os maiores valores de indivíduos cooperados, São Paulo se destaca com 40%, seguido por Rio Grande do Sul e Minas Gerais.

Tabela 4. Cooperativas e cooperados por estado, em junho de 2001

ESTADO/ REGIÃO	COOPERATIVAS		COOPERADOS	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
ACRE	4	0,07	487	0,01
ALAGOAS	52	0,86	25.590	0,55
AMAPA	46	0,76	2.136	0,05
AMAZONAS	48	0,79	11.256	0,24
BAHIA	244	4,02	56.158	1,21
CEARÁ	252	4,15	82.751	1,78
DISTRITO FEDERAL	92	1,52	52.742	1,14
ESPÍRITO SANTO	157	2,59	62.551	1,35
GOIÁS	129	2,13	63.073	1,36
MARANHÃO	140	2,31	16.427	0,35
MATO GROSSO	159	2,62	26.270	0,57
MATO GROSSO DO SUL	66	1,09	19.307	0,42
MINAS GERAIS	910	15	647.806	13,96
PARÁ	93	1,53	25.795	0,56
PARAÍBA	122	2,01	30.509	0,66
PARANÁ	191	3,15	183.532	3,96
PERNAMBUCO	283	4,66	94.901	2,05
PIAUI	88	1,45	15.439	0,33
RIO DE JANEIRO	860	14,17	208.471	4,49
RIO GRANDE DO NORTE	97	1,60	55.286	1,19
RIO GRANDE DO SUL	660	10,88	718.564	15,49
RONDÔNIA	97	1,60	10.854	0,23
RORAIMA	18	0,30	642	0,01
SANTA CATARINA	299	4,93	368.401	7,94
SÃO PAULO	915	15,08	1.848.851	39,85
SERGIPE	35	0,58	8.003	0,17
TOCANTINS	37	0,61	3.453	0,07
BRASIL	6.094	100,00	4.639.255	100,00

Fonte: Elaborado a partir de dados da Organização das Cooperativas Brasileiras, 2002.

A tabela 5 mostra a distribuição de cooperativas por ramos de atuação, segundo a OCB. O ramo de trabalho é o que possui o maior número de cooperativas, seguido pelo agropecuário. Em relação ao número de associados, os principais ramos são, respectivamente, consumo, crédito e agropecuário.

Tabela 5. Cooperativas e cooperados por ramo, em junho de 2001

Ramo	Cooperativas	Cooperados
AGROPECUÁRIO	1.461	822.380
CONSUMO	187	1.466.513
CRÉDITO	975	1.041.613
EDUCACIONAL	246	79.418
ESPECIAL	3	1.984
HABITACIONAL	212	49.270
INFRA-ESTRUTURA	182	560.519
MINERAL	26	12.686
PRODUÇÃO	118	6.092
SAÚDE	765	300.855
TRABALHO	1.916	297.865
TURISMO E LAZER	3	60
BRASIL	6.094	4.639.255

Fonte: Organização das Cooperativas Brasileiras, 2002.

2.6 COOPERATIVAS DE SAÚDE

Em 1997, a Organização das Nações Unidas, através do Departamento de Coordenação da Política para o Desenvolvimento Sustentado, elaborou uma pesquisa sobre cooperativismo de saúde e de assistência social no mundo¹². Em relação às cooperativas de saúde, foi criada uma tipologia a partir dos dados pesquisados. Nesta tipologia foram incluídas desde as cooperativas cujos únicos objetivos de negócios estavam relacionados com saúde e bem-estar, até aquelas que, embora sendo de outros ramos, possuíam atividades relacionadas. A tipologia completa está no quadro 6.

Percebe-se que se trata de um modelo de organização diversificado, tanto em relação aos objetivos e quadro social das cooperativas, quanto à sua formatação. Em relação à Unimed, para a ONU, suas estruturas enquadram-se nos subtipos 1.1.1 (Usimed), 1.1.3.2 (Unimed) e 4.1 (Unicred e Unimed Seguradora).

Na categoria 1.1.3, ficam caracterizadas como cooperativas de primeiro grau (1.1.3.1) aquelas organizadas por profissionais de saúde (usualmente médicos), com o objetivo de ordenar a vida profissional do grupo. Em muitos casos a finalidade é não lucrativa, com atividade econômica que garanta sua viabilidade. Há também um certo interesse por atividades de medicina preventiva. Já as de segundo grau (1.1.3.2) tomam a forma de uma rede criada por um grupo de profissionais de saúde (usualmente médicos), com a finalidade de melhorar o *status* da profissão e aumentar a receita dos cooperados. Neste caso, a política empresarial da cooperativa está voltada mais para os procedimentos curativos, interagindo com pacientes doentes e, muito pouco, com a comunidade de forma geral. As cooperativas surgidas como de primeiro grau, podem transformar-se em cooperativas do segundo grau, como, segundo o relatório da ONU, teria ocorrido com a Unimed.

Quadro 6. Tipologia das Cooperativas de Saúde e Assistência Social, segundo a Organização das Nações Unidas

1. Cooperativas cujos objetivos de negócios são os únicos ou os principais, relacionados com a saúde e o bem-estar.
 - 1.1. Cooperativas de saúde (fornecem assistência à saúde a pessoas físicas).
 - 1.1.1. de propriedade dos usuários.
 - 1.1.2. de propriedade dos usuários e dos provedores.
 - 1.1.3. de propriedade dos provedores.
 - 1.1.3.1. de primeiro grau.
 - 1.1.3.2. de segundo grau.
 - 1.2. Cooperativas de assistência social (fornecem assistência social a pessoas físicas).
 - 1.2.1. de propriedade dos usuários.
 - 1.2.2. de propriedade dos usuários e dos provedores.
 - 1.2.3. de propriedade dos provedores
 - 1.3. Cooperativas de farmácia (distribuem medicamentos e equipamentos necessários para a saúde e a assistência social a pessoas físicas)
 - 1.3.1. de primeiro grau.
 - 1.3.2. de segundo grau.
 - 1.4. Cooperativas de suporte para as cooperativas do setor saúde e assistência social.
 - 1.4.1. de primeiro grau
 - 1.4.2. de segundo grau
2. Cooperativas cujos objetivos incluem, mas não estão limitados aos setores da saúde e assistência social.*
 - 2.1. Cooperativas de consumo com seção de farmácia.
 - 2.2. Cooperativa de seguros que fornecem produtos para a saúde e para a assistência social.
3. Cooperativas cujos objetivos incluem saúde e no bem-estar mas não entre os únicos ou principais.*
 - 3.1. Cooperativas da produção primária.
 - 3.2. Cooperativas na produção secundária de transformação e manufaturas
 - 3.3. Cooperativas de serviços terciários (que não são de saúde).
 - 3.3.1. consumo.
 - 3.3.2. seguros.
 - 3.3.3. economia e crédito e bancos cooperativos.
4. Cooperativas cujos objetivos não incluem saúde ou bem-estar, mas que podem incluir fornecimento de apoio operacional às cooperativas do setor saúde e assistência social.
 - 4.1. Cooperativas de financiamento.
 - 4.2. Cooperativas de pesquisa e desenvolvimento.
5. Outras cooperativas.

* Algumas cooperativas de todos os tipos fornecem aos sócios, empregados e seus dependentes seguros de assistência à saúde e assistência social e/ou acesso às empresas e hospitais de sua propriedade.

Fonte: Organização das Nações Unidas, 1997.

As características da organização Unimed serão mais bem descritas em capítulo posterior. Entretanto vale apresentar algumas ressalvas para a classificação da ONU. Como se verá adiante, a Usimed, classificada como cooperativa de propriedade de usuários, foi criada a partir da associação prioritariamente de médicos (associados como usuários ou consumidores) e a Seguradora, apesar de controlada pela Holding Unimed, não é uma cooperativa, e sim uma sociedade anônima, pois a legislação brasileira não admite seguradoras cooperativas.

As cooperativas de profissionais de saúde podem ser classificadas ainda como: multiprofissionais; monoprofissionais e multiespecialidades (como a Unimed) ou monoprofissionais e monoespecialidades (como de especialidades médicas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros etc.).

Com os dados oferecidos pela pesquisa da ONU, Irion (1999) produziu o quadro 7. Os países que possuem organizações cooperativas de propriedade de provedores, que comercializam planos de pré-pagamento são Espanha, Chile, Colômbia e Paraguai. Na Espanha opera uma cooperativa mista, de provedores e usuários; e, no Chile, a cooperativa é de provedores (médicos), porém atua apenas na região metropolitana de Santiago. Nos dois últimos países citados, foram estruturadas cooperativas a partir do modelo Unimed. Tanto que, na rede apresentada pela Unimed do Brasil, estes países integram o Complexo Unimed como “Unimeds no exterior”, como mostra a figura 2. Argentina e Uruguai aparecem no mapa pois a Unimed mantém acordos operacionais de intercâmbio com instituições de saúde destes países, por meio dos quais os usuários recebem atendimento médico em casos de urgência e emergência.

Em alguns outros países observa-se cooperativas de médicos ou provedores, mas com características distintas daquelas observadas na Unimed: cooperativa de propriedade dos médicos, que opera através de planos de pré-pagamento, em rede nacional de cooperativas locais. Este é, de fato, um modelo observado exclusivamente no Brasil.

Quadro 7. Tipos de cooperativas de saúde, segundo país e características principais

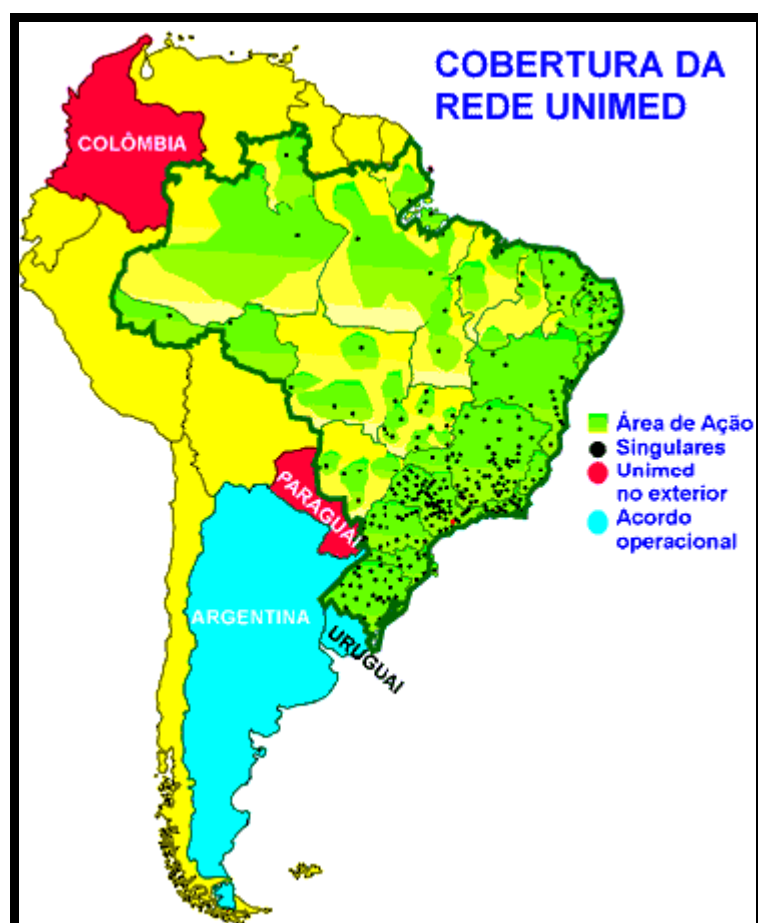
REGIÃO / PAÍS	TIPO	CARACTERÍSTICAS
ÁFRICA		
BENIN	Cooperativa de provedores	Clínicas cooperativas
ÁSIA E PACÍFICO		
ÍNDIA	Cooperativas de usuários Cooperativa de provedores	Clínicas comunitárias Hospitais comunitários Do tipo misto e de custo operacional
	Produtores rurais	Cooperativas de produção com hospitais próprios
JAPÃO	Cooperativas de usuários	Cooperativas proprietárias de clínicas e hospitais (2 grupos – um rural e outro urbano)
MALÁSIA	Provedores 1. médicos	Rede nacional de clínicas e profissionais por custo operacional
	2. dentistas (apenas uma)	Custo operacional.
MONGÓLIA	Provedores – dentistas (apenas uma)	Custo operacional
MYANMAR	Os japoneses informaram que existem cooperativas de saúde	Não há informações precisas sobre elas
FILIPINAS	Usuários (apenas uma)	Não há informações precisas sobre ela
REPÚBLICA DA CORÉIA	Provavelmente existem cooperativas de saúde	Não há informações precisas sobre elas
SINGAPURA	Cooperativas de usuários	Uma para atendimento dentário Uma para gerir uma rede de farmácia
	Cooperativa de seguros	Para fornecer seguro saúde
SRI LANKA	Cooperativas de usuários	Clínicas e hospitais comunitários
	Cooperativas de suporte	Para fornecimento de serviços a pequenos hospitais
AMÉRICA LATINA		
BOLÍVIA	Provável existência de cooperativas de usuários	Não existem informações sobre elas
BRASIL	Cooperativas de provedores mutiespecialidades: médicos, dentistas, psicólogos, enfermeiros Cooperativas de provedores monoespecialidades Cooperativas de usuários	Planos de pré-pagamento e custo operacional
CHILE	Cooperativa de provedores (apenas uma)	Planos de pré-pagamento

(cont.)

REGIÃO / PAÍS	TIPO	CARACTERÍSTICAS
COLÔMBIA	Cooperativa de provedores Cooperativa de médicos Cooperativa de seguros	Planos de pré-pagamento
COSTA RICA	Cooperativa de provedores (apenas uma)	Clínica cooperativa
EL SALVADOR	Só existem cooperativas de assistência social.	
PANAMÁ	Cooperativa de usuários (apenas uma)	Contratando serviços com médicos e hospitais
PARAGUAI	Provedores	Com o nome e tecnologia UNIMED
OESTE DA ÁSIA		
LÍBANO	Só existem cooperativas de assistência social	
AMÉRICA DO NORTE		
CANADÁ	Cooperativas de usuários	Clínicas comunitárias
ESTADOS UNIDOS	Cooperativas de usuários	Clínicas e hospitais de idosos para o acesso aos benefícios sociais Para a compra em comum de serviços de assistência à saúde
	Pequenas cooperativas de provedores	Poucas informações sobre elas
	Cooperativas de farmácia	Formando uma rede de segundo grau
	Cooperativas de seguros	Fornecendo seguro saúde
EUROPA		
BÉLGICA	Cooperativas de farmácia	
REPÚBLICA CHECA	Cooperativas de farmácia	Assistida pela Bélgica
ITÁLIA	Cooperativas de provedores	Com duplo objetivo de saúde e assistência social
	Cooperativa de seguros	Fornecimento de seguro saúde
POLÔNIA	Só existem cooperativas de assistência social	
ESPANHA	Cooperativa de provedores Cooperativa mista	Planos de pré-pagamento Proprietária de hospital
REINO UNIDO	Cooperativas de provedores	Operando por custo operacional
SUÉCIA	Usuários Seguros	Centros cooperativas de saúde Fornecendo seguro saúde

Fonte: Irion, 1999.

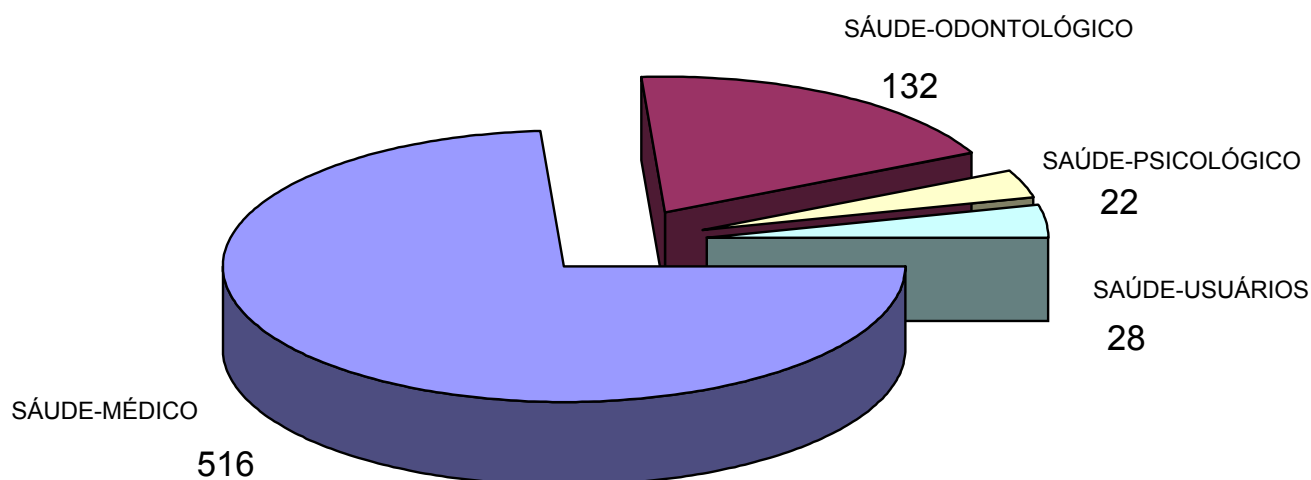
Figura 2. Cobertura da Rede Unimed, 2000



Fonte: Unimed, 2000.

A ONU estima que mais de 45 milhões de pessoas no mundo sejam atendidas por cooperativas de saúde. As maiores do mundo estão no Japão e Brasil, respectivamente com 29.740.000 usuários (Organização das Nações Unidas, 1997) e 10.000.000 (Unimed, 2000). No primeiro caso, trata-se de cooperativas de propriedade de usuários. No segundo, o segmento é representado principalmente pela Unimed, de propriedade de médicos.

O ramo da saúde no Brasil inclui, além das cooperativas de médicos, aquelas de odontólogos, psicólogos e usuários¹³. O gráfico 5 ilustra a participação de cada segmento do ramo de saúde no país. As cooperativas médicas, entre as quais a Unimed é a principal representante, compreendem 74% deste universo.

Gráfico 5. Subdivisões das cooperativas do ramo da saúde no Brasil, 1999

Fonte: Organização de cooperativas Brasileiras, 2000

2.7 COOPERATIVAS UNIMED

As cooperativas Unimed são constituídas por médicos cooperados responsáveis pelo atendimento aos usuários em seus próprios consultórios particulares e em hospitais, laboratórios ou clínicas das cooperativas ou credenciados por elas. Em geral, comercializam planos de saúde em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidas de taxa de administração). A alternativa para o sistema de livre escolha com reembolso existe apenas através da Unimed Seguradora, cujos produtos são comercializáveis pelas Cooperativas Unimed.

A página oficial da Aliança Cooperativa Internacional na internet apresenta a Unimed como a "Maior rede de assistência médica privada do Brasil e um marco do cooperativismo do trabalho médico no Brasil e no mundo" (Aliança Cooperativa Internacional, 2000). Em 34 anos, a empresa apresentou um crescimento expressivo,

movimentando atualmente uma receita que, segundo estimativa do diretor financeiro da Unimed do Brasil, chega a R\$ 5 bilhões ((Dr. Humberto Banal, diretor financeiro da Unimed do Brasil, em entrevista pessoal concedida em 20 de junho de 1998). Há seis anos consecutivos, a pesquisa “Top of Mind”, realizada pelo jornal *Folha de São Paulo*¹⁴, vem apontando a liderança da Unimed no setor de planos de saúde (*Folha de São Paulo*, 1999).

Uma eficiente estratégia de monopólio utilizada é a denominada “unimilitância”, isto é, a proibição estatutária de cooperados serem credenciados ou empregados de outros planos de saúde. O argumento utilizado fundamenta-se na legislação cooperativista, que veda o ingresso de “agentes de comércio e empresários que operem no mesmo campo econômico da sociedade”¹⁵. Note-se que a restrição não se aplica à prestação eventual de serviços (Irion, 1997). É permitido ao médico atender ao usuário de outro plano ou seguro, mediante pagamento direto (que poderá ser reembolsado ao usuário pelo seu plano original), sendo, porém, vedado a ele figurar nas listas de credenciados dos planos concorrentes.

Em tese, o fato de os médicos serem sócios da cooperativa deveria constrangê-los a trabalhar para a concorrência. Entretanto, muitos consideram a unimilitância uma camisa-de-força impingida pela Unimed e a adesão ao princípio não se constitui regra geral nas singulares. Outras estratégias utilizadas pela empresa incluem a diversificação de produtos e a definição de mercado por área geográfica, como demonstram os capítulos 4 e 5.

Enquanto segmento do setor de assistência suplementar, as cooperativas são formalmente definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro. Podem ser formadas por vinte participantes no mínimo, denominados cooperados, que, ao ingressar, integralizam um capital em quotas.

Apesar da carência de esquemas analíticos mais ricos, o resgate da história e princípios do cooperativismo ajuda a entender as peculiaridades da estrutura e dinâmica organizacional da Unimed.

A constituição do Complexo Multicooperativo Empresarial Unimed demonstra como, ao longo do tempo, um grupo específico de uma categoria profissional definiu estratégias de ampliação de poder, criando uma organização de dimensões

consideráveis, revestida das idéias e princípios cooperativistas, à qual estão submetidas inclusive empresas regidas pelos princípios do capitalismo clássico.

O ângulo a ser trabalhado no próximo capítulo busca resgatar a história da cooperativa inserida no contexto da história da assistência médica no sistema de saúde brasileiro. Sua estrutura organizacional e dimensão no território nacional serão vistas respectivamente nos capítulos 4 e 5.

NOTAS

¹ Uma perspectiva histórica sobre o cooperativismo pode ser encontrada em Pinho (1982 e 1987) e Singer (1998).

² Na primeira fase da Revolução Industrial, os sindicatos eram formados exclusivamente por trabalhadores qualificados, artesãos ou operadores de máquinas. Os não qualificados eram principalmente mulheres e crianças cuja pobreza e desamparo eram, na época, obstáculos intransponíveis à sua organização sindical. Os trabalhadores qualificados tinham suas organizações de ofício, chamadas *trades*. Em cada local havia uma *trade* ou *trade club* para cada ofício. Uma *trade union* era uma associação de clubes, do mesmo ofício, de um conjunto de cidades, abrangendo uma região ou várias e até mesmo o país.

³ Vale registrar que o autor apresenta esta corrente ao mesmo tempo como “a mais dura crítica ao cooperativismo rochdeleano e a mais realista para o desenvolvimento do cooperativismo nos países da América Latina, cuja cultura cooperativista foi corrompida pelo individualismo do cooperado, que só quer tirar vantagens do cooperativismo e pela ambição político-econômica de alguns líderes” (Nicácio, op. cit.).

⁴ Uma das constantes trabalhadas pela literatura sobre o tema são as diferenças entre cooperativas, empresas de capital e, em alguns casos, outras instituições. Ver, por exemplo, quadros comparativos em Pinho, 1982: 30 e Irion, 1997: 187 – este último adaptado de Limberger, 1979 – e a análise de Singer, 1998: 124-125.

⁵ Pinho (1982) considera que houve quatro períodos básicos na evolução do cooperativismo: de implantação (1901 a 1931); de consolidação parcial (1932 a 1966);

centralismo estatal (1966 a 1971) e de renovação de estruturas (a partir de 1971). Périus (1998) trabalha com três fases: fase de implantação (1903 a 1938); fase intervencionista do Estado (1938 a 1988) e fase de autogestão (a partir de 1988).

⁶ Segundo a ementa, faculta aos profissionais da agricultura e indústrias rurais a organização de sindicatos para defesa de seus interesses (Senado Federal, 2002).

⁷ Segundo a ementa, trata da criação de sindicatos profissionais e sociedades cooperativas (Senado Federal, 2002).

⁸ Foi revogado em 1934 e restabelecido em 1938, vigendo até 1943, para novamente ser revogado e, mais uma vez restabelecido em 1945.

⁹ O Decreto 91.773 de 15 de outubro de 1985 cria Comissão Especial para “promover ampla e aprofundada análise sobre a situação do cooperativismo no Brasil, visando a solução de problemas e o encaminhamento de medidas que objetivem o fortalecimento sócio-econômico do cooperativismo, bem assim a identificação de responsabilidade pela prática de irregularidades que hajam sido cometidos no setor” (Senado Federal, 2003).

¹⁰ Segundo o Decreto 60.597, “os resultados positivos obtidos nas operações sociais das cooperativas não poderão ser, em hipótese alguma, considerados como renda tributável, qualquer que seja a sua destinação (...) As relações econômicas entre a cooperativa e seus associados não poderão ser entendidas como operações de compra e venda, considerando-se as instalações da cooperativa como extensão do estabelecimento cooperado.” E ainda, “todos os atos das cooperativas, bem como títulos, instrumentos e contratos firmados entre as cooperativas e seus associados, não estão sujeitos à tributação do imposto de selo, de obrigações ou outros quaisquer que o substituam” (artigos 104, 105 e 107, respectivamente).

¹¹ As referências apresentadas referem-se à revisão de notícias, usando como palavra-chave “Unimed”, em periódicos da área de economia, inclusive de circulação eletrônica, referente ao período de janeiro de 1998 a junho de 2001.

¹² Os resultados da pesquisa foram publicados no documento informativo da ONU: Cooperative enterprise in the health and social care sectors: a global survey. Document reference St/ESA/249, UN Sales Publication E.96 IV11, 1997. A versão consultada é uma tradução livre, elaborada por João Irion (Irion, 2000).

¹³ Outros profissionais, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, enfermeiros e nutricionistas vêm se associando em cooperativas, embora ainda não apareçam nas estatísticas da OCB.

¹⁴ Esta pesquisa contabiliza as respostas à pergunta: “qual a primeira marca que lhe vem à cabeça”, para vários tipos de produtos e serviços. Em 1999, as entrevistas foram realizadas nos dias 5 e 8 de outubro, em 127 municípios de todos os estados e no Distrito Federal, com base em uma amostra aleatória estratificada da população maior de 16 anos.

¹⁵ Cf. § 4º do Art. 29 da Lei n. 5.764/71 (Organização das Cooperativas Brasileiras/ Ministério da Agricultura, 1987).

CAPÍTULO 3

ASPECTOS HISTÓRICOS DA CONSTITUIÇÃO DA EMPRESA MÉDICA NO BRASIL

3.1 OS MÉDICOS E A ASSISTÊNCIA MÉDICA NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Da mesma forma que em outros países, no Brasil conservou-se durante um certo tempo a distinção entre os ofícios do cirurgião e do físico. Os boticários eram fortes concorrentes de ambos, preparando e vendendo medicamentos, aplicando “bichas” e ventosas. O problema da extensão territorial e o reduzido contingente de praticantes contribuíram para que a medicina fosse também exercida de forma indiscriminada tanto por habilitados como por não habilitados (Machado, 1996).

Até 1800 os médicos eram procedentes de outros países, sobretudo de Portugal. Numa segunda fase, brasileiros se formavam no exterior e regressavam para o Brasil. Delegados do físico-mor e do cirurgião-mor eram encarregados de fornecer cartas de licenciamento para o exercício de práticas médicas e títulos de curadores para aqueles que, não sendo cirurgiões, houvessem se aplicado ao estudo de medicina e fossem necessários em lugares remotos. Com a chegada da família real, foram inauguradas as primeiras escolas de ensino médico. A primeira, criada em fevereiro de 1808, foi o Colégio Médico-Cirúrgico de Salvador e a segunda, em novembro do mesmo ano, a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro (Marinho, 1986).

A medicina brasileira encontrou bases de desenvolvimento, sob características modernas, já próximo do século XX. Do final do século XIX até os anos 20, com a expansão da produção cafeeira e a industrialização inicial do país, as elites, alinhadas com a população urbana que trabalhava por conta própria ou recebia salários por trabalho não operário – pequenos empresários, comerciantes, funcionários públicos, empregados no comércio e profissionais liberais – constituíam um mercado consumidor potencial. Nesse período, o número de escolas médicas triplicou, chegando a dez em 1929 (Schraiber, 1993).

Até 1920, a assistência médica esteve ancorada na medicina liberal, na medicina filantrópica, nos hospitais étnicos¹ e nas eventuais formas de sociedade de auxílio mútuo. Estas últimas eram estabelecidas entre os trabalhadores e organizavam-se principalmente por meio das associações de bairro. Formas de serviços próprios de empresas eram eventualmente encontradas, mas de caráter limitado em número e tipo de assistência prestada: na maioria das vezes um socorro imediato e só destinado ao trabalhador. A presença direta do Estado só ocorria no âmbito interno da assistência aos militares e aos servidores públicos. O conjunto todo compunha no sentido reforçador da forma liberal de produção de serviços (ibidem).

Em 1922, ocorre o Congresso Nacional dos Práticos, considerado um marco no processo de profissionalização no Brasil (Machado, 1996). Situa-se um ano após a Reforma Luis Barbosa² e um ano antes da promulgação da Lei Eloy Chaves e cogita, pela primeira vez a formação de um sindicato, fundado cinco anos depois no Rio de Janeiro.

Analisando o evento, Pereira-Neto (1995) aponta que entre as principais preocupações dos práticos estavam: o combate ao “charlatanismo”, isto é, ao exercício da medicina pelos não-habilitados, e o estabelecimento de uma hierarquia em relação aos farmacêuticos, parteiras e enfermeiras, com a medicina ocupando lugar central. O mercado de trabalho médico foi também tema de destaque. As discussões revelavam as alterações já em curso no exercício da medicina liberal, embrião do que viria a significar, décadas mais tarde, o seu remodelamento.

O debate se dava em torno da restrição ou ampliação do mercado de trabalho provocadas pelo assalariamento dos médicos pelos setores público e privado. Segundo o orador oficial do Congresso, Dr. Silva Araújo, “em uma época em que os adversários da profissão são as coletividades³ faz-se mister que o sindicato que se organiza contra elas sinta-se forte, coeso, capaz de agir e vencer”. Para alguns médicos, o mercado de trabalho parecia se restringir. O assalariamento era visto como uma ameaça à sobrevivência da profissão, pois comprometia a liberdade do profissional em estabelecer o valor da consulta. Ademais, os estabelecimentos públicos de assistência médica eram vistos como agentes captadores de uma clientela que detinha poder aquisitivo suficiente para ser atendida no consultório particular. Para outros, a entrada do Estado na organização de uma rede de assistência médica promovia a ampliação do mercado de trabalho, já que oferecia seus serviços a uma clientela não alcançada pelo sistema

liberal. Além disso, representava uma renda fixa que o médico passaria a ter (Pereira-Neto,1995: 603).

O debate estava claramente instaurado e, a despeito de evidenciar que a classe não se comportava de maneira coesa e homogênea, representa um marco: a mobilização em torno do ideal de exercício liberal da profissão que viria a ser uma das tônicas das organizações corporativas nas décadas seguintes, influenciando fortemente nas estratégias adotadas frente às mudanças no mercado de trabalho médico, entre as quais destaca-se a criação da Unimed no final dos anos 60.

O modelo de desenvolvimento agroexportador assentado na produção do café determinava, como prioridade dos governos, a erradicação ou controle de doenças que pudessem prejudicar a exportação. Tais atividades eram responsabilidade do Ministério da Saúde. O fim do modelo agroexportador e o processo de industrialização induziram o aparecimento da assistência médica vinculada à Previdência Social. O seu crescimento e o esvaziamento progressivo das ações campanhistas levaram à conformação e hegemonização do modelo médico assistencial privatista (Mendes, 1993).

Oliveira & Teixeira (1985) argumentam que as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) – constituídas na década de 1920 por determinação do Estado através da Lei Eloy Chaves (Decreto 4.682, de 24 de janeiro de 1923) – representaram o marco inicial da Previdência Social no país, correspondendo à “forma específica de intervenção do Estado sobre a questão previdenciária no período”. De acordo com o decreto, as CAPs deveriam prestar serviços médicos aos segurados e seus dependentes. Nos primeiros anos, a assistência médica era prestada por terceiros. As CAPs arrendavam períodos de trabalho dos médicos privados nos seus consultórios que faziam o atendimento aos segurados. Em 1926, o Decreto 5.109, de 20 de dezembro, abriu a possibilidade das CAPs constituírem serviços próprios de farmácia, ambulatórios ou pronto-socorros.

No período de 1930 a 1945, sob o primeiro governo de Vargas, foram instituídos os Institutos de Aposentadoria e Pensão, os IAPs. Corresponde ao regime de capitalização da Previdência, com forte acumulação de superávit. Houve ampliação no número de beneficiários e um empenho na contenção de despesas, com efetiva

diminuição no volume e/ou qualidade da assistência médica prestada. Na legislação, há um esforço no sentido de distinguir a prestação de serviços (médicos e outros) da concessão de benefícios pecuniários, considerando a primeira provisória e secundária. A previdência social já era um grande comprador de serviços médicos privados, tendo como interlocutores pequenas instituições privadas, clínicas, hospitais e consultórios isolados entre si que, como tais, se submetiam às regras do jogo. A compra de serviços era uma alternativa definida a partir da preocupação com contenção de gastos, diferente do que ocorreria a partir da década de 1960 (Oliveira & Teixeira, 1985: 59-61 e 92).

Marinho (1986) afirma que entre 1930 e 1945 a oficialização de órgãos deontológicos ficou paralisada e os médicos, pioneiros no associativismo e no sindicalismo foram ultrapassados por outras profissões, como advogados e engenheiros, que contavam com órgãos congregadores e reguladores. Em 1935 o país contava com 12 escolas médicas e 8.184 médicos (Medici, 1987). Em 1945 destaca-se a criação do Conselho Federal de Medicina – CFM, através do Decreto-lei 7.955, que colocou em vigor o Código de Deontologia Médica aprovado no IV Congresso de Medicina Sindicalista. O CFM, instituído no final do período do Estado Novo, provocou forte resistência por parte dos médicos, não conseguindo estabelecer sequer sedes de Conselhos Regionais nos estados. Esta resistência deveu-se à acentuada ingerência do Executivo na organização profissional médica que se formava: os casos omissos e as dúvidas sobre o Decreto-lei eram decididos pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que também realizava a escolha final dos membros do conselho provisório além de instituir um elemento estranho à classe, sem as devidas qualificações e vínculos profissionais, como árbitro nas questões de ética médica.

Aparentemente as características intervencionistas do Estado Novo paralisaram a evolução do associativismo da profissão. Até então, o modelo dominante de exercício liberal da profissão não havia sido significativamente alterado e as principais preocupações dos médicos estavam em estabelecer as bases da auto-regulação.

O processo de industrialização, especialmente após 1950, coloca em primeiro plano a necessidade de manutenção da força de trabalho, levando ao fortalecimento do modelo de assistência vinculada à Previdência Social. Entre 1945 e 1964, a idéia de construção de hospitais próprios pela Previdência tomaria impulso para voltar a decair nos anos seguintes. Segundo Oliveira e Teixeira (op. cit.), o período até o início dos

anos 60 corresponde ao “regime de repartição”, onde a previdência tenderia a assumir o papel de repassadora do total da receita arrecadada aos segurados. Há uma radical mudança nas regras do jogo no sentido da desmontagem das medidas contencionistas dos anos 30-45, com ampliação da assistência médica previdenciária, expansão dos tipos de serviços prestados, dos gastos e da rede própria.

Quanto a profissão médica, destaca-se a criação da Associação Médica Brasileira – AMB, em 1951, importante para que os médicos conseguissem efetuar alterações no Decreto-lei 7.955 de 1945. Em 1957, a Lei 3.268 cria, no governo Juscelino, o Conselho Federal de Medicina nos moldes atuais, o que finalmente consolida a auto-regulação da profissão no país. Apesar da reorganização do mercado de trabalho provocada pela abertura de postos de trabalho vinculados ao Estado, até este momento, a classe médica se mobilizava no sentido de fugir dos tentáculos que haviam sido lançados pela política “estado-novista”. Sua prioridade teria sido, portanto, o estabelecimento do monopólio de competência e da medicina enquanto profissão auto-regulada.

No período sob o regime militar, o discurso governamental é de “depuração do caráter político das instituições existentes, em nome da racionalidade técnica e administrativa”. Nesta época, foram criadas as condições propícias para a expansão do setor privado no país, tanto do segmento que se tornou hegemônico na década de 1970 – o contratado e conveniado – como para o setor privado “puro” ou “autônomo”, da medicina suplementar. Como conseqüências da interferência estatal na previdência então ocorrida destacam-se:

1. a extensão da cobertura previdenciária para quase toda a totalidade da população urbana e rural;
2. o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, preventiva e coletiva;
3. a criação de um complexo médico industrial, responsável por altas taxas de acumulação das empresas de equipamentos e medicamentos;
4. o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado pela lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado de serviços;

5. a organização da prática médica diferenciando o acesso e o atendimento segundo a clientela – tanto em termos quantitativos e qualitativos – de acordo com as finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica (Oliveira & Teixeira, 1985).

O período que se inaugura em 1964 e se consolida em 1966 dá prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento do investimento em serviços próprios. Em 1966, uniformiza-se a legislação sobre contribuições e benefícios e centraliza-se a previdência em um único instituto – o INPS. Entre 1971 e 1973 os benefícios previdenciários são efetivamente estendidos para os trabalhadores rurais, autônomos e empregadas domésticas, representando uma ampliação de cobertura para a quase totalidade da população trabalhadora. Em relação à assistência médica, o direito passa a ser considerado “consensual” ou “quase que natural” no discurso oficial registrado durante a VI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1977. A partir de 1974, passa a abranger mesmo aqueles trabalhadores não-segurados, integrantes do mercado informal de trabalho. Entre 1974 e 1979, a contradição entre a expansão da cobertura via compra de serviços privados desenvolve-se até culminar na crise e reformas dos anos 80 (Oliveira & Teixeira, 1985: 206 e 235-36).

Ampliando-se as clientelas da Previdência Social e as diferentes modalidades assistenciais, surgiram também distintas formas de contratação com o setor privado que passou a se fracionar segundo interesses particularizados.

Em 1974, uma série de reformulações foram adotadas, com implicações diretas e indiretas nas políticas de saúde. Entre elas aquelas que criariam as condições para a expansão do incipiente setor privado:

- a instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, destinado a financiar o investimento fixo de setores sociais;
- a implementação do Plano de Pronta Ação (PPA), também em 1974, que, entre outras coisas, estabeleceu normas para convênios com empresas para prestação de assistência médica e reorganizou as relações da Previdência Social, através da definição de formas de pagamento distintas para diferentes prestadores: contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios por subsídio fixo.

Mendes (1993) ressalta que a ação combinada do PPA e do FAS representou um mecanismo de alavancagem do setor privado de serviços ligados ao sistema público através de contratos e convênios, o primeiro garantindo a demanda e o segundo garantindo uma expansão física adicional. Esse “subsistema”, hegemônico na década de 1970, caracterizou-se pelo capital fixo subsidiado, a reserva de mercado e, por consequência, um baixíssimo risco empresarial e nenhuma competitividade.

Também a partir do PPA foram criadas as condições para o crescimento de uma nova modalidade assistencial surgida na década de 1960 – a medicina de grupo – viabilizada a partir do convênio-empresa. Através do contrato homologado, as empresas podiam optar entre oferecer assistência médica pública ou privada subsidiada. No caso da segunda opção, uma empresa de assistência médica era contratada e as empresas contratantes recebiam, como subsídio do governo, um percentual do salário mínimo por trabalhador. Essa modalidade destinava-se a uma clientela específica, atingindo um operariado mais qualificado e com melhor padrão organizativo.

As origens da medicina de grupo remontam aos departamentos médicos das empresas, conforme resgatam Oliveira & Teixeira. A tendência à terceirização de serviços complementares – dos quais as empresas necessitam mas não constituem sua ocupação principal – foi observada no bojo do processo de modernização e desburocratização das grandes empresas. Estas organizações passaram a comprar, de outras companhias especializadas, serviços como limpeza, manutenção de maquinário etc. A mesma tendência se deu com relação à assistência médica aos empregados, tendo se constituído, para a prestação destes serviços, as chamadas “empresas médicas” ou “empresas de medicina de grupo” (1985: 224).

Vale registrar que, embora não ganhe destaque no trabalho desses autores, outros arranjos empresariais para a prestação de assistência médica aos trabalhadores, não atrelados à Previdência Social, existiam pelo menos desde a década de 1940. Foi neste período que trabalhadores do Banco do Brasil criaram a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) com o propósito de complementar o atendimento médico que era realizado pela Previdência oficial através do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB). A implantação das grandes empresas estatais e de muitas multinacionais nos anos 50 foi acompanhada pela montagem de esquemas próprios de assistência médica/hospitalar, para estes trabalhadores, em especial na região do ABC do estado de São Paulo (Santos & Gama,

1999). Esta modalidade veio a constituir o atualmente designado segmento de autogestão da assistência médica suplementar.

O objetivo geral de manter e aumentar a produtividade através da manutenção e recuperação da força de trabalho não se modificou com a substituição de departamentos médicos próprios das companhias por contratos com empresas médicas de grupo. O dado novo foi a lógica interna da empresa médica que, visando a lucratividade através da diminuição dos custos de tratamentos, insere a prática médica no ciclo de reprodução do capital.

Os contratos entre empresas médicas e empresas contratantes eram constituídos num regime de pré-pagamento por captação⁴, o que criava interesses complementares entre as duas: seleção de pessoal menos propenso ao adoecimento; possibilidade de demissão dos trabalhadores com necessidade de intervenções mais caras e complexas e retorno o mais rápido possível ao trabalho (para minimizar custos do tratamento para o grupo médico e atender aos interesses da empresa contratante). A estes interesses comuns, associava-se a possibilidade das empresas contratantes constituírem uma política mais atraente de pessoal, podendo diferenciar os serviços oferecidos de acordo com a qualificação da faixa de trabalhadores atendidos.

Desde o início da década de 1960 havia grupos de medicina atendendo firmas, indústrias e comércio em caráter limitado e precário, sem a interferência da previdência (Cordeiro, 1984). Em 1964, este tipo especial de medicina é incorporado pela Previdência Social. A partir de um convênio estabelecido em maio daquele ano, entre o então IAPI e a Volkswagen, o Instituto deixa de ter a responsabilidade de prestar assistência médica aos seus empregados, transferindo-a à própria companhia. Para tanto, dispensava a firma de parte da contribuição devida ao Instituto. Em 1966, esta prática foi incorporada ao INPS – com os serviços sendo prestados diretamente pela empresa ou sublocados a “grupos médicos” cadastrados pelo instituto – e impulsionada a partir do PPA de 1974 (Oliveira & Teixeira, 1985). O sistema de medicina supletiva cresceu a passos largos durante as décadas de 1970 e 80, de modo que, em 1989, cobria 22% da população total do país (Mendes, 1993: 61).

As empresas de medicina de grupo seriam criticadas desde o início dos anos 60 pela Associação Médica Brasileira, AMB. Naquela ocasião, não havia mais de dez grupos médicos com plano de pré-pagamento em São Paulo, número que duplicou em 1967 (Cordeiro, 1984). A postura da AMB de crítica à medicina de grupo se acirrou

com a regulamentação do seguro saúde através do Decreto-lei 73 de 1966. A AMB condenava o sistema de pré-pagamento que oferecia seguro facultativo por considerá-lo nocivo aos interesses da classe médica (Machado, 1996: 111).

Em 1968, a atuação do Ministério da Saúde chama a atenção pela peculiaridade das propostas que apresenta em relação ao contexto geral. Com a implantação da Reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967, ficou estabelecido que o Ministério seria o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde. O médico Leonel Tavares Miranda de Albuquerque assume como ministro e, em 1968, é lançado o Plano Nacional de Saúde (PNS-68).

Este plano atribui ao poder público a atenção à saúde necessária à melhoria da produtividade e bem-estar da população e determina que a assistência médica deve ser de natureza primordialmente privada, sem prejuízo do estímulo, coordenação e custeio parcial do poder público. É defensor da prática liberal. Propõe a livre escolha do médico pelo cliente, sendo os honorários pagos parcialmente pelo Estado através de recursos previdenciários e parcialmente pelo cliente que usufruiu dos serviços (Oliveira & Teixeira, 1985).

Possas (1981) enfatiza que o PNS-68 foi um grande erro do Ministério da Saúde, induzido por uma avaliação equivocada do poder aquisitivo da população e da necessidade de intervenção do Estado no setor. A parcela da população capaz de arcar com os custos crescentes de uma medicina cada vez mais sofisticada manteve-se estacionária ou se reduziu pela concentração de renda observada no país. Embora a remuneração média dos assalariados fosse baixa, o volume de recursos representado pelos encargos sociais compulsórios permitia à Previdência Social – com apenas 25% das despesas, limite atuarial fixado para os gastos previdenciários com assistência médica – abranger a maior parte da medicina praticada no país.

Com o Plano Leonel Miranda, afirma Possas, o Ministério da Saúde pretendia implantar um modelo privatizante e curativista em nível nacional. O Plano supunha a possibilidade de participação, ainda que parcial, de quase toda a população do país no custeio da medicina privada, **“tentando responder desta forma aos anseios liberais de uma parcela considerável da classe médica em se libertar tanto do assalariamento como do controle estatal”** (1981: 245, grifo nosso). Em sua análise, Possas reproduz trechos do “Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação das Ações de Saúde”:

Assim, embora mais da metade da população brasileira deva receber serviços médicos praticamente gratuitos, é indispensável, no momento da utilização do sistema, que o cliente, mesmo o mais desprovido de recursos e exceto o indigente, participe do pagamento do custo mediante o desembolso de quantia que, proporcionalmente, represente ônus financeiro comparável para o pobre e para os de maior renda. (...) A exigência é indispensável porque visa a moderar a utilização dos serviços, de modo que a eles somente se recorra na medida das reais necessidades de cada um (...). Para a finalidade da participação no pagamento dos preços dos serviços, essa população a ser atendida é distribuída basicamente em quatro classes (...). Prevê-se que a contribuição da classe A deve oscilar entre a total gratuidade e 10% do preço dos serviços; em média, apenas 3%. As contribuições das classes B e C estimam-se em média 35% e 65% dos preços, e da classe D, sujeita a preços liberados, situa-se, em média, em torno de 150% dos valores tabelados (ibidem: 245).

A autora conclui que o Plano fracassou por propor, no âmbito do Ministério da Saúde, um projeto de privatização que pretendia universalizar a assistência médica. Lembra uma entrevista de Gentile de Mello, na qual este observa ser o PNS-68 “um plano de remuneração médica e não um Plano Nacional de Saúde”. Sustenta que em momento algum são colocadas questões pertinentes ao Ministério da Saúde e à racionalidade de sua estrutura sanitária. O Plano desrespeita a divisão de trabalho existente na época entre os dois organismos governamentais de saúde – “saúde pública”, a cargo do Ministério da Saúde e assistência médica individualizada, sob responsabilidade da Previdência Social. Ademais, apresenta um projeto alternativo de privatização, essencialmente distinto daquele que vinha despontando no interior do sistema previdenciário.

O Plano expressa na verdade os últimos estertores da preservação do modelo liberal, que reconhecia só poder subsistir como projeto se financiado duplamente pelo Estado e pela clientela.

E finaliza:

A garantia da participação do usuário no custeio do serviço, complementando-o como “fator moderador”, é um aspecto central na tentativa de viabilizar o projeto liberal. Representa mais do que a garantia de um mercado: significa, através da livre escolha do médico, a liberdade neste mercado. O subsídio estatal representaria – através da contribuição compulsória dos usuários da Previdência Social – um apoio à expansão do mercado e nunca um fator de controle do Estado e das empresas sobre o

trabalho médico. Esse aspecto é evidenciado num trecho do Plano: “os honorários correspondentes a serviços de competência dos médicos serão sempre pagos à pessoa física desses profissionais” (ibidem: 246).

O PNS-68 enfrenta grandes resistências dentro do próprio INPS e, após implementação em algumas localidades, fracassa devido ao seu caráter liberalizante, mais do que privatizante (Oliveira & Teixeira, 1985). O PPA representa a reedição, em 1974, da proposta privatizante da assistência médica sem, entretanto, o viés liberalizante. O final da década de 1960 é considerado o período de superação definitiva no Brasil do modelo de medicina liberal pura – do médico como produtor privado, isolado e independente. (Schraiber, 1993).

Neste período, as entidades médicas como a AMB procuravam saídas para driblar o declínio do modelo liberal. Nesta busca, como sugerem as afirmações de Possas, é coerente que tenham se alinhado a favor de um plano como o PNS-68. Outro sinal de uma estratégia de resistência às alterações em curso no mercado de assistência médica são as já citadas críticas ao Decreto-lei 73/66. A regulamentação dos planos de saúde virá a se concretizar no cenário nacional apenas trinta anos depois. Tais posições e articulações da AMB com estes acontecimentos são ratificadas também pelas palavras de Cordeiro:

Partiu da Associação Médica Brasileira (AMB) a ofensiva ideológica sistemática contra a medicina de grupo, principalmente durante a década de 1960. Suas críticas se tornaram mais contundentes quando surgiu a possibilidade de regulamentação do seguro-saúde em 1969 (Decreto-lei 73, de 1966), condenando o sistema de pré-pagamento que oferecia seguro facultativo por considerá-lo nocivo aos interesses da “classe médica” (1984: 95).

E mais adiante:

(...) a posição da AMB não implica simples retorno à prática liberal, afastada qualquer intervenção estatal; ao contrário deve ser mantido e ampliado o princípio de financiamento existente. A esta posição se têm apegado as reivindicações pela desvinculação da remuneração médica das contas hospitalares, de modo a evitar que os hospitais retenham, para fins especulativos, as parcelas destinadas aos médicos. Donnangelo faz referência à posição da AMB de apoio ao Plano Nacional de Saúde de 1968, do ministro Leonel Miranda, como expressão mais candente da associação em defesa de seus princípios político-ideológicos. De igual

forma, como tivemos a oportunidade de mostrar anteriormente, foi da AMB que surgiram os apoios às cooperativas médicas (1984: 96).

O contexto de criação da primeira Unimed em 1967, vinculada às estratégias das entidades de classe, se confirma nos relatos históricos sobre seu surgimento. Na introdução do livro comemorativo dos trinta anos da Unimed, é explicitado o apoio da AMB ao PNS e fica clara a vinculação entre a fundação da Unimed Santos e o movimento médico contra a medicina de grupo. Diz o documento que, após a apresentação da idéia de formar uma cooperativa:

Alguns grupos médicos consideravam-na adequada somente ao meio rural; outros grupos, ligados ao sindicato santista, aderiam à alternativa propagada na ocasião pela Associação Médica Brasileira (AMB), que visava a criação de seguro-saúde estatal, compulsório e universal, a ser coordenado pelo Ministério da Saúde. O Estado, contudo, não revelava particular interesse em sua implementação.

O esforço organizacional na implementação de um caminho alternativo compreendia a preservação concomitante de dois aspectos considerados fundamentais. A autonomia de ofício, que ganha substância através da concepção da liberdade de escolha e no princípio da preservação da relação médico/paciente, e o combate à medicina mercantilista, que apurava altos lucros no mercado, composto por pessoas com melhores condições financeiras e que exigem atendimento de padrão mais alto do que aquele oferecido pelo Estado. (Akamine, 1997)

A partir da fundação da primeira cooperativa, a Unimed ampliar-se-á em ritmo acelerado até constituir-se, atualmente, no principal competidor das empresas de medicina de grupo no mercado de planos e seguros de saúde. Irá constituir, da mesma forma, mais um grupo de interesse atuando nos rumos da organização da assistência médica no país.

A década de 1980 é marcada por um processo de confrontação de dois projetos político-sanitários alternativos. Durante este período desenvolve-se o movimento sanitário e crescem as frentes pela reforma do sistema de saúde brasileiro. Concomitantemente, concorrem, com apoio dos grupos diretamente beneficiários, propostas de reciclagem do modelo assistencial privatista.

Entre 1980 e 1983, clímax da crise gestada desde o modelo pós-64, eclodem movimentos grevistas e há uma ampla divulgação da política previdenciária, socializando o debate sobre a crise.

Os principais acontecimentos do início da década são a proposição do Prev-Saúde, que teve sua versão original radicalmente modificada, e a constituição do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, o Conasp. Durante a década, o Conasp propôs programas e medidas eficientizadoras da assistência médica. As medidas se sucederam, passando pelo Programa de Reorientação da Assistência no Âmbito da Previdência Social, pelo Programa de Ações Integradas de Saúde – AIS, pela implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS. A década termina com a Reforma Sanitária, concretizada pela Assembléia Constituinte, que consubstancia a saúde como direito de todos e dever do Estado e cria o Sistema Único de Saúde, SUS.

Os provedores privados de assistência, organizados em entidades representativas, constituíram no período subgrupos de interesses e conflitos na disputa por faixas de clientela, todos contra a estatização dos serviços (Cohn et al., 1991).

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e o Sindicato de Hospitais (Sindhosp) concordavam com a universalização e disputavam, com a Confederação e Federação das Santas Casas de Misericórdia, os convênios com o poder público. A FBH entretanto permanecia acuada pelas denúncias de fraudes.

A Associação Brasileira de Medicina de Grupo – Abramge e a Unimed disputavam principalmente a força de trabalho das empresas de produção e serviço de grandes centros industriais. Procuravam também se apresentar como alternativas atraentes a um projeto de reformulação do sistema de saúde.

A Abramge engrossava a fileira dos que criticavam e denunciavam problemas e deturpações existentes nos contratos da Previdência com os hospitais privados. Aproveitava a oportunidade para se colocar como alternativa mais racional e econômica para a crise da atenção médica (Oliveira & Teixeira, 1985; Mendes, 1993). Começava a delinear-se, assim, um processo de mudança na hegemonia no setor privado através do confronto entre um setor Estado-dependente e um outro mais dinâmico e que não mantinha relações diretas com a Previdência Social.

A Unimed, por outro lado, se autodesignava entidade representativa dos médicos e também se apresentava como alternativa. No contexto da crise, passa a criticar a medicina liberal, por não atenderem às massas, e os convênios com empresas, por serem antiéticos e movidos apenas por interesses econômicos. Nesta ocasião, seu presidente afirma ser projeto da cooperativa “preencher o maior espaço possível da iniciativa privada, diminuindo o mercantilismo e, se possível, aniquilando-o definitivamente”. As Santas Casas eram vistas como possíveis parceiras e a medicina de grupo e a rede privada contratada como concorrentes (Cohn et al., 1991: 111).

Em 1981, a Unimed apresenta, no II Sinamp – Simpósio Nacional de Assistência Médica Previdenciária, a idéia de expansão do atendimento, afirmando ter condições de atender, com equidade, a toda a população do país. Coloca-se, desta forma, não somente como alternativa à medicina liberal, mas também como opção única para atender às exigências da ética e da política de saúde, associada ao poder público (Op. cit: 82 e 118)

Cohn e colaboradores (Op. cit) afirmam que a Unimed, desde a sua origem, procurava apresentar-se como alternativa mais barata e eficiente aos serviços públicos estatais, principalmente os de assistência primária, com o trunfo da “livre escolha“. Defendia que a extensão e universalização do sistema Unimed permitiria que o INAMPS ficasse com a emergência, complementação diagnóstica e a assistência primária aos que não tinham cobertura previdenciária.

A partir de 1983, a Unimed apóia o plano de reorientação do Conasp por desestimular os convênios entre empresas e medicina de grupo. No período do SUDS, se coloca como parceira potencial do setor estatal e filantrópico para construção do Sistema Nacional de Saúde, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. Apóia a Constituinte quando esta restringe recursos financeiros para entidades com fins lucrativos e proíbe empresas de capital estrangeiro e, finalmente, se coloca favorável à definição de saúde como direito de todos e dever do Estado, comentando que o setor privado teria menos responsabilidade.

As estratégias adotadas pela Unimed foram bem-sucedidas no sentido de estabelece-la como modalidade diferenciada de prestação de assistência médica. Tanto que, como instituição sem fins lucrativos, está incluída no parágrafo primeiro do artigo 199 da Constituição como modalidade preferencial para convênios com o sistema público, junto com as filantrópicas. Um dos dirigentes da Unimed⁵ afirma que esta

inclusão foi resultado de uma forte pressão da Unimed para a introdução do artigo “as” na redação final do texto: “*As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos*” e não “*..., tendo preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos*”, como originalmente proposto.

As demais instituições privadas reagiram à sua classificação como entidades complementares na assistência médica e à prioridade concedida ao setor público e filantrópico. Chegaram a recusar a participação na VIII Conferência Nacional de Saúde, organizando um evento próprio, o I Congresso Nacional de Saúde das Entidades Não-Governamentais, cujas recomendações foram encaminhadas à subcomissão da Constituinte (Oliveira & Teixeira, 1985; Cohn et al., 1991).

A década de 1990 é marcada pela consolidação do Sistema Único de Saúde. Corresponde também à deterioração dos serviços públicos e à expansão das demandas por assistência médica suplementar.

A uniformização do acesso aos provedores da Previdência, fruto das políticas implementadas nas décadas anteriores, não foi acompanhada da expansão dos recursos compatíveis para a absorção das novas demandas. Assim, os anos 90 correspondem ao recrudescimento das críticas sobre a qualidade da atenção prestada pelo SUS.

Segundo Faveret & Oliveira (1990) o crescimento do setor supletivo de saúde apoiou-se num processo de “universalização excludente”. A ampliação do acesso aos serviços de saúde – englobando cada vez parcelas maiores da população até que o acesso fosse universal – teria sido acompanhada pelo racionamento de recursos para o setor, com prejuízo da qualidade da assistência médica prestada. Este processo teria provocado a migração de segmentos abastados da população para o setor supletivo. A universalização da assistência médica teria se dado de forma exclusiva e não inclusiva. Mendes (1993) ratifica esta análise e acrescenta que a conjuntura econômica e política do fim da década de 1980 tornou mais atrativa a ligação dos prestadores privados de assistência médica com o setor supletivo, fazendo com que aqueles que integravam a rede conveniada e contratada de assistência médica previdenciária, que conseguiram se modernizar, tendessem a se desvincular da rede pública.

Bahia (1991), embora reconheça tais evidências, recomenda cautela na interpretação do nexo causal entre o desfinanciamento do setor público de saúde, a queda da qualidade dos serviços prestados e o crescimento do setor supletivo. Enfatiza que, apesar dos indícios, a crise dos serviços públicos não seria tão genérica, uma vez que nesse período houve uma expansão na oferta de serviços ambulatoriais públicos sem precedentes. E sublinha que “caso contrário, corre-se o risco de legitimar de forma acrítica as ações estratégicas das empresas médicas de trazerem para si atribuições do Estado, no âmbito da concessão de benefícios e prestação de assistência médica” (p. 147).

As características atuais do mercado de planos e seguros-saúde se consolidaram durante os anos 80, embora viessem se constituindo desde a década de 1940, com o sistema de autogestão. A medicina de grupo e as cooperativas, como já mencionado, operavam desde a década de 1960 e o ano de 1978 marca a entrada das seguradoras no ramo saúde, após a autorização da Superintendência de Seguros Privados (Susep). Em 1989 as Seguradoras receberam autorização para estabelecer vínculos com serviços de saúde, o que não era permitido pelo Decreto-lei 73/66.

Até a década anterior, os planos de saúde estavam voltados quase que exclusivamente para os clientes-empresa. Eram planos coletivos acessíveis somente através dos contratos de trabalho. A partir da segunda metade dos anos 80, e contando com o impulso do Plano Real no início da década de 1990, as operadoras de planos de saúde passaram a captar as demandas de clientes individuais (trabalhadores autônomos, aposentados, trabalhadores de empresas de pequeno porte) e de empresas ainda não envolvidas com os planos privados de saúde, como algumas da administração pública das três esferas de governo. Nesta mesma época, outras instituições governamentais optaram por implantar ou incrementar planos próprios de assistência através da constituição de entidades de previdência fechada, trazendo para a cobertura de planos privados de saúde um grande contingente de funcionários públicos (Santos & Gama, 1999)⁶.

O debate do movimento sanitário da década de 1980 e a reforma da Constituição de 1988 não bloquearam o crescimento do setor privado. Analisando a evolução do setor na década de 1990, Bahia (2001) afirma que além da atuação das seguradoras, as empresas médicas adquiriram maior autonomia em relação ao Estado, negociando seus planos diretamente com as empresas ou compradores individuais. A estabilidade

econômica da década de 1990 gerou o ambiente propício para o desenvolvimento de serviços. Assim, na década final do século XX, seguradoras, empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas passam a disputar os clientes-empresa e individuais, diversificando as alternativas à administração dos planos próprios das empresas.

Bahia chama a atenção para importantes mudanças na configuração das empresas de assistência supletiva, correspondentes à inclusão de novas demandas, mostrando um processo acelerado de constituição de um segmento econômico que ultrapassa muito a motivação inicial de prestação de assistência diferenciada para os trabalhadores de algumas empresas⁷. Enfatiza que as medicinas de grupos mais que triplicaram por referência ao ano de 1977, enquanto que as cooperativas se multiplicaram por 5,4 vezes. O número de seguradoras no ramo saúde duplicou entre 1994/95 e 1997/98. Os planos próprios das empresas, por características específicas, aparentemente não apresentaram expansão considerável⁸. A partir do final dos anos 80 verificam-se ainda dois movimentos: a consolidação das grandes empresas de assistência suplementar de abrangência nacional e a expansão de pequenas empresas, especialmente medicinas de grupo e cooperativas médicas, em cidades interioranas (Bahia, 2001).

Na medida em que cresceram os planos e seguros-saúde, a inexistência de regulamentação do setor levou a um crescente número de reclamações junto às entidades de defesa do consumidor e à justiça, com intensa repercussão nos meios de comunicação. Por esta razão, desde o final dos anos 80 a regulamentação da assistência médica suplementar integrava a agenda governamental. O processo iniciou-se oficialmente em 1992, com a participação de entidades médicas, órgãos representantes de consumidores, representações das operadoras de planos e seguros de saúde, instâncias governamentais como os Ministérios da Fazenda, da Saúde, da Justiça. Após seis anos de negociações na comissão Especial constituída pelo Legislativo, foi promulgada a Lei nº. 9.656/98 (Santos & Gama, 1999).

Neste contexto, as preocupações dos representantes das modalidades de medicina suplementar, durante a década de 1990, estiveram fortemente voltadas para o processo de mudanças na legislação que alteraram profundamente o cenário de baixíssima regulação que prevalecia até então.

Além das características dos produtos oferecidos aos usuários, estavam em discussão privilégios e isenções usufruídas pelas diferentes modalidades, que foram

objeto de negociação durante o processo de tramitação da legislação. Em relação ao caráter lucrativo das empresas, por exemplo, o anteprojeto aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 1996, previa que todas as operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, exceto as entidades ou empresas que mantinham assistência à saúde através da autogestão, seriam caracterizadas como entidades com fins lucrativos (Reis & Oliveira, 1998).

A Lei 9.656 manteve, entretanto, alguns elementos conservadores. Ao submeter às disposições da Lei, “as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege sua atividade” (Art. 1º), continuou permitindo que as empresas tivessem uma inserção diferenciada no mercado de acordo com as especificidades da legislação que rege cada modalidade, por exemplo, em relação a tributos, garantias e condições econômico-financeiras para entrar no mercado.

3.2 A UNIÃO DOS MÉDICOS: DE COOPERATIVA A COMPLEXO ECONÔMICO

As primeiras empresas de medicina de grupo foram criadas por advogados, empresários ou grupos de médicos não vinculados aos movimentos da categoria. Já a fundação da primeira cooperativa ocorreu em Santos/SP, a partir da mobilização de dirigentes do sindicato dos médicos. Representou a proposta de maior aceitação entre as alternativas que disputavam o apoio da categoria como reação à ameaça de controle do trabalho médico por terceiros. Como proposta vencedora, passou a ter o apoio da Associação Médica Brasileira. Na ocasião, a cooperativa foi batizada de “União dos Médicos – Unimed” (Unimed do Brasil, 2000).

Segundo o presidente da Confederação Nacional das Unimed, presidente do Sindicato dos Médicos de Santos à época e também fundador da primeira singular:

Em 1967, em Santos, nós criamos a primeira Unimed, a primeira cooperativa, porque nós não queríamos a mercantilização, nós queríamos a ética, o respeito dos usuários. E definimos o atendimento em consultório, a livre escolha, a personalização do ato médico, socializando meios e mantendo as características liberais (Dr. Edmundo Castilho, presidente da

Unimed do Brasil, em entrevista pessoal concedida em 20 de junho de 1998).

Na defesa do exercício da medicina liberal estava implícita uma qualidade melhor da assistência prestada:

A filosofia cooperativista que norteia o estabelecimento e o funcionamento da Unimed resume-se na busca incessante e incansável de exercício ético e liberal da medicina. Mantendo o controle de sua profissão em mãos, os médicos receberão a justa remuneração que merecem, propiciando à sociedade assistência médica ética, de boa qualidade e a um custo compatível (Akamine, 1997: 20).

Após quase dois anos de funcionamento precário, a Unimed de Santos obteve o reconhecimento no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), órgão que, na época, era responsável pela regulamentação de cooperativas. A partir da experiência de Santos, várias Unimeds foram criadas e, no final de 1975, eram mais de 50 em todo o país. A confederação foi fundada, em 1972, em meio a mais uma disputa interna da categoria: segundo retrospectiva do diretor financeiro da Unimed do Brasil, a Associação Médica Brasileira (AMB) pretendia fundar uma confederação e assumir seu comando. Informados desta intenção, os dirigentes das federações de São Paulo, Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, reunidos em Petrópolis/RJ, para participar da fundação da Unimed local, anteciparam-se e criaram-na mediante um protocolo de intenções. Apenas posteriormente, foi realizada em Santos/SP a Assembléia de fundação da Unimed do Brasil.

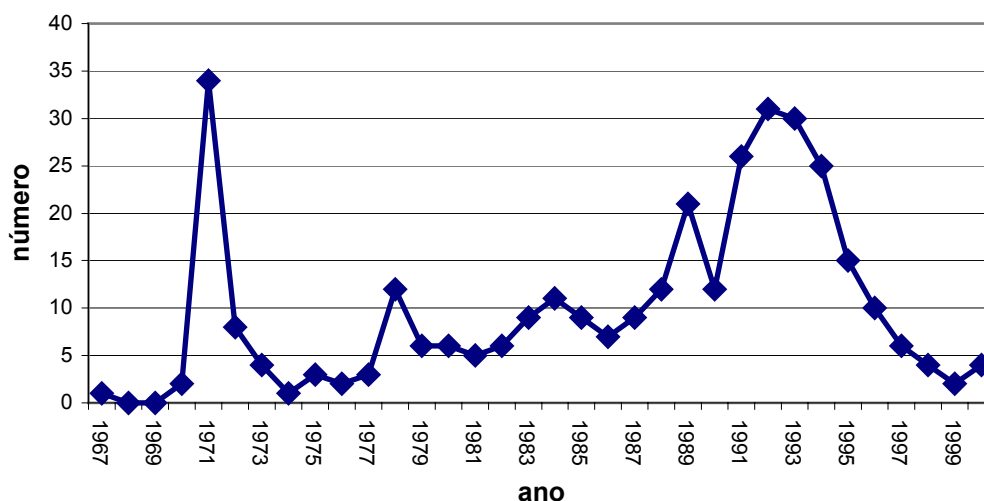
As décadas de 1970 e 1980 e o início dos anos 90 representaram, para a Unimed, período de intenso crescimento. Embora não se disponha de dados completos sobre o número de Unimeds que foram fundadas e fechadas entre 1967 e 2000, um levantamento da data de fundação daquelas existentes em 2000 permite um panorama sobre os momentos de crescimento mais intenso. O gráfico 6 mostra os períodos que concentram o maior número de fundações: o ano de 1971, quando mais de trinta cooperativas foram fundadas, e o final dos anos 80/início dos 90.

Nos primeiros anos da década de 70, houve um acelerado acréscimo no número de Unimeds. Provavelmente, foi o momento de disseminação da idéia do cooperativismo. Entre 1972 e 1973 houve um decréscimo acentuado e, a partir de

1974, momento que coincide com as mudanças nas regras da previdência e instituição do PPA, a tendência ao crescimento retorna e permanece até o início dos anos 90.

Vale lembrar que o texto constitucional consagrou a autonomia das cooperativas, eximindo-as da emissão de autorização para o funcionamento e da tutela estatal, antes exigências legais. A promulgação da Constituição de 1988 representou grande avanço para o movimento cooperativista no Brasil, conforme já abordado no capítulo 2, o que pode ter contribuído para o impulso observado no número de Unimeds fundadas nos anos imediatamente posteriores à Constituição. Aparentemente, a evolução do processo de regulamentação na década de 1990 inibiu a fundação de novas Unimeds.

Gráfico 6. Distribuição das Unimeds existentes em 2000 por ano de fundação



Fonte: Elaborado com dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, referentes a 336 Unimeds.

A tabela 6 traz a taxa geométrica de crescimento anual do número de usuários e cooperados em cada decênio. Observa-se um crescimento contínuo durante todo o período, embora em relação aos usuários as taxas anuais sejam cada vez menores. O forte ritmo de filiação dos médicos observado na década de 1970, sofre uma diminuição nos anos 80 e volta a acelerar-se na primeira metade da década seguinte.

Tabela 6. Taxas geométricas de crescimento anual do número de usuários e cooperados do sistema Unimed, por decênio de 1970 a 2000⁹

	taxas geométricas de crescimento anual		
	70/80	80/90	90/00
usuários	19,62	6,50	5,49
cooperados	32,75	7,59	8,26

As 11 primeiras Unimeds concentraram-se no estado de São Paulo. Algumas mobilizaram mais de uma centena de médicos para sua criação (quadro 8). O relato sobre a fundação de cada uma, constante no apêndice 2, revela alguns pontos em comum: a postura dos médicos contra a medicina de grupo; o apoio e, não raras vezes, o envolvimento direto das entidades de classe (sindicatos e associações), além da ligação com grandes empresas nacionais e multinacionais, primeiras a contratarem os planos das cooperativas. As três Unimeds existentes em 1970 (Santos, Piracicaba e Campinas) tinham 100 mil médicos cooperados e atendiam a mais de 166 mil usuários. Campinas é hoje, em número de usuários, a maior cooperativa do Brasil, congregando sozinha 2.232 médicos que atendem a 399.738 clientes.

Quadro 8. Data de fundação das onze primeiras Unimeds e algumas informações referentes a 1997

Singular	Data de fundação	Número de médicos fundadores	Número de cooperados em 1997	Número de usuários em 1997
Santos - SP	18/10/1967	–	1.550	154.023
Piracicaba - SP	14/12/1970	67	390	130.000
Campinas - SP	17/12/1970	–	2.232	396.738
São José dos Campos - SP	13/02/1971	24	587	128.572
Londrina - PR	11/03/1971	57	856	135.723
Belo Horizonte - MG	01/04/1971	70	3.326	317.358
Ribeirão Preto - SP	30/04/1971	162	749	141.387
Franca - SP	01/05/1971	58	229	66.298
Cruzeiro - SP	03/05/1971	30	96	15.731
ABC - SP	13/05/1971	154	463	90.189
Rio Claro - SP	14/05/1971	36	175	63.000

Fonte: Akamine, 1997.

A tabela 7 traz algumas informações por quinquênio. Até 1975 o número de usuários triplica. O número de cooperativas cresce de 3 para 53 e de cooperados dobra. Considerando-se toda a série, o primeiro momento de expansão correspondeu a um crescimento mais expressivo no número de Unimeds e usuários e relativamente menor no número de cooperados, o que fez o índice de cooperados por mil usuários diminuir.

Tabela 7. Evolução do número de usuários, cooperados, cooperativas e da disponibilidade de médicos por mil usuários, na Unimed, por quinquênio, de 1970 a 2000

Ano	usuários		cooperados		cooperativas		cooperados por 1000 usuários
	nº.	Crescimento (%)	nº.	Crescimento (%)	nº.	Crescimento (%)	
1970	500.000		1.000		3		2
1975	1.500.000	200	2.000	100	53	1.667	1
1980	3.000.000	100	17.000	750	82	55	6
1985	4.500.000	50	25.000	47	122	49	6
1990	6.000.000	33	38.000	52	183	50	6
1995	8.000.000	33	70.000	84	310	69	9
2000	10.800.000	35	91.000	30	336	8	8

Fonte: Elaborada com dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, referentes a 336 Unimeds.

As 50 Unimeds fundadas até 1975 agregaram em média 20 mil usuários novos e contaram com uma média de 20 cooperados cada uma, o mínimo exigido por lei. Estes dados revelam uma forte adesão da categoria à proposta de cooperativismo que levou a multiplicação do número de pequenas cooperativas que atendiam a empresas de grande porte. Boa parte das grandes cooperativas foi fundada nesta ocasião: Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belo Horizonte, Curitiba e Nordeste do Rio Grande do Sul, todas atualmente com mais de 300 mil usuários, conforme pode ser observado no apêndice 3¹⁰.

Nos cinco anos seguintes, como ilustra a tabela 7, chama a atenção o expressivo crescimento do número de cooperados, que acarretou um aumento na disponibilidade de 1 para 6 médicos por mil usuários. Vinte e nove novas Unimeds foram fundadas no período, menos do que no quinquênio anterior. O forte crescimento do número de cooperados e o menos pronunciado crescimento do número de usuários contribuíram, certamente, para a ampliação das pequenas cooperativas fundadas entre 1971 e 1975, além da fundação de novas. Vale lembrar que este período é imediatamente posterior à instituição do PPA pela Previdência Social.

A década de 1980 trouxe cerca de 3,5 milhões de novos usuários e 21 mil novos cooperados, num ritmo de crescimento que manteve a disponibilidade de 6 cooperados por mil usuários. O ritmo foi relativamente constante e, em relação ao quinquênio anterior, apresentou um crescimento mais modesto no número de cooperados. Foram fundadas 101 novas cooperativas, 40 até 1985 e 61 até 1990. Remetendo-se ao gráfico 6, percebe-se que o ritmo de fundação de novas unimedts na década esteve entre 5 e 12 por ano até 1989, quando 21 novas cooperativas foram fundadas. Mais uma vez vale recordar a promulgação da Constituição como marco fundamental para o cooperativismo, inclusive unimediano.

Recorrendo novamente ao apêndice 3, percebe-se que, em números atuais, a maioria das Unimedts fundadas na década de 1980 é hoje de pequeno ou médio porte. Nenhuma tem mais de 100 mil usuários; 31 têm entre 20 e 100 mil; 46 entre 7 e 20 mil e 23 têm menos de 7 mil usuários. Este período caracteriza, portanto, uma expansão de cooperativas menores e, como será visto na tabela 8, um momento de desconcentração das Unimedts em direção ao interior do país.

Como mencionado, os primeiros anos da década de 1990 assistiram a um novo boom do número de cooperativas. A tabela 7 mostra, no entanto, que ele foi acompanhado apenas por um pico de aumento no número de médicos. A adesão de novos usuários manteve-se num ritmo constante em relação ao período anterior. A tendência de expansão foi de pequenas cooperativas. Entre aquelas fundadas somente nos primeiros cinco anos da década, 60 (48%) têm hoje menos de 7 mil usuários¹¹.

A tabela 8 evidencia o crescimento inicial das cooperativas nas regiões Sudeste e Sul. Mesmo em 1980, das 82 cooperativas existentes, 66 se localizavam nessas regiões. Nas décadas seguintes, além do crescimento expressivo nestas regiões, onde a maioria das Unimedts está localizada, percebe-se uma expansão em direção às regiões Norte e Nordeste, a partir dos anos 80, e Centro-Oeste na década seguinte.

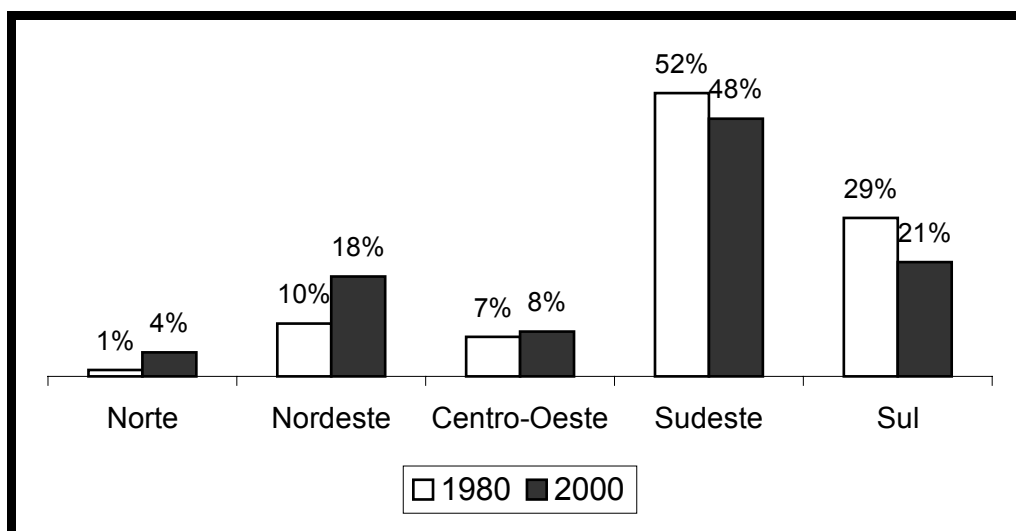
Tabela 8. Distribuição de Unimed, por década de fundação e região

Regiões	até 1980	1981 a 1990		1991 a 2000	
		n.	CRESCIMENTO PERCENTUAL	n.	CRESCIMENTO PERCENTUAL
Norte	1	6	600	8	114
Nordeste	8	22	275	32	107
Sudeste	43	46	107	71	80
Sul	24	22	92	25	54
Centro-Oeste	6	5	83	17	155
Brasil	82	101	123	153	84

Fonte: Elaborado com dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, referentes a 336 Unimed.

O gráfico 7 ilustra o processo de desconcentração. Comparando-se a distribuição por regiões em 1980 e 2000, percebe-se um aumento relativo da participação das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e uma diminuição das regiões Sudeste e Sul.

Gráfico 7. Distribuição das Unimed, por regiões em 1980 e 2000.



Fonte: Elaborado com dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, referentes a 336 Unimed.

Algum tempo após as cooperativas Unimed se constituírem num sistema interligado, outros organismos foram sendo criados, destinados a prestar serviços complementares à atividade fim da cooperativa médica. Suas atividades foram diversificadas e sua estrutura organizacional complexificada com a finalidade de viabilizar o desempenho de tarefas e funções que, de acordo com a legislação, não poderiam ser desenvolvidas por uma cooperativa. Atualmente, a organização Unimed é composta por um “complexo” que reúne diferentes entidades jurídicas interligadas: o Complexo Multicooperativo e Empresarial Unimed, cuja estrutura será descrita no capítulo 4.

O quadro 9 traz a data de criação das diversas estruturas do Complexo. Percebe-se que a década de 1980, especialmente nos seus anos finais, indica uma estratégia de agregar novos componentes à organização, que lhe conferem maior autonomia e dinamicidade em relação ao mercado. De fato, Irion (1994) reconhece que o processo de crescimento da Unimed obedeceu a dois ciclos: o primeiro de multiplicação, em que foram geradas várias cooperativas idênticas e o segundo de diferenciação, em que foram criadas outras células (cooperativas regionais) e, numa segunda etapa de diferenciação, outros componentes para a organização, produzindo sua estrutura atual.

Quadro 9. Componentes do Complexo Cooperativo e Empresarial Unimed, segundo ano de fundação

Componente do Complexo	Ano de Fundação
Primeira Cooperativa: Unimed Santos	1967
Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, Unimed do Brasil	1972
Unimed Corretora de Seguros	1982
Unicred, Cooperativas de Economia e Crédito Mútuo	1989
Unimed Seguradora	1989
Unimed Participações	1989
Unimed Administração e Serviços	1992
Usimed, Cooperativas de Consumo	1993, a primeira começou a funcionar em 1994
Fundação Unimed	1995
Unimed Produtos e Serviços Hospitalares	1995
Unimec / Colômbia	1995
Unintel, Unimed Tecnologia, Comércio, Indústria e Serviços Ltda.	1996
Central Nacional Unimed (operadora)	1998

Fonte: Akamine, 1997.

São pontos interessantes a serem destacados a criação das cooperativas Unicred e Usimed, da Seguradora e da Unimed Produtos e Serviços Hospitalares.

A Unicred e a Seguradora, ambas fundadas em 1989, constituem as organizações financeiras do complexo, a primeira constituída como cooperativa e a segunda como empresa.

A primeira Unicred, foi criada em Vale das Antas, RS, com o propósito de manter na corporação os recursos financeiros gerados pelo trabalho médico. Segundo Dr. Banal, diretor financeiro da Unimed Brasil, “(...) assim, nosso dinheiro não vai para o banco dos outros e sim para o nosso banco” (entrevista pessoal concedida em 20 de junho de 1998).

A seguradora surgiu a partir da aquisição, pela Unimed, do Montepio Cooperativista (Montecooper), transformado inicialmente em Unimed Previdência Privada e, posteriormente, com o aporte de capital das singulares, na Unimed Seguradora S.A. Coincide com a autorização da Susep para a vinculação entre seguradoras e serviços de saúde. Desde então, além de atuar de forma independente da Cooperativa, em diversos ramos de seguro, passou a complementar os produtos oferecidos por esta, em geral, oferecendo o seguro-saúde para os estratos mais altos das empresas contratantes. Ademais, segundo Irion (1998), a Unimed Seguradora fornece instrumentos importantes ao complexo, no campo da tecnologia, recursos humanos e capital, para “enfrentar a concorrência apoiada em conglomerados financeiros onde tais recursos são as características principais”. Como a lei brasileira não permite seguradoras cooperativas, a seguradora Unimed foi constituída como uma sociedade anônima. Diante da impossibilidade de que a Unimed Cooperativa fosse a controladora da Unimed Seguros, criou-se a Unimed Participações, a empresa *holding* do Sistema Empresarial, com a função de investir e controlar as demais empresas de capital do sistema.

As cooperativas de consumo Usimed foram instituídas com o objetivo de promover o acesso dos usuários a preços mais vantajosos de medicamentos, materiais e equipamentos, remoção programada de pacientes e assistência prestada por profissionais não-médicos. Iniciadas em 1993, tiveram como objetivo principal a formação de uma rede de farmácias ligadas ao Complexo Unimed. Como o Código de Ética Médica, em

seu artigo 98, proíbe o exercício da profissão “com interação ou dependência de farmácia”, os médicos foram transformados juridicamente em “consumidores” e, em conjunto com os usuários da Unimed, tornaram-se cooperados da Usimed.

É interessante notar que a existência da Usimed integrada à Unimed sinaliza para a possibilidade de que, no futuro, os usuários, organizados na cooperativa Usimed venham a contratar os serviços da Unimed. Esta seria, de fato, a idéia inspiradora do então presidente da Unimed, Dr. Edmundo Castilho, confirmada nas palavras de Dr. Irion¹²:

(...) a idéia de criar a cooperativa de usuários foi do Castilho que, conhecendo as cooperativas de usuários da Espanha e do Japão, achou que os usuários deveriam se organizar também aqui. Porque quando você contrata um plano de saúde como pessoa física isolada o custo é um e quando você contrata como coletivo o custo é outro. E para a Unimed o contrato coletivo é também mais interessante. (...) [No contrato individual] o custo de administração é alto, a captação de usuário é cara, etc. E certas coisas que os planos de saúde não podem dar poderiam ser feitas pela Usimed, como os medicamentos, próteses, órteses, colchões d'água (entrevista pessoal concedida em 24 de maio de 2001).

Esta possibilidade significa uma “porta aberta” para a retomada da proposta dos anos 80 de expandir o sistema cooperativo para toda a população.

Até o final da década de 1980, o Sistema Unimed não possuía hospitais próprios, trabalhando com o pagamento por serviços prestados. A Unimed, desde os primeiros momentos, assentava-se nos médicos de consultório, sendo a assistência hospitalar provida por rede credenciada. Segundo os seus dirigentes, os hospitais próprios surgiram a partir do gradativo endurecimento das negociações entre singulares e prestadores, em relação aos valores dos serviços, que acabavam por favorecer os hospitais que se cartelizavam e, muitas vezes, recebiam valores maiores que a própria singular. Apesar de ainda manter uma rede credenciada, a Unimed vem expandindo sua rede própria, o que é confirmado pela criação da Unimed Produtos e Serviços Hospitalares, em 1995.

Outro destaque importante na história da Unimed é a sua internacionalização, a partir de meados da década de 1990, pela integração com organizações de outros países

como Colômbia¹³, Argentina e Uruguai¹⁴. Em 1995 a Unimed do Brasil filia-se à Aliança Cooperativa Internacional e, em 1996, é fundada a IHCO – Organização Internacional das Cooperativas de Saúde, da qual Dr. Edmundo Castilho é eleito primeiro vice-presidente e presidente da IHCO-Américas.

O desenvolvimento do Complexo Unimed revela um afastamento da proposta original de cooperativismo. De fato, Irion admite que houve uma aproximação com as empresas de capital, que fez parte, segundo ele, de um processo de evolução da organização:

No início, o comportamento das cooperativas era condicionado pela observância estrita dos princípios rochdaleanos, como se eles fossem dogmas indiscutíveis e imutáveis. Algumas pessoas, porém (este autor entre elas), a partir de certo momento, passaram a considerar a doutrina cooperativista como passível de aperfeiçoamento e de adaptação às condições sócio-econômicas de cada época.

O tempo demonstrou que as cooperativas não têm aptidão para executar todas as tarefas inerentes a uma empresa competitiva, razão pela qual o sistema evoluiu para a formação de entidades associadas, com a missão de preencher os espaços que, pelas restrições legais ou por razões filosóficas, as cooperativas não estão habilitadas a ocupar. Esta nova posição do Sistema deu origem a entidades não lucrativas controladas pela Unimed.

Finalmente, quando se compreendeu que as empresas não lucrativas usadas como apoio à Unimed não podiam suprir as condições de operações e investimentos necessários para vencer a competição e instrumentalizar os serviços das cooperativas, o Sistema admitiu a posse e o controle de empresas de lucro para complementar e apoiar realmente a ação das cooperativas (Irion, 1994: 26-27).

Por outro lado, algumas associações representativas da categoria têm se mobilizado para propor novas opções para atuação dos médicos. O lançamento da Central de Convênios, que vem sendo articulada desde 1995, sinaliza nesta direção. A Central foi eleita pelas entidades como a mais nova bandeira a favor da medicina liberal. É considerada também uma maneira de fortalecer a categoria frente às operadoras de planos e seguros saúde.

De acordo com Jorge Darze, presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro:

A Central Médica de Convênios é uma conquista que se constitui no único instrumento capaz de construir uma nova realidade para o trabalho médico, em que os princípios éticos sejam preservados. Além disso, a Central rompe as relações individuais dos médicos com os planos de saúde para estabelecer uma relação coletiva, com mais força, a fim de gerar mudanças nesse sistema (Cremerj, Somerj & Sinmed, 2002).

O chamamento dos presidentes do Conselho Federal de Medicina e da Associação Médica Brasileira, intitulado “Médicos e pacientes: a liberdade de escolha e a ética médica”, é enfático:

(...) a negociação individual mostra-se incompatível com a Ética Médica; e, se de fato desejamos preservar a medicina, a boa relação médico-paciente e a autonomia e dignidade dessa nobre vocação, devemos, todos, juntos, implantar um novo regime: de negociação conjunta com as empresas operadoras, através de um órgão central.

A disputa das entidades representativas de classe pela liderança de espaços importantes para a ocupação do mercado de trabalho não é uma novidade. No final da década de 1960, havia diferentes estratégias de preservação da autonomia médica. Na realidade, para além das diferenças entre concepções ideológicas, havia uma acirrada disputa de grupos médicos pela liderança dos projetos que competiam na época, como fica claro em nova entrevista de Edmundo Castilho concedida para esta pesquisa:

(...) Bom, nesta época, a Associação Médica Brasileira, o Conselho de Ética e os sindicatos condenavam a mercantilização e surgiram duas experiências: a do Ministro Leonel Miranda [...], que criou o Plano Nacional de Saúde e começou uma experiência piloto em Nova Friburgo, Barbacena e Mossoró no Rio Grande do Norte. Era baseado na livre escolha e no atendimento em consultório e foi uma loucura, tinham dez para gastar e gastaram um milhão, então quebrou. E o Pedro Kassab, [...] junto com o Jarbas Passarinho, que era o Ministro da Previdência, criaram o Plano de Goiás, coordenado pelo Pedro Kassab e baseado também na livre escolha. Em três ou quatro meses, a assistência médica do Ministério da Previdência aplicou dinheiro lá em Goiânia, gastando todo o orçamento da previdência para o estado. Então quebrou também. Nesta altura do campeonato, nós de Santos – eu era delegado da Sanção Paulista de Medicina da Assembléia da AMB – fomos à Assembléia de Porto Alegre e quebrou um pau danado, porque eles apresentavam o Plano de Goiás como se fosse um sucesso e eu, modestamente, apresentei a tese do cooperativismo [...]. Aí começou a nossa luta. Eles tentaram me cooptar, me colocando na Comissão de Seguridade da Associação Médica Brasileira e, por fim, a AMB aprovou a tese do

cooperativismo de trabalho médico, mas submetido à AMB. Não se chamava Unimed e eles diziam que não precisava haver padronização. Criaram a COMEG na Guanabara, a MEDIPAR no Paraná e a MEDMINAS em Minas Gerais, a MEDISAN em Santa Catarina e por aí vai. [...] e eu dizia: olha, tem que ter a mesma imagem institucional [...] e, bom, nós ganhamos esta guerra (Dr. Edmundo Castilho, entrevista pessoal concedida em 20 de outubro de 1998).

Campos (1988) chama a atenção para o entendimento da AMB, sob a direção de Kassab, sobre o mercado de trabalho médico, apontando que a ideologia sustentada pela associação não se confundia com a defesa do modelo artesanal típico de trabalho, flagrantemente incompatível com as próprias alterações internas à ciência médica. Entretanto, servia-se de vários elementos daquele modelo, para compor um projeto de reorganização do mercado em cujo núcleo se encontra o afastamento definitivo do Estado da participação direta na produção de serviços. Nesta ideologia aparecem combinados: o princípio de livre-escolha e o segredo profissional, a negação do assalariamento, o custeio dos serviços pelo cliente, a redefinição do papel do Estado e o combate a uma parcela do setor privado, representada pela medicina de grupo¹⁵.

Após a estratégia do cooperativismo ter se mostrado vencedora, a AMB entra novamente na disputa pela liderança do sistema, como revela o episódio da criação da Confederação Nacional Unimed:

(...). Depois se organizaram as Federações: São Paulo, Minas e Rio Grande do Sul. E aqui em Petrópolis, quando foi fundada a Unimed daqui, em 72, o Castilho esteve aqui e também o presidente da AMB, o Kassab, que queria que a AMB comandasse o Sistema Unimed e, então veio com o pessoal de Minas para ver se fundava uma confederação. Só que, no bar do térreo da Unimed Petrópolis, o Castilho, que já presidia São Paulo, junto com os gaúchos e o Rio de Janeiro, que tinha acabado de fundar a sua Federação, assinaram um protocolo de intenções em convocar uma assembléia, que se realizaria em Santos, e fundar a confederação. Depois, subiram para a solenidade de Petrópolis, para comunicar que estava iniciada a constituição da Unimed do Brasil. Isto aconteceu para evitar que a AMB controlasse o sistema, como era sua intenção (Dr. Humberto Banal, diretor financeiro da Unimed do Brasil até 2000, em entrevista pessoal concedida em 20 de junho de 1998).

Em verdade, o médico continua sendo formado e inserido no mercado de trabalho valorizando a prática liberal da medicina, como revelou a pesquisa de Machado (1996). Em análise do discurso médico no Brasil, a autora encontrou uma forte

valorização de profissão liberal. “Este conceito e não o de ‘medicina’, é que evoca todo um conjunto de atributos ocupacionais: prestígio social, privilégios, rendimentos elevados etc. Se estes mesmos atributos estão associados à medicina é porque ela é ou era uma ‘profissão liberal’”¹⁶ (1996: 147).

Além de o *status* de profissão liberal ser apontado como o principal atributo da “boa medicina”, os convênios, de uma maneira geral, são vistos pelos médicos como primeira causa da limitação da autonomia, como aponta a pesquisa da Associação Médica Brasileira (2003), na qual 93% dos médicos entrevistados afirmaram que os planos de saúde interferem em sua autonomia. Neste cenário, o argumento do exercício da medicina liberal ainda hoje encontra eco para ser utilizado por grupos interessados na constituição de novos focos de poder.

Se, por um lado, o advento da medicina tecnológica com o incremento progressivo dos custos da produção da assistência concorreram para decretar a superação da medicina liberal pura, por outro, um retrospecto dos principais aspectos da história do sistema de saúde brasileiro, no que se refere à organização dos serviços assistenciais, revelou como os médicos, em suas estratégias de ocupação de mercado, se organizaram em entidades de classe para defender seus interesses e intervir nos rumos das políticas públicas de saúde. Adicionalmente, se associaram aos setores industriais de tecnologia material, se tornaram empresários de serviços médicos nas empresas de medicina de grupo e se associaram em cooperativas para vender seus serviços.

Historicamente, como ficou claro, a constituição da Unimed foi a proposta vencedora entre as alternativas buscadas pela categoria médica na década de 1960 em seu projeto de reformatação da medicina liberal. Contribuíram para o seu crescimento desde então, o formato cooperativista – marcado pelo discurso da gestão democrática, da repartição dos ganhos em relação ao trabalho e pela simplicidade de implementação – e o cenário favorável em termos de políticas públicas tanto para o desenvolvimento do cooperativismo (como foi enfatizado no capítulo 2) como para o crescimento da medicina suplementar, como se abordou neste capítulo.

O crescimento e complexificação da Unimed revelaram que o empresarismo cooperativista atendeu aos objetivos dos médicos e construiu, ao longo do tempo, uma organização que ocupa atualmente espaço expressivo no cenário nacional setorial.

Os dois próximos capítulos apresentam, respectivamente a estrutura organizacional da Unimed e sua dimensão no território nacional. O capítulo final procura apontar as tendências frente à nova conjuntura de regulação que se constrói a partir do final do século XX.

NOTAS

- ¹ Hospitais para o atendimento a estrangeiros residentes no Brasil, como portugueses, italianos ou espanhóis, mantidos por associações de solidariedade nacional. (Bahia, informação pessoal à autora).
- ² Pereira-Neto aponta que a Reforma Luis Barbosa instituiu o “complexo pronto-socorro” - dispensário integrado ao sistema filantrópico-liberal. A organização dos serviços de saúde comportava três níveis de atendimento: as “casas de saúde” – para os abastados; os “serviços de urgência” – gratuitos para os indigentes e o “atendimento geral” – para os funcionários do Estado. Com a doutrina pronto-socorrista de Luis Barbosa, o Estado expandiu seu atendimento médico sem romper com o modelo filantrópico-liberal, já que resguardou sua hegemonia no mercado de serviços de saúde (1995: 605).
- ³ O termo coletividades referia-se à organizações mutualistas e filantrópicas (Pereira-Neto, 1995: 603).
- ⁴ Pagamento mensal ao “grupo médico”, pela empresa compradora dos serviços, de uma quantia fixa por trabalhador assegurado, independentemente da quantidade e dos tipos de atos médicos realizados no período.
- ⁵ Dr. Humberto Banal, diretor financeiro da Unimed do Brasil, em entrevista pessoal concedida em 20 de junho de 1998.
- ⁶ Bahia afirma que, apesar da inclusão de novos segmentos, o mercado de planos e seguros não se mostrou imune à recessão, apresentando uma certa retração no volume total de clientes de planos e seguros (Bahia, 2001).
- ⁷ Entre elas: a diversificação de atuação das grandes empresas e da Unimed do Brasil, inclusive no que tange à aquisição e distribuição de medicamentos; o

estabelecimento de associações entre empresas de assistência médica suplementar de distinta natureza jurídico-institucional; a criação de empresas de medicina de grupo de pequeno porte e comercialização de planos por hospitais filantrópicos e a criação de empresas/produtos das grandes empresas dirigidos a clientes de menor renda (Bahia, op. cit.2001).

- ⁸ Segundo a autora é difícil apreender o comportamento dos planos próprios das empresas através dos dados disponíveis.
- ⁹ O pressuposto é de que há uma razão constante de crescimento por unidade de tempo. O modelo matemático é expresso por: $N_x = N_0 (1+r)^{tx-t_0}$, onde:
Nx = número absoluto (de usuários ou cooperados) no ano tx
No = número absoluto (de usuários ou cooperados) no ano to
(1+r) = razão anual de crescimento geométrico.
- ¹⁰ O apêndice 3 traz um levantamento sobre a evolução das Unimed por décadas. Contém a relação das Cooperativas por data de fundação, números atuais de usuários e cooperados e os mapas correspondentes às Unimed existentes em 1970, 1980, 1990 e 2000, segundo região.
- ¹¹ Ver apêndice 3.
- ¹² Presidente da Unimed Seguradora até maio de 2001.
- ¹³ A Unimec EPS é a o braço operacional da Femec – Cooperativa médica criada em 1993, com o apoio da Unimed.
- ¹⁴ A Unimed mantém acordos operacionais de intercâmbio com instituições de saúde da Argentina e Uruguai, que prestam atendimento aos usuários da Unimed nestes países, em casos de urgência e emergência (Unimed do Brasil, 2000).
- ¹⁵ Campos analisa o papel do “Kassabismo” no movimento médico em defesa dos “valores tradicionais da profissão médica”.
- ¹⁶ As respostas mais encontradas frente à pergunta: “qual o conceito de profissional liberal?” foram: 1) ser independente, receber direto do cliente, ter consultório particular; 2) ter liberdade de ação e conduta profissional; e 3) não ter patrão, nem vínculo empregatício.

CAPÍTULO 4

A ORGANIZAÇÃO UNIMED

4.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UNIMED

O Complexo Multicooperativo e Empresarial Unimed é definido como: “a reunião, numa instituição de caráter virtual, de três tipos diferentes de cooperativas, (...) juntamente com instituições não-cooperativas, tanto com espírito não lucrativo, como outras com objetivos de lucro” (Irion, 1998: 99). Reúne dois diferentes “sistemas”, ou segmentos de diferentes atividades e naturezas jurídicas:

A – O **Sistema Multicooperativo** que congrega:

- o Sistema Unimed – cooperativas de trabalho médico;
- o Sistema Unicred – cooperativas de economia e crédito mútuo;
- as Cooperativas Usimed – cooperativas de consumo, para os usuários do Sistema Unimed.

B – O **Sistema Empresarial** que abrange instituições não cooperativistas, representadas por empresas de capital com o objetivo de lucro e uma fundação sem fins lucrativos. São elas¹:

- a Unimed Participações;
- a Unimed Seguradora;
- a Unimed Corretora de Seguros;
- a Unimed Administração e Serviços;
- a Fundação Centro de Estudos Unimed;
- a Unimed Sistemas;
- a Unimed Produtos e Serviços Hospitalares; e
- a Unimed Tecnologia, Comércio, Indústria e Serviços Ltda. (Unintel).

Irion (1998) utiliza um organograma sem linhas de comando para descrever os componentes da organização segundo suas **atividades** (figura 3).

A cooperativa médica desempenha as atividades-fim e meio. As **atividades-fim** caracterizam os serviços prestados diretamente aos cooperados pelas singulares, sendo a principal delas “a abertura de novas oportunidades de trabalho para o quadro social das cooperativas”. Basicamente, resumem-se à comercialização de planos de saúde das cooperativas para empresas ou pessoas físicas. É interessante sublinhar que a atividade-fim é definida tendo como referencial o médico cooperado e não o cliente usuário, como seria o caso, por exemplo, se ela fosse caracterizada como “a oferta ou comercialização de planos de saúde para pessoas físicas ou jurídicas”.

As **atividades-meio** são desempenhadas pelas cooperativas médicas de maior grau de associação – regionais e nacional – e, em geral, representam economia de escala. São exemplos dados como de atividades-meio: a representação política e comercial; a cobertura jurídica para defesa do sistema; a coordenação de operações como o intercâmbio; a normatização de procedimentos e práticas comuns; o fornecimento de serviços especializados; como auditoria, atuária; e a compra em comum de bens e serviços.

As **atividades complementares** são definidas como aquelas passíveis de serem executadas por intermédio de cooperativas especializadas, como a de economia e crédito mútuo e a de consumo.

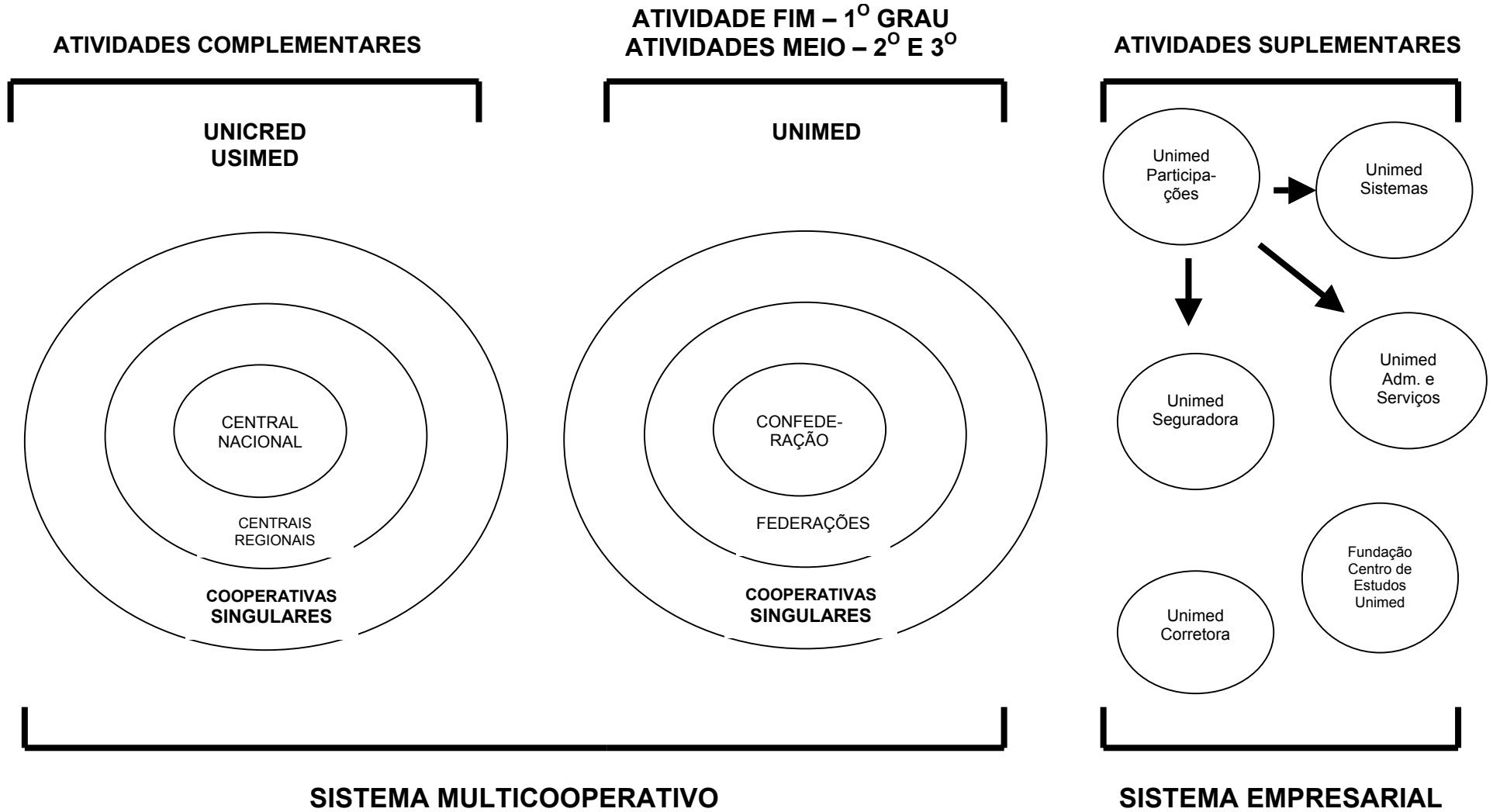
Como **atividades suplementares** são apresentadas aquelas não executáveis por cooperativas e cujos resultados teriam, no futuro, o papel de gerar recursos, suprimindo as necessidades de investimento do complexo. São desempenhadas por empresas de capital, prestadoras de serviços e uma *holding*.

O caráter *virtual* da instituição apontado na definição do complexo, é explicado pelo fato de não existir “direção formal, sede, patrimônio, capital e outras características de uma instituição real” (Akamine, 1997: 104). Essa característica garantiria a autonomia das cooperativas que o constituem e a liberdade de organização nas políticas e negócios.

O organograma no formato usual encontra-se na figura 4. Todos os componentes do Complexo estão submetidos ao Fórum Unimed.

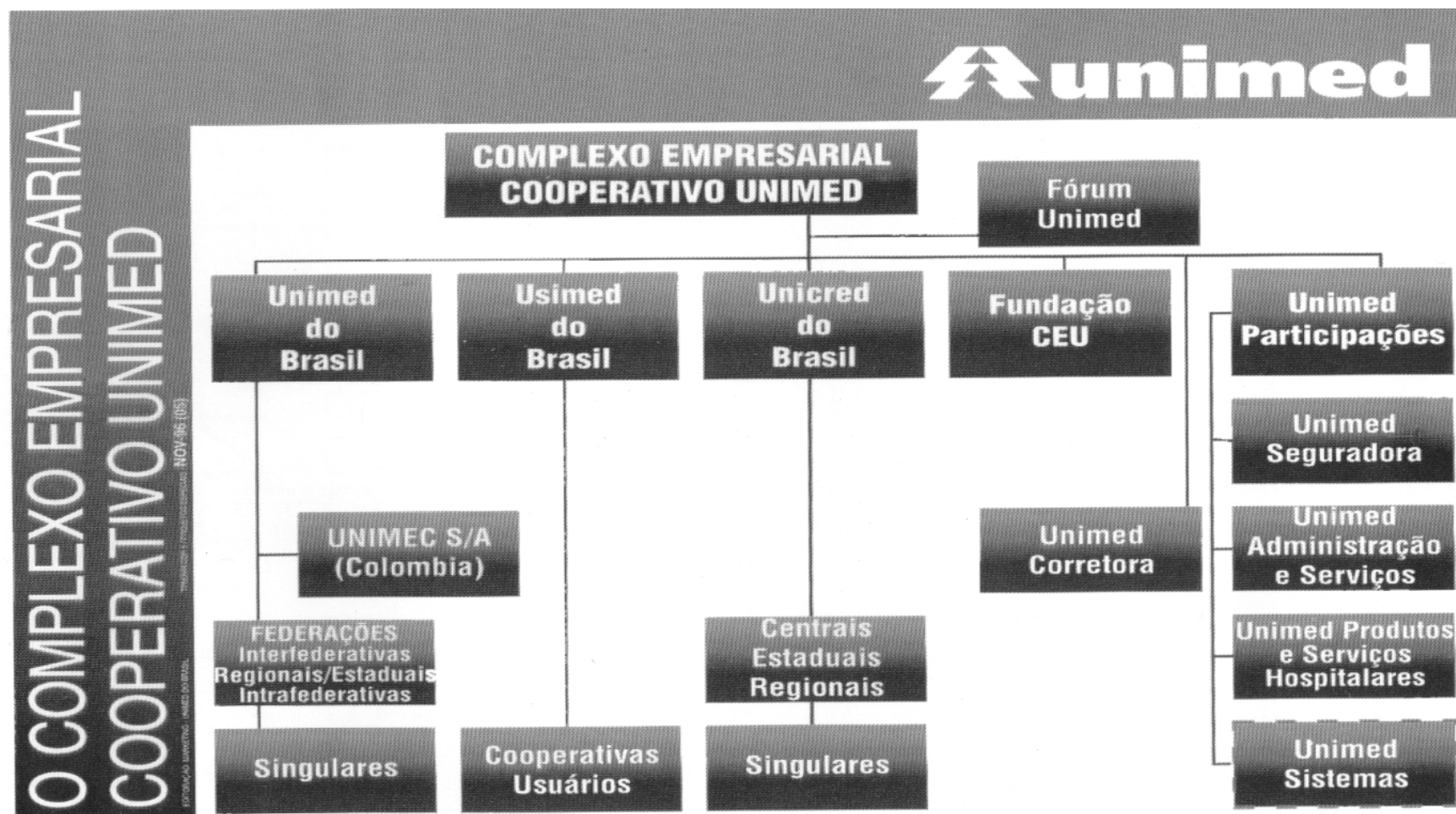
A descrição de suas estruturas é efetuada a seguir.

FIGURA 3. COMPLEXO MULTICOOPERATIVO E EMPRESARIAL UNIMED



Fonte: Irion, 1998: 105.

Figura 4. Organograma do Complexo Empresarial Cooperativo Unimed



Fonte: Unimed do Brasil, 1997.

4.1.1 Os componentes do complexo

O Complexo Multicooperativo Empresarial tem abrangência nacional. É descrito em seus conceitos, princípios e operações, na Constituição Unimed (Unimed, 1997a), revisada em outubro de 1994, anexada no apêndice 4.

Para desenvolver este tópico descreve-se inicialmente as cooperativas que compõem o sistema multicooperativo; a seguir as estruturas do sistema empresarial e, por fim, as características e atribuições do Fórum Unimed.

4.1.1.1 O Sistema Multicooperativo

- **Sistema Cooperativo Unimed**

Como cooperativa, a Unimed negocia, em nome dos profissionais, contratos de prestação de serviços. Trata-se de uma empresa cujo produto final é um conjunto de serviços de assistência médica e hospitalar e cujos clientes podem ser tanto pessoas jurídicas que oferecem assistência médica a seus funcionários – planos de saúde coletivos, como pessoas físicas que compram planos de saúde individuais ou familiares.

Apresenta, como missão, “o objetivo de agregar profissionais médicos para defesa do exercício liberal, ético e qualitativo de sua profissão, com adequadas condições de trabalho e remuneração justa, além de propiciar, à maior parcela possível da população, um serviço médico de boa qualidade, personalizado e a custo compatível” (Unimed do Brasil, 1994).

Sua estrutura está organizada em “cooperativas de diferentes graus”, constituídas como se segue:

- Cooperativas de primeiro grau, ou basilares, denominadas “singulares”, com áreas de atuação exclusivas (um ou mais municípios).

- Cooperativas de segundo grau, ou federações que, dependendo de sua área de atuação, podem ser intrafederativas – estaduais ou regionais – e interfederativas, todas com o mesmo *status* no organograma do sistema. A Central Nacional Unimed, operadora criada em 1998 para atender às determinações da Lei 9.656, é também classificada como de segundo grau.
- Cooperativa de terceiro grau, constituída pela confederação de âmbito nacional.

Os médicos filiam-se às cooperativas de primeiro grau, as quais vinculam-se às federações que, por sua vez, estão ligadas à confederação. A função expressa das cooperativas em todos os graus é prestar serviços aos seus associados e todas elas operam planos de saúde, em geral de cobertura correspondente ao seu nível de agregação.

Duas singulares não podem apresentar coincidência na área de ação e apenas às federações é permitida coincidência parcial. As Unimeds de segundo e terceiro graus podem negociar contratos respectivamente com empresas de âmbito de atuação regional ou nacional. As singulares, em geral, atuam na esfera local, embora também ofereçam planos de abrangência nacional. Os atendimentos são sempre realizados na rede de Unimeds locais, a partir do repasse de pagamento. Este mesmo mecanismo possibilita o intercâmbio de atendimento entre as singulares, conectando a rede de serviços em nível nacional e viabilizando os planos regionais e nacionais.

As interfederativas são em número de seis, representando os pólos geoeconômico-políticos em que foi dividido o mapa do Brasil:

- a região Norte/Nordeste;
- a região Centro-Oeste;
- a região Sul, transformada em Mercosul;
- a região Sudeste, politicamente mais importante, foi subdividida em três interfederativas: Minas; São Paulo e Rio de Janeiro / Espírito Santo.

Em 1997, a Federação Norte/Nordeste decretou-se um grupo dissidente do complexo, fundando a “Aliança Unimed”. Desde então, tem havido uma disputa interna pela adesão das singulares e federações e pelo direito de uso da marca Unimed. Em termos formais, até o momento, o sistema permanece unificado, congregando 364 cooperativas, 90.000 médicos cooperados e 11 milhões de usuários (Unimed, 2000).

As novas normas de regulação provocaram uma mudança importante no organograma do Sistema Unimed. A partir de 1998, foi criada a Central Nacional Unimed, uma cooperativa de segundo grau, que passou a ser a operadora do sistema, responsável pela comercialização dos planos de saúde. As singulares passaram a ser associadas da Operadora e da Confederação. Esta última teve seu quadro diretivo reduzido e passou a representar o “braço institucional e político do sistema” (Dr. Mohamad Akl, presidente da Central Unimed, entrevista pessoal realizada em 24 de maio de 2001).

A estrutura diretiva das cooperativas varia de acordo com o porte e peculiaridades. Entretanto, de acordo com Irion (1994), todas elas apresentam como instâncias decisórias máximas os seguintes órgãos: Assembléia Geral, Conselho Fiscal, Conselho de Administração, Diretoria Executiva, Comissão Técnica e/ou Ética e outras comissões.

A Assembléia Geral é o órgão máximo de cada cooperativa, dirigido pelo seu presidente e constituído pela reunião de todo o quadro social ou por delegados eleitos. Há dois tipos de Assembléias Gerais: a ordinária e a extraordinária. A primeira reúne-se anualmente com pauta específica: reunião dos conselhos de administração e fiscal, aprovação do orçamento e acompanhamento da gestão. As Assembléias Extraordinárias reúnem-se em qualquer época, quando convocadas pelo Conselho de Administração ou Fiscal ou por sócios, para decidir sobre quaisquer assuntos do interesse da cooperativa, como, por exemplo: reforma de estatutos, aprovação ou reforma de regimentos, exame de atos de direção, destituição de diretores, preenchimento de cargos vagos, etc.

O Conselho Fiscal é um órgão independente do Conselho de Administração e responde diretamente à Assembléia Geral. É constituído por conselheiros titulares e suplentes, se reunindo mensalmente. Compete-lhe examinar as contas da cooperativa, além de fiscalizar seus registros e todos os atos administrativos e políticos do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva. O conselho é obrigado a apresentar na Assembléia Geral Ordinária seu parecer sobre o relatório e balanço anual da cooperativa. No exercício de suas funções, independente do Conselho de Administração, da Diretoria Executiva ou do presidente da cooperativa, pode contratar auditoria para assessora-lo. É eleito pela Assembléia Geral é obrigatória a renovação

anual de parte de seus membros. Os integrantes não podem ter laços de parentesco até segundo grau com os integrantes do Conselho de Administração.

O Conselho de Administração é o órgão que estabelece a política administrativa da Cooperativa, em consonância com a Assembléia Geral e os estatutos. O número de conselheiros e a duração do mandato variam segundo os estatutos, mas o mandato não pode exceder quatro anos. É permitida a reeleição de dois terços dos conselheiros. Em geral nas Unimeds, entre os conselheiros, três têm funções específicas: o presidente do Conselho é o presidente da Cooperativa e outros dois integrantes são o vice-presidente e o superintendente. Outras funções, com outras denominações específicas, podem ser dadas a outros conselheiros; os demais, sem funções específicas, recebem a designação de conselheiros vogais.

Os diretores com funções específicas podem receber remuneração mensal e os vogais, remunerações por reunião, denominadas “cédulas de presença”. Ambas devem ser autorizadas pela Assembléia Geral Ordinária.

Os membros do Conselho com funções específicas constituem a Diretoria Executiva. O Conselho se reúne pelo menos mensalmente e a Diretoria Executiva tem expediente diário na cooperativa para gerir os seus negócios. A Diretoria Executiva executa as políticas traçadas pelo Conselho de Administração e a rotina do processo administrativo da cooperativa.

O Conselho é eleito em Assembléia Geral, em processo que pode variar entre dois modelos:

1 - Todo o conselho é eleito em bloco e com igual período de mandato para seus membros. A eleição é feita com a apresentação de chapas completas, com especificação dos candidatos a presidente, vice-presidente, superintendentes e vogais.

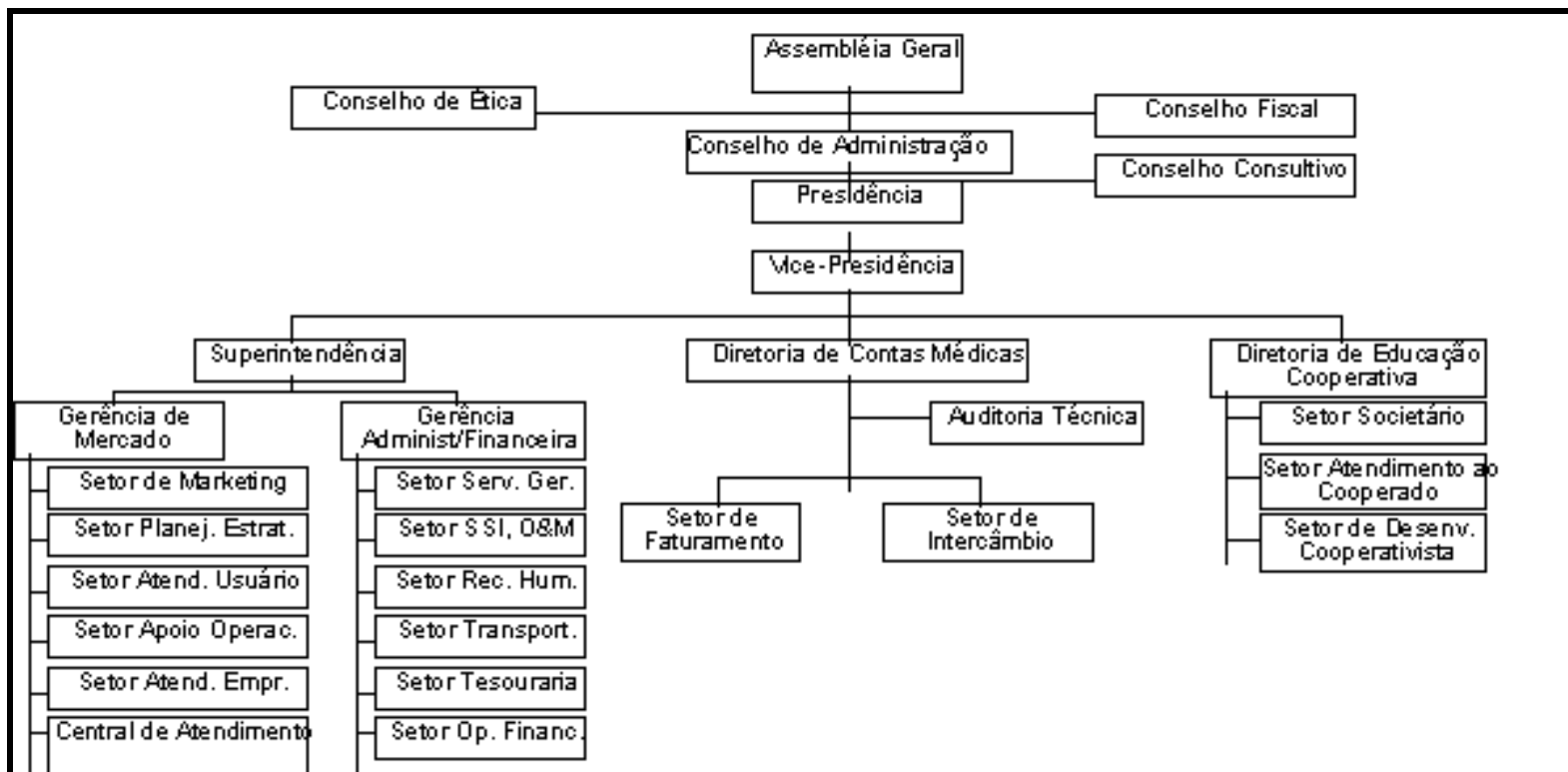
2 - Cada candidato concorre individualmente a uma vaga de vogal. São considerados eleitos os mais votados. O mandato do conselheiro é de três anos e, a cada ano, o conselho renova um terço de seus membros. Para tanto, na primeira eleição realizada nesta modalidade, é conferido mandato de três anos a um terço dos candidatos mais votados. O terço com votação intermediária recebe mandato de dois anos e o terço de candidatos menos votados tem mandato de um ano. Nas eleições seguintes, a Assembléia substitui o terço de conselheiros cujos mandatos se extinguem. Os

membros da Diretoria Executiva são eleitos internamente no Conselho para mandato de um ano.

A Comissão Técnica e de Ética existe para o exame das contas médicas e para verificar e julgar o procedimento dos cooperados em relação aos estatutos e regulamentos da cooperativa. As demais comissões executam as funções para as quais foram criadas.

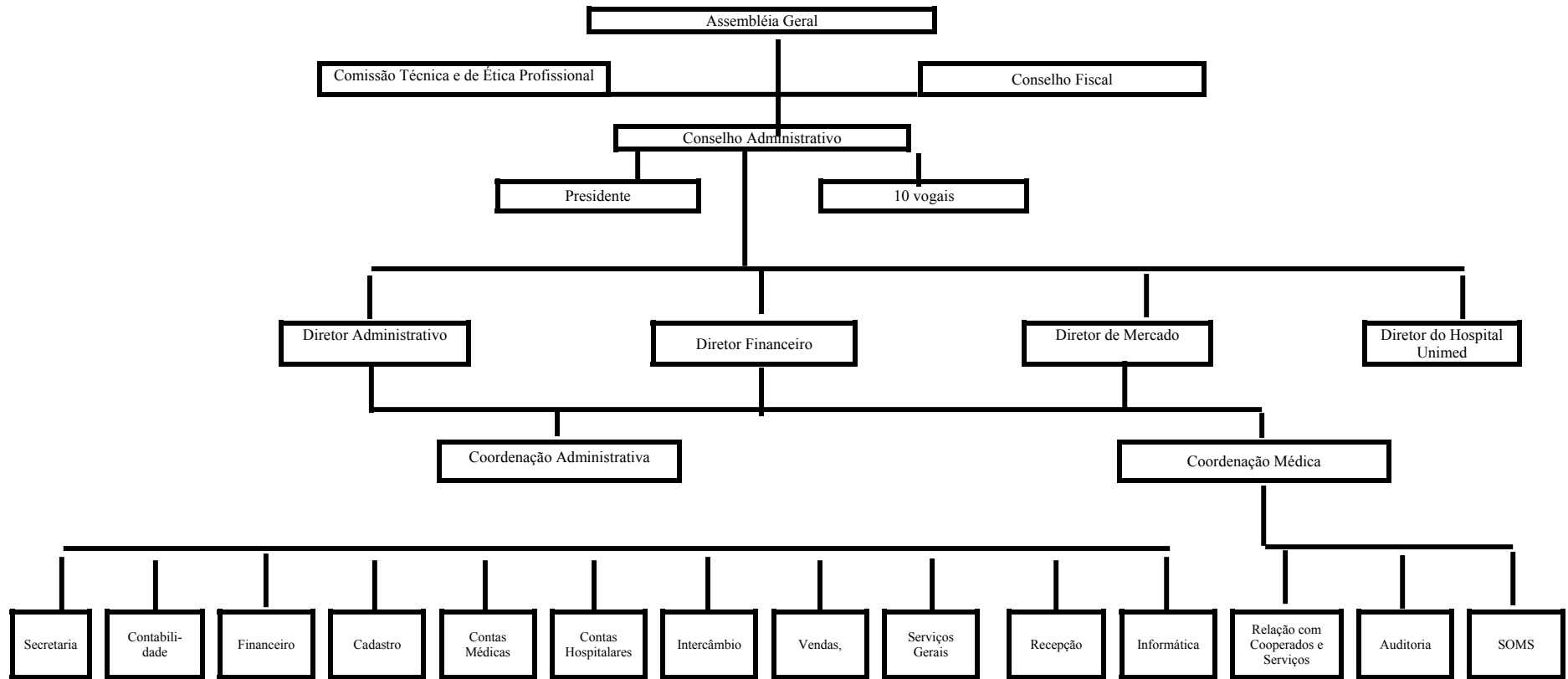
Apresenta-se a seguir a composição referente a três Unimeds Singulares: Florianópolis, Petrópolis e Juiz de Fora. Nota-se que todas possuem os órgãos diretivos citados, com variações na estrutura administrativa.

Figura 5. Organograma da Cooperativa Unimed Florianópolis - 1998



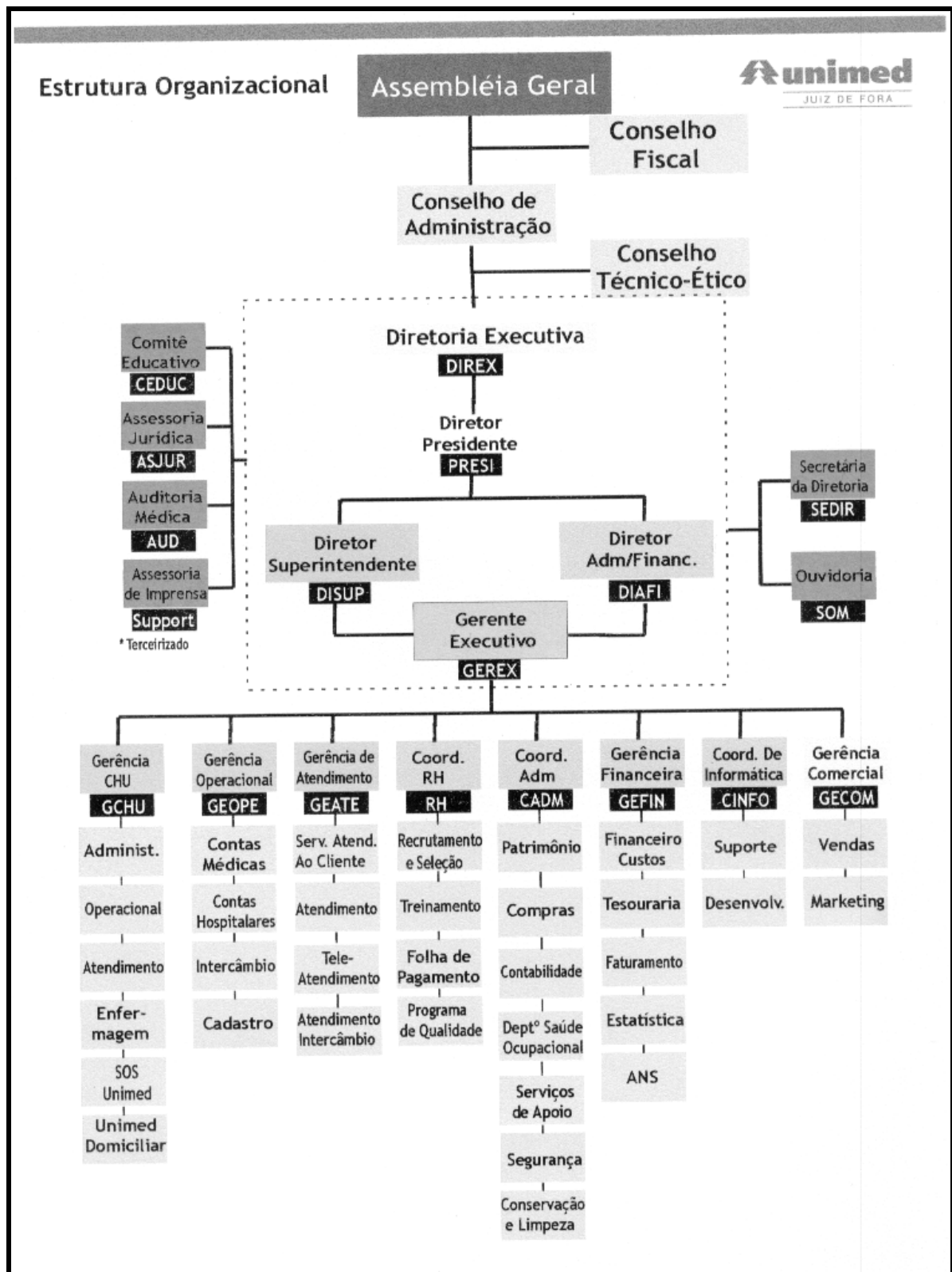
Fonte: Luz, 1998.

Figura 6. Organograma da Cooperativa Unimed Petrópolis - 1997



Fonte: Informado por Dr Miguel Abud Marcelino, Diretor Administrativo até abril de 1997, em entrevista realizada em 20 de janeiro de 1998.

Figura 7. Organograma da Cooperativa Unimed Juiz de Fora - 2001



Fonte: Fornecido por Dr Luiz Augusto Acauan, Gerente Executivo, durante entrevista realizada em 18 de setembro de 2001.

A Unimed Brasil, apresenta estrutura semelhante. Até 1997, constituíam seus órgãos sociais: a Assembléia Geral, composta por delegados das 32 Federações, o Conselho Administrativo, composto pelos presidentes das 32 Federações, a Diretoria Executiva e o Conselho Fiscal.

Após este ano, o estatuto social foi alterado em dezembro de 1998 e dezembro de 2000. A última alteração a que se obteve acesso para realizar esta pesquisa² extingue o Conselho Administrativo e cria o Conselho Confederativo, seu correlato.

No relatório de gestão da Unimed do Brasil de 1997-2000 (Unimed do Brasil 2001), constam como órgãos sociais: Diretoria Administrativa, Conselho Fiscal, Conselho Deliberativo, com 10 representantes de Federações, certamente correlato ao Conselho Administrativo e Conselho Confederativo, composto por 19 representantes de Federações. A maioria dos representantes que estão no Conselho Deliberativo compõe também o Conselho Confederativo.

O Sistema Unimed representa a estrutura que deu origem, em 1967, ao que se tornaria, com o tempo, o Complexo Organizacional. É a face mais visível da organização, que, como já foi dito, desempenha sua atividade fim. Os demais componentes do Complexo Multicooperativo e Empresarial Unimed surgiram como decorrência da demanda da cooperativa médica, complementando ou suplementando suas atividades.

• Sistema Cooperativo Unicred

O Sistema Unicred desempenha, segundo Irion (1994), a atividade complementar de poupança e crédito. Fundado em 1989 para movimentar os recursos financeiros gerados pela organização, congregava, em 1997, 86 cooperativas e 26 mil cooperados (Unimed, 1997b: 15).

Embora seja um contingente expressivo, representa apenas 30% dos médicos cooperados, o que evidencia um grau de adesão ainda bastante modesto para os quase dez anos de existência da Unicred. Esse sistema é constituído de:

- Cooperativas de primeiro grau – destinadas à prestação de serviços às singulares médicas, seus cooperados e demais funcionários; excepcionalmente, pessoas jurídicas que sejam micro e pequenas empresas com objetivos iguais aos de pessoas físicas; e a pessoas jurídicas sem fins lucrativos, cujos sócios integrem as singulares.
- Cooperativas de segundo grau, ou centrais, constituídas pela associação de três ou mais singulares, para prestação de serviços a elas e a seus cooperados.
- Cooperativa de terceiro grau, constituída pela Central Nacional, com área de ação em todo o território nacional.

- **As Cooperativas Usimed**

Como mencionado em capítulo anterior, as cooperativas de consumo Usimed foram instituídas com o objetivo de promover o acesso dos usuários a preços mais vantajosos de medicamentos, materiais e equipamentos, remoção programada de pacientes e assistência prestada por profissionais não-médicos (como enfermagem, psicologia, odontologia, fonoaudiologia).

Iniciado em 1993, teve como objetivo principal a formação de uma rede de farmácias, atualmente gerenciadas por vinte cooperativas e sessenta mil usuários (Unimed, 1997b: 15). O argumento apresentado foi o “compromisso social” do profissional médico de viabilizar o tratamento para o usuário da Unimed, ensejando a aquisição de medicamentos a preços menores que os praticados pelo restante do mercado.

Outra vantagem apontada pelo diretor financeiro da Confederação Unimed e presidente fundador da Usimed Petrópolis foi a qualidade dos medicamentos comercializados e a garantia de que não se pratica “empurroterapia”, prática que consiste em induzir o usuário a consumir determinados medicamentos que, em geral, implicam ganhos (comissão) para os balconistas das farmácias. (Dr. Humberto Banal Batista da Silva, em entrevista concedida em 20 de junho de 1998)

Tendo em vista que o Código de Ética Médica, em seu artigo 98, proíbe o exercício da profissão “com interação ou dependência de farmácia”, os médicos foram

transformados juridicamente em “consumidores” e, em conjunto com os usuários da Unimed, tornaram-se cooperados da Usimed.

4.1.1.2 O Sistema Empresarial Unimed

O Sistema Empresarial foi criado para possibilitar o desenvolvimento de atividades que, por força de legislação, não poderiam ser desenvolvidas por cooperativas. Para garantir o controle sobre essas empresas, foram formulados princípios orientadores com o objetivo de levá-las a permanecer exclusivamente a serviço do Complexo Unimed. São eles:³

- (i) o Sistema Unimed deve ter a maioria do capital votante para assegurar o controle das empresas;
- (ii) no caso de instituição organizada sob a forma de sociedade anônima, é admissível a participação acionária de médicos cooperados ou de outras instituições fora do complexo, desde que subscrevam ações preferenciais (sem direito a voto);
- (iii) toda empresa criada deve estar a serviço do complexo, constituindo-se em instituição-meio e não em instituição-fim por si mesma;
- (iv) a direção de cada empresa será exercida pelo diretor da Unimed do Brasil à qual se vincula a atividade principal da instituição;
- (v) nenhum diretor da Unimed do Brasil pode acumular, com sua função na diretoria da Confederação, mais de um cargo remunerado no Sistema Empresarial;
- (vi) o processo decisório nas empresas, sempre que a legislação permitir, obedecerá ao princípio cooperativista da singularidade do voto.

Vale lembrar que a regra vigente é que o controle das empresas deve ser exercido, sempre que não houver impedimento legal, por médicos. Segundo informação do diretor financeiro da Unimed do Brasil, os princípios (iv) e (vi) já não mais vigoravam em 1998.

• **A Unimed Seguradora S.A.**

A seguradora tem como atividade complementar ao sistema Unimed a geração de resultados financeiros (Irion, 1994). Surgiu em 1989, para atuar no ramo de seguros de vida, previdência e saúde. Trabalha com clientelas específicas para cada produto, como mostra o quadro 10. A especificação de clientelas visa complementar e não concorrer com os planos de saúde comercializados pela cooperativa de trabalho médico. Os seguros-saúde são disponíveis para médicos cooperados e para estratos superiores das empresas contratantes do Sistema Unimed.

Quadro 10. Produtos e público-alvo da Unimed Seguradora, 1998

Tipos de Seguro	Público-alvo
Seguro de vida em grupo	Médicos cooperados Usuários dos planos de saúde Funcionários de empresas contratantes do sistema Funcionários das cooperativas do sistema Associados e funcionários de outras cooperativas
Seguro de renda temporária	Médicos cooperados Funcionários do sistema Associados de outras cooperativas Empresas contratantes do sistema
Seguro prestamista	Cooperados do Sistema Unimed Cooperados do Sistema Unimed, organizados em consórcios de aquisição de bens
Seguro-franquia	Cooperativas do Sistema Unimed Cooperativas do Sistema Usimed Empresas contratantes (por custo operacional) do Sistema Unimed
Seguro-saúde	Médicos cooperados Dirigentes das empresas contratantes do Sistema Unimed

Fonte: Irion (1998: 112).

A Unimed Seguradora tem por missão “fortalecer o complexo Unimed, promovendo e desenvolvendo produtos e ações comerciais, no mercado nacional e internacional de seguros, voltados principalmente às operações das cooperativas, no

atendimento de suas necessidades”. Segundo consta nos documentos institucionais, os seus principais objetivos visam (Unimed do Brasil, 1998b):

- estreitar a parceria com o sistema Unimed, transferindo tecnologia de seguros e de administração de riscos para as Unimeds;
- absorver riscos que, pela sua potencialidade ou frequência não devam ser retidos pelas singulares;
- gerir os recursos decorrentes da transferência de riscos dos cooperados, singulares, funcionários e usuários do sistema Unimed, fortalecendo sua estrutura econômico-financeira;
- oferecer às cooperativas coberturas aos seus cooperados, garantindo o aumento de sua fidelidade ao sistema;
- complementar os produtos das singulares com coberturas adicionais que os tornem mais competitivos.

A Seguradora é uma sociedade anônima. Tem ações ordinárias (com direito a voto) e preferenciais (sem direito a voto). Segundo Dr. João Irion, diretor da Seguradora até 2001, para constituí-la as Unimeds foram convidadas a subscreverem ações ordinárias, para que elas fossem as donas, decidissem e votassem.

Na época, era exigida a existência de um sócio majoritário conhecido. Como a Unimed do Brasil não possuía recursos suficientes, foi constituída a Unimed Participações. As cooperativas investiram recursos na Participações e esta subscreveu as ações ordinárias da seguradora. Como detém a maioria destas ações, é quem define os rumos da seguradora. Existem ainda ações preferenciais distribuídas por algumas Unimeds e entre 5.500 médicos. Feito o balanço da seguradora, os lucros são distribuídos entre os acionistas. No caso das ações ordinárias é repassado à Participações, que os distribui entre as cotistas, proporcionalmente ao número de cotas. (entrevista pessoal concedida em 24 de maio de 2001).

Ainda segundo Dr. Irion, aproximadamente 260 Unimeds são cotistas, cerca de 70% das existentes. Algumas são pequenas. Muitas saíram após a cisão de 1998, vendendo suas cotas. Outras foram criadas depois e não subscreveram ações. As cooperativas não são sócias diretas da seguradora. Os médicos são. No caso das cooperativas quem é remunerada é a Participações.

Além de diversificar a atuação da Unimed no mercado de assistência médica supletiva, o patrimônio da Seguradora é moeda de troca em licitações onde o patrimônio de uma cooperativa não permite sua entrada na disputa. Mais uma vez é Dr. Irion quem explica de que forma:

O negócio das licitações é o seguinte: o ministério das comunicações, por exemplo, faz um edital, com tomada de preços para empresas que têm R\$20 milhões. Para comprar planos ou seguros de saúde é uma coisa covarde. A Unimed de Brasília não tem R\$20 milhões. E não pode ela dar em garantia o capital da seguradora. A seguradora vai lá e se apresenta para a licitação. Eu ganho a licitação e quem executa é a Unimed. Aí tem um contrato daqui com a Unimed de lá para ela me prestar serviço. Mas o usuário, se quiser, vai em qualquer médico. Se o usuário de Brasília quiser ir em Santa Maria ou Belém ele pode. E a seguradora tem contrato com todas. O contrato é da Unimed Seguradora, mas ela usa e paga os serviços da cooperativa.

Por outro lado, vamos imaginar que o patrimônio da seguradora seja R\$13 milhões. Aí um órgão qualquer faz uma licitação e diz que para entrar nesta licitação precisa de um capital de R\$2 milhões. A operadora pode entrar e nós também. A nossa postura é dar à operadora a preferência para o contrato. Nós entramos quando não há outra forma do sistema Unimed entrar na competição. Nós estamos aí para ocupar o espaço vago. Para não deixar a concorrência ocupá-lo” (op. cit.).

Outra importante contribuição apontada pelos dirigentes é a transferência de tecnologia de seguros da Seguradora para a cooperativa. Chama a atenção, por exemplo, o estímulo e a capacitação para utilização de técnicas atuariais, que não eram utilizadas na Unimed do Brasil e, ainda hoje, são desconhecidas pela maioria das Singulares do Sistema Unimed. Na área de auditoria percebe-se também a influência da Seguradora na Unimed do Brasil. Em 1998, a responsável pelo setor de auditoria médica desta última⁴ apontava o contraste existente entre a sofisticação e profissionalização das técnicas utilizadas pela Seguradora e os métodos e critérios amadoristas em voga na Cooperativa. Aos poucos a Unimed do Brasil estaria absorvendo, em várias áreas, o *know how* da Seguradora.

Parte significativa dos ganhos da Seguradora é repassada para o Sistema Unimed, principalmente na forma de pagamento por serviços prestados e, para as cooperativas de diversos níveis que são cotistas, através da remuneração de capital. No ano 2000, as Unimeds que prestaram serviços à Seguradora foram remuneradas conforme a tabela 9, proporcionalmente a estes serviços, recebendo cerca de 43% do total do faturamento líquido (prêmio retido) da Seguradora. Vale citar que a sinistralidade informada pela

Seguradora para este ano foi de 73% (Unimed Seguradora, 2001), o que sugere que os segurados utilizam serviços também fora do Sistema Unimed.

Tabela 9. Distribuição do faturamento declarado no balanço financeiro da Unimed Seguradora – 2000

Distribuição do faturamento	Valor em R\$mil	%
Faturamento líquido (prêmio retido) 2000	155.909	100
Transferido para Unimeds:	67.484	43,3
<i>pro-labores</i> (comissão administrativa)	5.045	3,2
seguro franquia	11.507	7,4
<i>plus</i> e uniseg (atendimento médico aos segurados)	50.032	32,1
Patrocínios	900	0,6

Fonte: Unimed Seguradora (2000).

Também no ano 2000, foram repassados R\$ 2.344.000,00 para a Unimed Participações, para remuneração do capital às cotistas. Apenas 22 sócias detêm parcela superior a 1% do capital social. A Unimed Belo Horizonte detém o maior número de cotas (10,42%) (Unimed Participações, 2000).

Apesar da participação desigual, a Seguradora apresenta um retorno de receita para as cooperativas, que contribui para capitalizar o sistema Unimed, cumprindo sua função suplementar.

- **Unimed Participações Ltda.**

É a empresa *holding* do Sistema Empresarial, com a função de investir e controlar as demais empresas de capital do sistema. É uma sociedade por quotas, sendo seus quotistas as cooperativas médicas e de crédito. Controla a Unimed Seguradora, a Unimed Administração e Serviços e, a partir de janeiro de 2001, a Unimed Corretora, ditando as políticas administrativas e negociais, e preenchendo os cargos diretivos de todas.

Segue o princípio cooperativista da livre adesão, permanecendo aberta ao ingresso das cooperativas que ainda não a integram ou que venham a ser fundadas no futuro. O princípio da singularidade do voto, isto é, cada cooperativa quotista tendo direito a um

voto, independente do capital aplicado na empresa, foi substituído pelo voto proporcional ao capital. Da mesma forma, o lucro é distribuído entre as quotistas na proporção do capital que cada uma empregou na Unimed Participações, diferente do que rege o princípio cooperativista da distribuição das sobras conforme o trabalho. Este dispositivo de distribuição dos lucros introduz no Complexo um mecanismo de capitalização das Singulares cotistas regido pela mais estrita lógica dos empreendimentos capitalistas.

• **A Unimed Corretora de Seguros**

A missão da corretora é colocar no mercado os produtos da seguradora, não mantendo, no entanto, exclusividade, uma vez que esta função pode ser transferida para outras corretoras locais. Pode atuar também como intermediária em outros seguros não operados pela seguradora do complexo.

Noventa e nove por cento do capital da corretora são de propriedade da Unimed Participações; 1%, de um corretor habilitado.

• **A Unimed Administração e Serviços**

Foi criada para racionalizar processos e produzir economia de escala, eliminando estruturas de mesma natureza existentes nas diversas unidades do complexo. Atualmente, unifica os sistemas de apoio – contabilidade, controladoria, recursos humanos, compras, administração de patrimônio, etc. – da Confederação Unimed, da Seguradora, da Corretora e da Unimed Participações e da Central Nacional Unimed, tendo pouca expressão nas singulares.

• **A Fundação Unimed**

A Fundação Unimed, criada como Fundação CEU – Centro de Estudos Unimed, é a expressão de um dos princípios cooperativistas: o doutrinamento. Não tem fins lucrativos e sua missão é divulgar o cooperativismo em geral e aquele praticado no Complexo Unimed. Visa também “servir como ponto de apoio para os Comitês

Educativos das Cooperativas, centralizar acervos e talentos, realizar pesquisas, formar educadores e treinar dirigentes e funcionários do complexo” (Irion, 1998: 113).

Seu patrimônio é originado de doações públicas ou privadas e, principalmente, de contribuições das entidades do complexo. Além dessas fontes de receita, a fundação conta com rendimentos de suas próprias atividades.

- **A Unimed Tecnologia, Comércio, Indústria e Serviços Ltda. (Unintel) e a Unimed Sistemas**

O Complexo Unimed possui também empresas voltadas ao desenvolvimento de tecnologias de informação. A Unimed Tecnologia, Comércio, Indústria e Serviços Ltda. – Unintel, foi criada recentemente com o objetivo de produzir internamente o sistema de transmissão de dados que será utilizado por federações e singulares. Inclui a produção de máquina leitora de cartões de usuários e a implantação e gerência de um sistema de transmissão de informações via satélite.

Já a Unimed Sistemas tem como objetivo a pesquisa e o desenvolvimento de produtos e serviços relacionados à organização e tecnologia da informação. Estão entre suas atribuições o treinamento gerencial e operacional e a implantação de sistemas/aplicativos. Apesar de descrita como parte do Sistema Empresarial por Akamine (1997), não chegou a ser uma empresa isolada, constituindo-se no Departamento de Telemática da Unimed do Brasil.

- **A Unimed Produtos e Serviços Hospitalares**

O primeiro hospital próprio surgiu no fim da década de 1980, em Brasília. Em 1992, o complexo contava com oito hospitais próprios e, em 2000, com 57. A Unimed Produtos e Serviços Hospitalares, conhecida como Unimed Hospitais, foi criada em 1995 para possibilitar economia de escala e dar subsídios e sustentação tecnológica para seu conjunto hospitalar. Apesar de sugerir a existência de uma rede integrada e administrada por uma empresa do complexo, a criação de novos hospitais e o seu gerenciamento são de iniciativa e responsabilidade locais. A empresa congrega poucos hospitais e sua atuação está restrita à área de compras.

A Unimed, na última década buscou estimular a aquisição de recursos próprios pelas singulares para diagnóstico e tratamento, inclusive hospitalar. Esta função, entretanto, tem sido exercida pelo Departamento de Planejamento e Desenvolvimento da Unimed do Brasil.

Com exceção do Sistema Unimed, os demais componentes que constituem os segmentos do Complexo Multicooperativo e Empresarial Unimed têm um grau limitado de independência administrativa, estando submetidos verticalmente à direção central da Unimed do Brasil, como se verá na descrição da constituição e funções do Fórum Unimed.

4.1.1.3 O Fórum Unimed:

A Constituição Unimed (Unimed, 1997a) introduziu a figura jurídica do Fórum Unimed como instância máxima da organização. Sua finalidade é “preservar os princípios do Complexo e manter a integridade dos sistemas, a harmonia entre as sociedades que os compõem e garantir ações integradas”.

É formado por todos os conselheiros administrativos da Unimed do Brasil, com direito de voz e voto previstos no estatuto. Sempre que uma questão em decisão tratar de assunto específico do Sistema Unimed ou Usimed, o diretor responsável pela área respectiva terá direito de voto.

A função normativa que cabe ao Fórum abrange, entre outros assuntos:

- uso do nome e marcas Unimed, Unimed e Usimed e das empresas do Complexo;
- assuntos internacionais de qualquer natureza;
- tributos e contribuições sociais, federais, estaduais ou municipais;
- Plano de Extensão Assistencial - PEA (que é uma das principais fontes de receita da Unimed do Brasil);
- intercâmbio nacional;

- uniformização nacional de procedimentos e rotinas e relacionamento intercooperativo nacional;
- relacionamento não associativo das cooperativas e as empresas do complexo;
- participação das cooperativas em sociedades, cooperativas ou não, em que se envolvam por qualquer forma o nome e as marcas do complexo;
- decidir sobre divergências internas entre as cooperativas de quaisquer graus.

O Fórum Unimed é a instância decisória máxima da organização, órgão responsável pelas questões estratégicas, sendo constituído fundamentalmente pelos integrantes da Unimed do Brasil que, por sua vez, é o organismo central do Sistema Unimed. Assim, o poder decisório sobre todo o complexo é centralizado na cooperativa médica.

Vale ressaltar que o Sistema Unimed é descentralizado. As Singulares têm alto grau de autonomia administrativa e gerencial. Entretanto, as decisões estratégicas que envolvem o Complexo são centralizadas na Unimed do Brasil. As Unimeds locais podem ter interfaces com os outros componentes mas não através de relação de subordinação. Dito de outro modo: em nível local, a Unimed não tem ingerência sobre outras estruturas que existam na mesma área geográfica, como Unicred, Usimed e Seguradora, que operam ligadas verticalmente a seus sistemas dentro do Complexo.

4.2 A ESTRUTURA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

A rede de serviços ambulatoriais da Unimed, fiel às suas origens históricas, está fortemente calcada nos consultórios privados dos médicos cooperados, contabilizados em 90 mil no ano 2000 (Unimed do Brasil, 2001).

Como rezam as regras do cooperativismo, sua participação nos ganhos da cooperativa é proporcional ao trabalho e não ao capital investido. Em última análise, equivale à remuneração por produtividade, com a peculiaridade de ser proporcional à receita líquida da cooperativa. A seguir, um detalhamento sobre o regime de contratação e pagamento dos médicos cooperados:

Na cooperativa os médicos são, simultaneamente, sócios e prestadores de serviços. Em alguns casos, podem ser funcionários de cooperativas, percebendo salários, como auditores ou plantonistas de hospitais próprios, mas, em sua maioria, são cooperados, recebendo pagamento proporcional à sua produção (isto é, quantidade e tipo de procedimento).

A produção do cooperado é calculada em termos de unidades de trabalho médico (UTs), sendo seu ganho correspondente à multiplicação do número de UTs realizado pelo valor estipulado para as mesmas.

A quantidade de UTs contida em cada procedimento médico corresponde à quantidade de *Coefficientes de Honorários* (CHs) publicada na *Tabela de Honorários* da Associação Médica Brasileira (AMB), sem considerar seu valor monetário. Tomando-se como exemplo uma consulta médica, se a tabela da AMB traz a correspondência a 100 CHs, para o sistema Unimed uma consulta equivaleria a 100 UTs. Assim, a tabela da AMB é referência é apenas na composição dos procedimentos.

O valor da UT é determinado por cada cooperativa, utilizando a fórmula que se segue:

<p>Unidade de Trabalho Médico:</p> $\frac{\text{Receita líquida (+/-) margem de segurança}}{\text{produtividade total (em número de CHs)}}$

Onde:

Receita líquida é igual à *Receita Operacional Direta* da cooperativa (que advém, principalmente, do faturamento com a comercialização de planos de saúde) menos as *Despesas Operacionais Diretas* (gastos com serviços hospitalares, de diagnóstico e terapia e no intercâmbio com outras Unimeds), e *Indiretas* (de expediente, conservação e pessoal). A receita líquida é chamada de “Resultado Distribuível aos Donos” (Irion, 1998).

Margem de segurança é o valor retirado da receita líquida em meses de alta produtividade ou adicionado em meses de baixa produtividade para manter o valor da UT estável. Na prática, o profissional recebe com base em uma UT constante durante o exercício contábil e, ao final deste, há um rateio dos resultados alcançados, sejam positivos ou negativos.

Produtividade total é a quantidade total de procedimentos realizados pelo conjunto de médicos da cooperativa.

O valor da UT e, em última análise, a remuneração do cooperado, pode variar no tempo e apresenta diferenças entre as cooperativas, como mostram alguns exemplos na tabela 10. Em 1998, o menor valor pago foi R\$ 0,18 e o maior R\$ 0,33, sendo a média R\$ 0,26. No mesmo ano, a maioria das singulares estipulou em R\$ 0,25 o valor da UT. Considerando a correspondência à tabela da AMB de 1992 (1 consulta igual a 100 CHs), a maioria das singulares pagou R\$ 25,00 a consulta, sem incluir outros procedimentos realizados durante o atendimento.

Tabela 10. Valores de UTs praticados por algumas Unimeds Singulares em 1998

Unimed	Valor da UT (em R\$)	Unimed	Valor da UT (em R\$)
Santos	0,18	Itaperuna	0,27
Oeste do Paraná	0,20	Joinville	0,27
Campina Grande	0,22	Litoral Sul	0,27
Poços de Caldas	0,22	Lorena	0,27
Vale Urucuaia	0,22	Norte Pioneiro	0,27
Três Rios	0,24	Ponta Grossa	0,27
Vitória	0,24	Santa Bárbara	0,27
Araçatuba	0,25	Santa Rosa	0,27
Araras	0,25	Volta Redonda	0,27
Caicó	0,25	Batatais	0,28
Caruaru	0,25	Niterói – São Gonçalo	0,28
Guarulhos	0,25	Nova Iguaçu	0,28
Juiz de Fora	0,25	Teresópolis	0,28
Muriaé	0,25	Bauru	0,29
Patos	0,25	Itapena	0,29
Patos de Minas	0,25	Itapetinga	0,29
Patrocínio	0,25	Ourinhos	0,29
Pedro Leopoldo	0,25	Rio Claro	0,30
Pelotas	0,25	Apucarana	0,30
Petrópolis	0,25	Birigüi	0,30
Piracicaba	0,25	Brasília	0,30
Ribeirão Preto	0,25	Livramento	0,30
S. J. Campos	0,25	Rio de Janeiro	0,30
São José do Rio Pardo	0,25	Tijuí	0,30
Costa Verde	0,26	R. G. Norte	0,33
Bagé	0,27		
Média	0,26		
Moda	0,25		

Fonte: Pesquisa realizada pela Gerência Médica da Unimed – Petrópolis/RJ.

Quanto maior a receita líquida, denominada “sobra”, maior o valor recebido pelo profissional. Este mecanismo de cálculo, além de depender da capacidade da cooperativa em otimizar a relação entre receitas e despesas indiretas, tem forte correspondência com o grau de utilização dos serviços pelos usuários. Num contexto de pouca utilização dos serviços, os médicos trabalhariam menos, recebendo um valor maior por cada ato ou procedimento. Entretanto, na percepção imediata do médico, a remuneração é fruto direto de sua produtividade, fato que, na prática, pode levá-lo a estimular uma maior utilização por parte dos usuários. Quando presente, esta distorção aumenta as despesas e diminui a receita líquida.

O mecanismo descrito de remuneração do trabalho médico é a regra observada no Sistema. Entretanto, ocorrem casos em que a remuneração do médico pode variar de acordo com o plano contratado pelo usuário. Na explicação de Dr Irion:

Em algumas Unimeds existe um diferencial de pagamento, de acordo com os planos (A, B, ou C). O médico que atendeu o usuário do plano A recebe o que o plano lhe permite. Por exemplo, em Santa Maria, nós fazíamos assim: o usuário que contratou um plano de saúde para atendimento em enfermaria, nós pagávamos uma vez a tabela da Unimed. Se ele fosse um usuário que contratou assistência médica em apartamento, nós pagamos duas vezes a tabela.

O mesmo se aplica às consultas: uma consulta vale, por exemplo, 50 Uts. Você é usuário do plano A, correspondente a 50 UTs. Eu sou usuário do plano B, cuja consulta é remunerada a 100 Uts. O médico que atendeu a nós dois vai ter 150 Uts, não interessa quantas consultas foram (entrevista pessoal concedida em 24 de maio de 2001).

Outra modalidade que introduz o pagamento diferenciado ao médico também é citada por Irion como praticada sob sua gestão em Santa Maria:

Lá em Santa Maria, quando eu era presidente, nós tínhamos um plano que consistia no seguinte: o usuário pagava metade da consulta ao médico. Então na carteira estava escrito: conceder 50% de abatimento na consulta. Então você ia no consultório, a consulta dele era R\$100,00, ele lhe cobrava R\$50,00 e a Unimed pagava uma vez a sua tabela. Digamos que fosse R\$30,00. Então ele ganhava 80 do usuário deste plano. No outro plano, comum, ele ganhava só R\$30,00. Era muito interessante, porque, vamos supor que o médico cobrasse R\$50,00 a consulta. Ele recebia R\$25,00 do paciente e R\$30,00 da Unimed, ou seja, recebia mais do que em consulta particular. Os médicos gostavam e me diziam assim: aquele teu plano da meia entrada é uma beleza! (op. cit.).

Enquanto as consultas ambulatoriais são prestadas nos consultórios particulares dos médicos cooperados, o sistema de apoio ao diagnóstico e tratamento (SADT) e a rede hospitalar são formados principalmente por serviços credenciados. A remuneração dos prestadores (como hospitais e laboratórios) é baseada na Unidade de Serviços (US), com valor fixo e reajustes previamente acordados. Os prestadores de serviços não participam dos resultados da cooperativa.

Desde o final dos anos de 1980, a Unimed tem incentivado a criação de recursos próprios (tanto hospitais, pronto-atendimentos e laboratórios como farmácias, através da Usimed). Para alcançar esse objetivo, a Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação tem trabalhado junto às singulares e regionais. Como resultado, observa-se um incremento ao longo do tempo, como mostra a tabela 11.

Tabela 11 . Evolução dos recursos próprios - Unimed

Recursos	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000^(*)
Hospitais	10	13	17	21	33	36	40	42	53
Pronto Atendimento	13	26	34	40	47	51	Não disponível	Não disponível	64
Ambulâncias	--	--	13	22	79	179	Não disponível	Não disponível	Não disponível

OBS: A discrepância entre o número de recursos próprios informados para 2000 em relação a outras tabelas deste capítulo, provavelmente deve-se a uma informação defasada no relatório de Gestão de 1997-2000 (Unimed, 2001)

Fontes: Unimed do Brasil, 1998b e 2001.

A rede disponível em 2000, segundo a Unimed do Brasil (2001), consta da tabela 12. Apesar dos esforços da Confederação, nota-se a preponderância absoluta dos recursos credenciados em detrimento dos próprios. Menos de 2% dos hospitais, laboratórios e centros de diagnose da Unimed são próprios.

Tabela 12. Rede de atendimento da Unimed^(*) - 2000

Situação	Hospitais	Laboratórios	Centros de diagnose	Clínicas	Pronto-atendimentos
Credenciados	3564 (98,4%)	1500 (98,7%)	4500 (99,8%)	6500 (100,0%)	Não informado
Próprios	57 (1,6%)	20 (1,3%)	8 (0,2%)	--	65 (100,0%)
Total	3621 (100,0%)	1520 (100,0%)	4508 (100,0%)	6500 (100,0%)	65 (100,0%)

(*) exceto consultórios médicos.

Fonte: Unimed do Brasil, 2001

Em relação à rede de provedores existente no país, em 1999, existiam cerca de 7.806 hospitais no Brasil, 4.371 dos quais prestavam serviços a planos de saúde para terceiros⁵. Supondo que não tenha havido alteração substancial no ano seguinte, a Unimed mantinha como credenciados cerca de 82% dos hospitais vinculados a planos de saúde e 46% dos hospitais existentes.

Os 57 hospitais próprios existentes em 2000 ofereceram cerca de três mil leitos e eram predominantemente de pequeno porte (tabela 13). Entre aqueles com dados disponíveis, apenas cinco tinham mais de 100 leitos; 39% apresentam menos de 40 leitos e 84% menos de 80. A julgar pelo porte, certamente são também de baixa complexidade tecnológica.

Tabela 13. Hospitais próprios da Unimed, com número de leitos conhecido, segundo categoria de número de leitos - 2000

Categoria	Hospitais	
	Número	%
Até 40 leitos	19	38,8
41-80	22	44,9
81-120	5	10,2
120-140	3	6,1
Total	49	100,0

Fonte: elaborado a partir de dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas

O quadro 11 evidencia que os hospitais próprios estão concentrados na região Sudeste, especialmente nos estados de São Paulo (21 hospitais) e Minas Gerais (6 hospitais).

Quadro 11. Hospitais próprios da Unimed, segundo estado e número de leitos – 2000

UNIMED / Hospital	UF	TOTAL LEITOS	UNIMED / Hospital	UF	TOTAL LEITOS
PARANAGUÁ	PA	46	PIRACICABA	SP	80
BELÉM	PA	47	CAPIVARI	SP	38
RONDÔNIA	RO	...	TAUBATÉ	SP	75
VALE DO CAÍ (cidade Monte Negro)	RO	...	LIMEIRA	SP	74
BOA VISTA	RR	...	ARARAQUARA	SP	120
MANAUS	AM	99	SALTO	SP	32
MACAPÁ	AP	32	LORENA	SP	41
MACEIÓ	AL	57	SOROCABA	SP	85
SALVADOR	BA	49	ARARAS/LEME	SP	9
FEIRA DE SANTANA	BA	62	STA. BARBARA D'OESTE E AMERICANA	SP	29
SOBRAL	CE	25	OURINHOS	SP	20
FORTALEZA	CE	137	MONTE ALTO	SP	25
JOÃO PESSOA	PB	...	VALE DO AÇO – Pronto Clínica Unimed	SP	28
RECIFE	PE	41	ARARAS – Araras	SP	60
RECIFE – ILHA DO LEITE	PE	...	STA BAR. D'OESTE E AMERICANA- Hospital Dia	SP	9
CACHOEIRO DO ITAPEMIRIM	ES	58	BAURU	SP	84
VITÓRIA – Unimed Emergência	ES	33	FRANCA	SP	128
NORTE CAPIXABA	ES	22	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	SP	54
VITÓRIA – Unimed Coração	ES	16	ARAÇATUBA	SP	...
BETIM	MG	56	PONTA GROSSA	PR	63
JUIZ DE FORA	MG	54	CHAPECÓ	SC	63
PIRAPORA	MG	34	JOINVILLE	SC	130
MONTES CLAROS	MG	30	BLUMENAU	SC	...
SETE LAGOAS	MG	18	VALE DO CAÍ – Cidade de Feliz	RS	24
VARGINHA	MG	...	BRASÍLIA -Asa Sul	DF	75
PETRÓPOLIS	RJ	62	BRASÍLIA – Taguatinga	DF	101
NOVA FRIBURGO	RJ	50	JATAÍ	GO	16
RIO CLARO – Hospital Evangélico	RJ	36	TRÊS LAGOAS	MS	58
RIO CLARO – Unimed 24	RJ	46			
TOTAL		2.631			

Obs.: O número de três mil leitos próprios informados não coincide com o número de leitos segundo o hospital, provavelmente devido às informações não disponíveis.

Fonte: Dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas.

O número total de leitos credenciados ou de estabelecimentos segundo a categoria: se gerais, especializados ou unidades mistas são informações que não estão disponíveis na Unimed do Brasil, evidenciando ineficiência do sistema de informações

do sistema cooperativo e um modelo de gerenciamento ainda rudimentar, aspectos que serão abordados mais adiante.

Em uma enquete que integrou esta pesquisa, realizada via internet com as Unimeds, das 34 respondentes, apenas 17 forneceram o número de leitos sem observações adicionais. Entre as demais, seis não informaram, duas disseram ter apenas um número aproximado e nove assinalaram o número de hospitais. Esta última informação reflete o que parece ser a mais comum: as Unimeds credenciam os estabelecimentos sem uma preocupação maior com o número de leitos disponíveis.

Os dados apresentados indicam que, na Unimed, a prestação de serviços assistenciais complementares àqueles disponíveis nos consultórios dos médicos cooperados é quase que totalmente terceirizada.

Intercâmbio:

O mecanismo que possibilita o atendimento do usuário de planos de saúde da Unimed em toda a rede de serviços é o denominado intercâmbio, que constitui a troca de serviços entre as Unimeds, quando uma presta assistência médica a usuários das outras. As situações que podem provocar o intercâmbio são (Irion, 1994):

1. Quando o usuário de uma Cooperativa, em trânsito na área de ação de outra, necessita de atendimento médico de urgência (intercâmbio de urgência);
2. Quando uma Unimed necessita de recursos médicos especializados e encaminha o usuário para outra cooperativa, onde existe tais recursos (intercâmbio por encaminhamento);
3. Quando o usuário de uma Unimed, residindo ou trabalhando na área de ação de outra cooperativa, usa os serviços desta em qualquer circunstância (intercâmbio por extensão contratual);
4. O usuário possui um plano de abrangência regional ou nacional.

As normas, regras e diretrizes que norteiam o intercâmbio, estão documentadas no Manual de Intercâmbio Nacional, revisado periodicamente pela Diretoria de Intercâmbio da Unimed do Brasil.

Em linhas gerais, o sistema de referência implementado pelo intercâmbio funciona da seguinte forma:

A Unimed onde o usuário está inscrito denomina-se Unimed de origem e aquela onde recebe assistência, Unimed de destino.

A Unimed de origem suporta o risco decorrente dos atendimentos do intercâmbio de urgência e encaminhamento e remunera a cooperativa de destino pelo valor dos serviços realizados, acrescidos de um percentual para cobrir o custo da assistência.

No caso da extensão, a cooperativa de destino opta por cobrar os serviços pela modalidade de custo operacional⁶ (risco da Unimed de origem) ou receber o per capita dos usuários de extensão (situação em que a Unimed de destino se responsabiliza pelo risco).

Cada serviço prestado no intercâmbio origina uma fatura da Unimed de destino contra a de origem, que pode ser liquidada diretamente ou através de câmara de compensação.

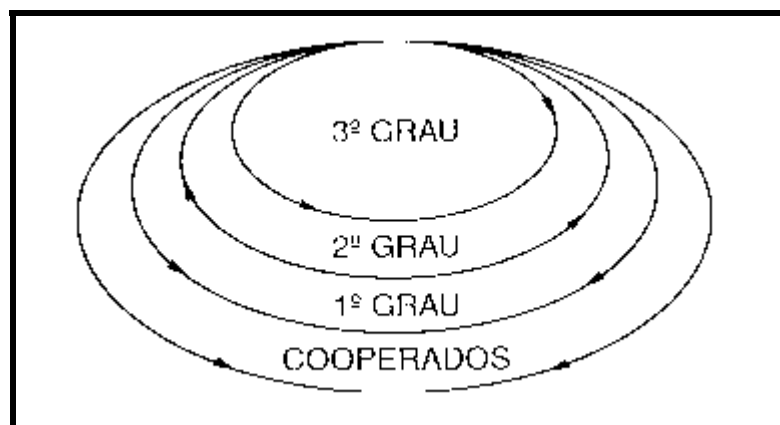
A portabilidade dada ao usuário de planos ou seguros da Unimed é circunscrita às situações descritas.

4.3 AUTONOMIA NA UNIMED

Como exposto nos capítulos precedentes, a criação da Unimed motivou-se a partir do discurso de defesa do exercício liberal da profissão, concebido como modelo de prática que mais preservaria a autonomia médica. Vale a pena assim, algumas considerações sobre as formas pelas quais a autonomia tem (ou não) lugar na Unimed.

O primeiro ângulo analisado trata da autonomia das próprias cooperativas enquanto estruturas do Sistema Unimed e o segundo, aborda as relações da cooperativa com o médico e as possíveis interferências sobre sua prática.

Na definição de Irion (1994), as cooperativas de primeiro grau são “**unidades estratégicas negociais autônomas**” (grifo do autor). O Sistema Unimed é regido pelo princípio da integração cooperativista, definida como “o acordo com o qual, além da [mera] associação as cooperativas praticam negócios entre si, unidas pela cooperação e pelo mútuo apoio”. A integração do sistema Unimed é descrita como “ampla e negocial” e é representada através do esquema abaixo (Op cit: 182):



Não existe, formal ou informalmente, sistema decisório hierárquico estabelecido entre os diferentes graus de cooperativas, sendo as singulares autônomas e independentes, nos aspectos jurídico, econômico e administrativo. Cabe aos organismos regionais e centrais a deliberação, genericamente determinada na Constituição Unimed sobre “todos os assuntos de seu peculiar interesse” (Unimed, 1997b). Neste mesmo documento, destaca-se como direitos das Federações e Confederação, a elaboração de projetos interfederativos, no caso da primeira e confederativos, nacionais, regionais ou locais, no caso da segunda. Entretanto, é também registrado como direito das singulares deliberarem sobre participação ou não, com ou sem ônus, em projetos federativos ou confederativos.

Todo o sistema gerencial e de planejamento é independente, podendo ser, ou não, desenvolvido de forma articulada com as federações e confederação – condição muitas vezes determinada pela afinidade política dos dirigentes. Assim, a atuação como organização integrada frequentemente não é observada. Existem, por exemplo, cooperativas que contratam serviços de outras seguradoras e não da própria Unimed ou que não seguem as diretrizes determinadas pelas Federações e Confederação, o que tem

reflexos nos custos de transação internos da empresa e compromete o serviço prestado ao usuário, gerando situações como o não atendimento através do intercâmbio. O relato do Diretor Financeiro da Unimed do Brasil tem outros exemplos:

Nunca houve na organização a estruturação de um plano de metas ou plano diretor amplo, de abrangência nacional, que fosse o reflexo de direcionamentos únicos e concordantes em todo o sistema. O alto nível de autonomia e os interesses políticos envolvidos têm como decorrência a grande dificuldade em definir orientações e estratégias comuns. São vários os exemplos desta dificuldade: quanto à política de informática, foi desenvolvido pela Unimed Sistemas o SIAMED, software para ser usado em todo o sistema. No entanto algumas Unimeds de grande porte optaram por manter seus sistemas próprios, diferenciados. No caso da adaptação dos computadores à virada do milênio, não houve sucesso na definição de um mecanismo que favorecesse a todo o sistema. O cartão magnético, foi implantado, independente da Unimed do Brasil, por empresas diferentes a partir de opções individuais locais. Desta maneira, o ganho em escala é praticamente inexistente, existindo inclusive situações em que a Unimed do Brasil inicia a produção de um determinado bem ou serviço que, devido à não aceitação pelas Singulares acaba se tornando inútil.

[...]

O PEA (Plano de Extensão Assistencial), mantido por uma contribuição “per capita” de R\$ 0,40 (por usuário da Singular), garante a cobertura da família, por 5 anos, em caso de falecimento do titular. Uma parte deste fundo é destinado a cobrir os sinistros e outra parte é dirigida para custeio e investimento da Unimed do Brasil. Recentemente, algumas Singulares e Federações passaram a não enviar essa contribuição. Algumas Federações, como a de São Paulo e Norte-Nordeste chegaram a criar um fundo próprio (Fundo de Assistência Cooperativa e Plano de Cooperação Assistencial), deixando de repassar a contribuição ao PEA, o que gerou perda de receita pela Unimed do Brasil. (Dr. Humberto Banal Batista da Silva, Diretor Financeiro da Unimed do Brasil, em entrevista realizada em 20 de junho de 1998)

Outro exemplo significativo é o sistema de informações gerenciais sobre o sistema. Embora na seção III da Constituição Unimed esteja registrada a obrigatoriedade das Singulares em prestarem informações à Confederação e Federações, na prática isto não tem ocorrido. Por este motivo, o sistema de informações da Unimed do Brasil, vinte e oito anos após a sua fundação, no momento da realização desta pesquisa, era ainda incipiente, havendo “projetos de estruturação e sensibilização das Unimeds locais”⁷. Não havia informações completas sobre rede de assistência, perfil da demanda, faturamento das Unimeds ou perfil dos planos comercializados. Novamente, o depoimento do Diretor Financeiro é elucidativo:

A Diretoria Financeira da Unimed não possui informações precisas sobre a receita do sistema. Não existe sistematização de dados e muito menos um fluxo de informações das Singulares até a Unimed Brasil. Isto se constata por exemplo pelo número de Singulares com declaração de renda e balanço com registro atrasado, identificadas através de levantamento realizado pelo serviço de auditoria da Unimed do Brasil. Não existe um controle por parte da Confederação. (Dr. Humberto Banal Batista da Silva, Diretor Financeiro da Unimed do Brasil, em entrevista realizada em 20 de junho de 1998)

O sistema Unimed é portanto, altamente descentralizado. Os relatos colhidos de autores e dirigentes da Unimed apontam para um “singularidade excessiva” nas palavras de Irion (1984: 186) ou para uma dificuldade em se obter informações elementares sobre as Unimeds, como nos depoimentos de Dr Humberto Banal.

As questões estratégicas mais “macro” da organização, estão centralizadas na Unimed do Brasil. Na Constituição Unimed está claramente explicitado que o comando político do Complexo é prerrogativa da Confederação, o que se traduz em funções como deliberar quanto ao uso do nome e marca Unimed e demais nomes e marcas do Complexo, representar política e comercialmente a organização, decidir sobre questões relacionadas a tributos e contribuições, intercâmbio e uniformização nacional de procedimentos e rotinas. Entretanto, as regras do cooperativismo, os documentos que regem o cooperativismo Unimed e, principalmente, as práticas construídas historicamente, apontam para uma descentralização importante no sistema de cooperativas Unimeds.

Essa característica cria nos dirigentes do nível central uma expectativa positiva quanto aos efeitos de determinadas exigências da nova política de regulação sobre a organização, como o envio de informações atualizadas para a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Na percepção deles, esta exigência deverá impulsionar a constituição de um sistema de informações mais eficiente. A regulação tem servido de argumento para o estabelecimento de regras mais rigorosas de uso do nome e marca Unimed. Uma das possibilidades que vem sendo debatidas na Unimed do Brasil é a criação de um sistema de franquia. O nível central, desta forma, tem aproveitado o momento atual para criar estratégias que aumentem a coesão do sistema e diminuam o grau de descentralização das cooperativas singulares.

O segundo aspecto a ser analisado que tem ligação como a autonomia médica é o relacionamento da cooperativa e seu cooperado. Neste sentido, valem algumas observações sobre o sistema diretivo e sobre a interferência direta da cooperativa na prática médica, através de mecanismos de controle anteriores e posteriores à prestação dos serviços assistenciais.

O sistema diretivo, como foi abordado, é constituído por colegiados eleitos em assembleias gerais. Os cargos diretivos são temporários e exercidos por médicos. É através da participação nos conselhos e diretorias que os profissionais buscam o controle sobre as decisões administrativas que os afetam, sendo tendência defenderem seus interesses individuais ou de grupos específicos (os especialistas, por exemplo), mesmo quando contrários aos da organização.

São exemplos de decisões que envolvem diretamente interesses dos médicos: credenciamento de serviços, especialmente de diagnóstico e terapia muitas vezes de propriedade de médicos cooperados, e admissão de novos cooperados. Certamente não é casual que um dos principais chamarizes utilizados para implantar a Central Médica de Convênios da AMB é o “Mercado aberto para todos”, pois, na Central da AMB, haveria o credenciamento universal dos médicos que estariam inscritos no “Livro Regional de Saúde” (CREMERJ, SOMERJ & SINMED, 2002). As barreiras de entrada criadas por cooperados acabam por conformar uma demanda reprimida, insatisfeita com a dificuldade de se tornar sócio da Unimed.

Outro exemplo é a própria implantação de mecanismos que interfiram na prática médica. Os mecanismos *ex ante*, como limitações no número de consultas, procedimentos, exames, inclusive os autogerados (que o médico solicita para acompanhamento de seu paciente e os realiza em seu próprio serviço), passam por aprovação nos colegiados. Por este motivo, eram pouco observados no sistema Unimed, sendo sua implantação uma tendência recente e, portanto, ainda de pequena monta.

Na cooperativa de Juiz de Fora, por exemplo, no decorrer de 2000 e 2001, os dirigentes estavam em vias de implantação de “metas para melhorar o CH” (Unimed Juiz de Fora, s./d.), que envolveriam procedimentos administrativos de controle

gerencial e estabelecimento de normas para fornecedores e prestadores (cooperados, hospitais e sistema de apoio ao diagnóstico e tratamento). Seriam:

1. dimensionamento dos custos da Cooperativa;
2. negociação com prestadores;
3. manutenção das carências permitidas por Lei para planos novos e migrações;
4. fornecimento de relatório semanal à Diretoria Executiva sobre as guias de internações expedidas pela Unimed aos Hospitais da cidade;
5. realização de análise mensal em casos de aumento de demanda de CH;
6. implantação da Tabela de Diárias e Taxas e da Tabela de Gases, ambas da Federação das Unimed-MG,;
7. em relação aos Serviços Auxiliares de Apoio Diagnóstico/Terapia (SADT): diminuição dos contratos; manutenção do parâmetro de 14 a 15% e estabelecimento de teto: de 16% do Faturamento Semestral;
8. criação da Central Órtese /Prótese Unimed Juiz de Fora;
9. implantação de pacotes para cirurgias eletivas (60% da demanda);
10. estabelecimento de controles dos retornos de consultas com mesmo médico, por meio do cruzamento de dados relacionados a consultório e ambulatório hospitalar;
11. solicitação de justificativas dos médicos para o retorno do paciente;
12. exigência do código da AMB nas solicitações de exames, visando adequar as solicitações médicas ao sistema de autorização informatizado (cartão magnético);
13. implantação de normatização dos acompanhamentos e pareceres efetuados durante as internações;

Boa parte dessas metas tem implicações diretas nas atividades e interesses de cooperados. Segundo a Diretora Superintendente da Operadora Superintendente Médica da Unimed Juiz de Fora⁸, “para que fossem aprovadas, a resistência deles precisou ser superada nos conselhos e assembléias”.

Os mecanismos de controle da prática médica acionados após a realização do atendimento são implementados através dos setores de auditoria médica, responsável, em cada operadora, pela análise e liberação das “contas médicas”.

A produção dos cooperados e os serviços prestados pelos demais provedores são analisados com vistas ao pagamento. É a equipe de auditoria a responsável pelas eventuais suspensões ou glosas nos pagamentos, que podem ocorrer por problemas administrativos – relacionados à cobertura do plano – ou à assistência médica – por fugirem a padrões ou parâmetros estabelecidos.

Em relação aos componentes do Complexo, existe diferença significativa no modelo utilizado na Seguradora e nas cooperativas, sendo mais sofisticado na primeira, que realiza análise atuarial e define padrões de utilização esperados com base no perfil de morbidade. Já na Unimed do Brasil, pelo menos até 1998, a auditoria era “caso a caso”. A Dra. Sandra Sadako, responsável pelo setor na época, mostrando o controle de contas médicas, exemplifica o processo:

Olha, esse é um padrão que eu tenho visto muito: eu tenho código de um adolescente que fez consultas nos dias 2, 3, 7, 15 e 29 de janeiro, 26 de fevereiro, 30 e 31 de março, 4 de abril, 11 de maio, 1º, 18 e 29 de junho, 14 e 17 de julho. Tem 15 consultas para um só adolescente e, em termos de exames, eu tenho uma prova de função hepática como o exame de origem. Eu podia pensar que ele está com uma suspeita de hepatite. Tudo bem, mas aí eu teria que ter alguns exames de controle.

Este outro aqui: o indivíduo fez três consultas. Tudo bem, mas aí eu tenho duas glicemias no mesmo dia sem estar internado, dois lipidogramas completos, no mesmo dia, então você começa a achar que tem alguma coisa esquisita. Eu vou registrar isso e a partir disso eu vou começar a fazer minha pesquisa.

Pode ser má-fé do prestador e pode ser que a cooperativa omita. Ela paga por omissão, por não conhecer e não controlar. Mas não adianta só dizer que está em excesso e cortar. Porque, numa dessas, eu posso estar prejudicando alguém. O que eu tenho que ver é se realmente existe um padrão anormal. Identificar os envolvidos, procurá-los e questionar: olha, está acontecendo isso, por que esse exame aqui? O que você está procurando? Você está procurando isso ou isso, porque eu não vi a continuidade. Isso acontece em 99% das suas consultas, o que está acontecendo? (entrevista pessoal concedida em 21 de outubro de 1998).

A auditoria convencional, restringia-se a uma “revisão de contas médicas” (denominação corrente para esta atividade nas Unimed), realizada por médicos com pouca ou nenhuma formação na área, considerando critérios pouco fundamentados – com base na experiência dos médicos – e cujos resultados eram pouco efetivos. O relato da Dra. Sandra é revelador:

(...) a gente só via uma coisa operacional, onde todos sentavam numa salinha e ficavam restritos àquela função operacional, batendo o martelo: é assim porque eu quero que seja. Aí complicava. E o que se colocava era basicamente o quanto você economizaria para a cooperativa e não a qualidade do que estava acontecendo. (...) a UNIMED vem pagando o auditor como sendo a atividade em relação ao que consegui economizar. Mas aí vinha a contrapartida, do médico ou do prestador, que acabava sendo prejudicado. E como a revisão da conta não era convincente, porque não se tinha gerenciamento sobre aquilo, você renegociava o que podia. Isto é, o que tinha economizado era basicamente fictício. Na verdade, o setor de auditoria começou com quase ninguém e o método que utilizava era quantitativo. A produção era medida em quantas CHs eram economizadas.

Nessa ocasião, o tipo de auditoria realizada começava a entrar num lento processo de mudança. Segundo Sadako, a mudança em curso visava introduzir práticas de “auditoria preventiva” (visitas dos auditores aos prestadores, a fim de solucionar problemas que evitassem a glosa no pagamento) e a combinação de métodos qualitativos e quantitativos de análise, estimulando que a auditoria transcendesse o questionamento quanto à quantidade de recursos utilizados e passasse a considerar a adequação da conduta frente ao caso. Buscava também incentivar o estabelecimento de sistemas de informação que produzissem dados sobre o perfil epidemiológico e de utilização da clientela, de modo a criar parâmetros *ad hoc*.

O modelo observado nas singulares não foge muito daquele visto no nível central. A tendência é de se observar um grau ainda maior de improviso e amadorismo, especialmente nas pequenas cooperativas. Obviamente aquelas de maior porte, tendem a sofisticar seu modelo de auditoria.

Tais evidências encontram explicação na história da cooperativa, constituída com base na apologia a autonomia do médico. A implementação de mecanismos de interferência na prática médica é dificultada pelo modelo cooperativista, que pressupõe remuneração por serviços e participação dos cooperados nas decisões da organização. O resultado pode ser observado na tabela 14.

Tabela 14. Alguns indicadores de produção estimados para o Sistema Cooperativo Unimed - 2000

Internações	<i>Per capita</i> anual de		Taxa de Exames por consulta médica
	Exames	Consultas	
0,11	6,82	3,82	1,79

Fonte: Estimados com base em: Unimed (2000).

Os índices praticados pelo Sistema Cooperativo Unimed, estimados com base em dados coletados em 2000, foram de 6,82 exames e 3,82 consultas per capita. Cada médico gerou, em média, 872 exames e para cada consulta foi realizado 1,79 exame complementar. Neste mesmo ano, a taxa de exames por consulta médica na medicina de grupo foi de 0,89 (Abramge, 2001). Os médicos cooperados da Unimed geram, portanto, praticamente o dobro de exames em relação à medicina de grupo. Quando comparada àquela observada no sistema público, a distância entre as taxas é ainda maior, dadas as diferenças existentes no acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos. Segundo os parâmetros recentemente estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2002), são aceitáveis 0,68 exames por consulta médica, menos da metade do observado na Unimed, e foram praticados pelo SUS 0,94 (Datusus, 2002a).

Outra decorrência do modelo diretivo adotado na organização é o baixo grau de profissionalização da gerência. Em todas as cooperativas, a cúpula diretiva é formada por médicos, que decidem sobre questões administrativas, financeiras, de marketing, etc., muitas vezes sem experiência prévia alguma nestas áreas de atuação.

Essa característica contribui para a situação rudimentar dos sistemas de informações gerenciais, auditoria e também no gerenciamento dos riscos. O relato é do Dr. Irion, presidente da Unimed Seguradora até 2001:

(...) Nós da Unimed temos que incorporar conceitos e técnicas. Conceitos: o tamanho deve ser proporcional ao compromisso. As técnicas devem ser adequadas. Aí entra a Seguradora. Uma das funções principais foi reunir profissionais de alto gabarito para administrar o risco. O risco é o fato desagradável produzido pelo acaso. Quantos vão adoecer? Quando? Que tipo de doenças vão ter? Quanto devo cobrar para o negócio estar certo? Tudo isto era feito de forma amadorista pela Unimed porque não tinha controle do risco. Não tinha técnica nem gente. (...) Por isso, quando você perguntava às pessoas como elas calculavam preços, se usavam técnicas de atuária, as respostas eram evasivas. Primeiro porque as pessoas não sabem o que é atuária. Eu tive um grande líder cooperativista que me disse: agora eu vou fazer tudo por técnica de atuária. Eu contratei um estatístico. E eu disse: desculpe mas, estatística é coisa do passado e atuária é do futuro. (...) A seguradora veio, absorveu a cultura de outras seguradoras e tem transmitido isto para o restante do sistema. Os preços do Uniplan foram balizados por este tipo de técnica. No restante das singulares não. Ainda é exceção a aplicação de fato da atuária. Isto está começando. Assim como as nossas concorrentes também não usam. Todo mundo sempre fez cálculo em cima da perna. Nós estamos socorrendo as Singulares (entrevista pessoal concedida em 24 de maio de 2001).

Evidentemente a aplicação de técnicas de atuária passa pelo estabelecimento de um sistema de informações mais eficiente, o que, segundo os informantes entrevistados na Unimed do Brasil e Central Nacional Unimed, é uma das metas a serem alcançadas pela organização. Entretanto, deve levar ainda algum tempo para se concretizar, haja vista que, até final de 2001, não existiam informações disponíveis sobre o perfil da clientela na Unimed do Brasil nem tampouco na Singular de Juiz de Fora.

O modelo Unimed: organização profissional e cooperativa de trabalho

Sendo a cooperativa uma organização voltada para a prestação de serviços de saúde e de assistência médica, é interessante observar o desenho proposto por Mintzberg (1989) para as organizações profissionais – “professional organization”. Esta abordagem tem sido utilizada por outros autores (Azevedo, 1993; Dussault, 1992), que a consideram útil para compreender o funcionamento de organizações da área de saúde.

Neste tipo de configuração de Mintzberg prevalece, como principal mecanismo de coordenação do trabalho, a padronização de habilidades: os profissionais, altamente especializados, são treinados e doutrinados por instituições formadoras externas ao

ambiente da organização – as instituições de ensino – e sua conduta é regulada pelos órgãos de classe. Além da elevada especialização, destaca-se também a descentralização horizontal, entendida como a extensão em que o poder formal ou informal é dispersado da linha hierárquica para as partes não gerenciais da estrutura. A parte chave da estrutura organizacional é o núcleo operacional (responsável direto pela produção de bens ou prestação de serviços), que atua com alto grau de autonomia sobre seu trabalho.

Dentre os elementos que caracterizam as organizações profissionais tipificadas por Mintzberg, os mais importantes são, sem dúvida, os que abordam o papel desempenhado pelo núcleo operacional. Além de paradigmático, é responsável pelos problemas que, em geral, estão associados à dinâmica de organizações deste tipo.

O núcleo operacional da Unimed é constituído por médicos, sendo sua atuação marcada por um alto grau de especialização, típico de profissionais treinados no domínio de conhecimentos e de habilidades indispensáveis ao desempenho de ações complexas. O desenvolvimento de tais atividades demanda um amplo espectro de autonomia e de controle sobre o processo de trabalho, o que ocasiona uma escassa possibilidade de regulamentação das decisões técnicas.

O fato de ser uma organização do tipo cooperativa – de estrutura, por definição, descentralizada – intensifica certas características da organização profissional. No Sistema Unimed, as singulares dispõem de expressiva autonomia e os profissionais que nelas atuam detêm um grande controle sobre seu processo de trabalho. A concentração do poder nas mãos do médico é potencializada, acrescentando-se à autoridade própria da natureza profissional aquela decorrente da qualidade de cooperado.

Neste contexto, torna-se difícil a implementação de modelos de planejamento ou controle de desempenho que abranjam todo o sistema. Mesmo em relação a procedimentos de controle de custo e inflação médica, observa-se grande variabilidade entre as singulares, tanto nos mecanismos implementados, como nos resultados obtidos, sem que se realize qualquer tipo de monitoramento sistemático destas experiências.

Embora, como tipificado por Mintzberg, o tamanho das unidades para as organizações profissionais seja grande no núcleo operacional e pequeno nos demais componentes, na Unimed, diferentemente, as instâncias principais da cúpula estratégica são formadas por um número expressivo de cooperados. O sistema decisório, em todos os graus de cooperativas, estrutura-se a partir de assembleias gerais – instâncias

decisórias máximas – e de colegiados de médicos eleitos: conselho fiscal, colegiado curador fiscal, e conselho administrativo, órgão de gestão integrado por conselheiros e diretores executivos.

Também nesse aspecto, a estrutura cooperativa potencializa os elementos definidores da organização profissional: deliberações das diretorias executivas – tanto do Complexo como das singulares – necessitam ser legitimadas, sendo, muitas vezes, negociadas nos conselhos e assembléias ou mesmo em grupos de especialistas. Os médicos, além de gerenciarem seu próprio trabalho, se utilizam do sistema decisório existente para controlar as decisões que os afetam, interferindo de forma significativa nos rumos tomados pela organização.

No universo de configurações de Mintzberg, as organizações profissionais apresentam duas fontes principais de problemas, ambas se aplicando claramente à estrutura da Unimed: as dificuldades de coordenação – já que, virtualmente, há pouco controle do trabalho além daquele próprio da profissão e a dificuldade no lidar com profissionais incompetentes ou inescrupulosos, que podem ocultar seus erros ou atuar de forma a privilegiar os próprios interesses, em detrimento daqueles dos clientes e da organização.

Com base no exposto verifica-se que a Unimed desenvolveu-se no sentido de uma organização complexa que, guarda elementos e marcas do seu desenvolvimento histórico.

Em seu desenho organizacional atual, a estrutura que agrega as demais é a cooperativa médica, ou Sistema Unimed, que desempenha as denominadas atividades fins e meio. Associa os médicos em cooperativas de diferentes graus e não apenas é aquela que deu origem à organização, como é a que conforma o esqueleto que lhe dá sustentação. Os demais componentes destinam-se a complementar ou suplementar as atividades das cooperativas médicas. O controle dos médicos sobre o complexo é garantido em regimentos e estatutos além da constituição Unimed.

São braços financeiros a Unimed e a Seguradora. A primeira gerando crédito e, a segunda, recursos financeiros que capitalizam o sistema. A Unimed, além de possibilitar o gerenciamento de rede de farmácia, viabilizando a comercialização de medicamentos, é uma estrutura que possibilita a organização da demanda por serviços

da Unimed, especialmente de usuários não empresariais. A Unimed Hospitais é um dos reflexos da estratégia da confederação de incentivar o crescimento da rede própria de recursos assistenciais. As demais estruturas oferecem apoio administrativo.

A Unimed do Brasil, além de cooperativa de nível nacional, é o braço institucional e político da Unimed definindo estratégias (como as que determinaram a fundação das demais estruturas do complexo) e atuando como órgão de pressão junto a organismos governamentais e de defesa de interesses em arenas específicas como foi a Constituinte nos anos de 1980 ou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, atualmente.

Os serviços de assistência médica, comercializados em planos de abrangência local, regional ou nacional pelas cooperativas de cada nível, são prestados pelas singulares. Aos usuários é garantida a portabilidade dos planos em situações eventuais, como atendimentos de urgência, especiais, como em casos de mudança temporária de residência ou permanentes, obedecidas as abrangências dos planos.

A estrutura de atendimento ambulatorial é formada pelos consultórios dos médicos cooperados. Coerente com a história da cooperativa, a rede hospitalar e de apoio ao diagnóstico e terapia é quase que totalmente terceirizada, o que representa uma desvantagem para a organização em relação a outras modalidades empresariais que têm investido em recursos próprios. A medicina de grupo, que congrega um pool de empresas e atendem ao todo cerca de 18 milhões de usuários, possuía em 2000 uma rede própria de 250 hospitais, contra os 57 da Unimed (ABRAMGE, 2001).

O investimento em recursos próprios na área hospitalar tem sido tímido tanto em termos do número de estabelecimentos como no seu porte. A maior parte dos hospitais próprios tem menos de 100 leitos, metade, menos de 50. Ao que os dados indicam, portanto, os investimentos não têm sido direcionados para hospitais com alta complexidade tecnológica. Vale registrar às cooperativas que não é dado privilégio ou facilidade alguma para aquisição de equipamentos nacionais ou importados.

Quanto à autonomia médica, ela é uma marca da organização, tanto em relação às cooperativas enquanto estruturas do sistema cooperativo, quanto na relação sua relação com os cooperados.

A interpretação da organização como uma empresa única deve ser tomada com ressalvas. De fato, os componentes do complexo Unimed são controlados a pelo nível

central, que se constitui no órgão de representação política e comercial da organização. Entretanto, as cooperativas singulares são unidades autônomas de serviços, com expressiva autonomia administrativa e gerencial. Esta é, certamente, uma questão importante a ser considerada pelos órgãos de regulação, como se verá adiante. As exigências da regulação têm sido motivações, apontadas pelos dirigentes do nível central da organização, para apresentação de propostas que aumentem o grau de coesão do Sistema Unimed, tais como a implementação de sistema de *franchising*.

Os canais de participação na gestão da cooperativa são muitas vezes utilizados por médicos na defesa de seus interesses. Uma dualidade permanente é identificada no interior do Sistema Unimed, marcado pela competição entre os objetivos da organização, quando explicitados – diminuir o grau de utilização dos serviços, para otimizar a relação receita/despesa – e os objetivos dos profissionais – aumentar seus ganhos, através do aumento da produtividade. Esta tensão tem paulatinamente trazido para dentro da organização a perspectiva do aprimoramento dos sistemas de auditoria médica e da implementação de mecanismos de controle sobre a prática médica.

Em tese, as cooperativas teriam mais possibilidade de conter custos do consumo médico, através do estímulo aos cooperados para a redução de procedimentos médico-hospitalares do que as demais modalidades empresariais. Entretanto, o próprio modelo cooperativista ou a forma como foi implementado na Unimed, embute os elementos que desfavorecem esta diminuição. Ademais, os problemas característicos das organizações profissionais, na concepção de Mintzberg, são potencializados pelo desenho cooperativista.

Se, por um lado, o complexo Unimed ilustra o sucesso alcançado pela categoria médica em concretizar seus projetos profissionais, enquanto modalidade empresarial a Unimed organiza a oferta de serviços médicos e o acesso do usuário. É uma empresa que congrega grande parte dos médicos brasileiros, como foi visto no capítulo anterior e está presente em 72% dos municípios brasileiros, como será abordado no próximo capítulo. Organiza o acesso dos usuários através de um mecanismo de seguro, com pré-pagamento, que garante previsibilidade, transferindo o risco do efeito catastrófico, no caso a doença ou agravo, do usuário para a cooperativa. Para o usuário, representa também maior presteza no atendimento, pois a disponibilidade de cooperados é

expressivamente maior do que o número de médicos disponíveis para a população em geral.

As dimensões da Unimed no setor de assistência suplementar e sua capilaridade no território nacional são os objetos de discussão do próximo capítulo.

NOTAS

¹ As duas últimas estruturas são integradas ao Sistema Empresarial por Akamine (1997).

² de 1996, com alterações a serem aplicadas a partir de 1997.

³ Cf. Irion (1998: 110).

⁴ Dra. Sandra Sadako, em entrevista pessoal concedida em 21 de outubro de 1998.

⁵ A AMS registrava se os estabelecimentos prestavam serviços ao SUS, a planos de saúde próprios, de terceiros e particulares.

⁶ Despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidas de taxa de administração.

⁷ O diagnóstico sobre o sistema de informações da Unimed foi proferido por Dr. Henrique de M. Barbosa Corrêa, Gerente de Planejamento e Desenvolvimento da Unimed do Brasil, que forneceu a maioria das informações sobre a Unimed utilizadas na pesquisa. A entrevista ocorreu em 06 de abril de 2001.

⁸ Dra. Nathércia J. Abrão, em entrevista pessoal realizada em 10 de janeiro de 2002.

CAPÍTULO 5

DIMENSÕES DA UNIMED

Este capítulo busca proporcionar uma análise da dimensão da Unimed. O retrato elaborado apresenta, num primeiro momento, a inserção da Unimed no setor de assistência suplementar.

Após a caracterização dos diferentes segmentos que compõem o setor, são feitas algumas comparações com ênfase para a medicina de grupo, por três motivos: é o segmento que representa a maior fatia do mercado; foi para fazer frente a este modalidade que a primeira Unimed foi fundada e é o segmento que opera da mesma forma que as cooperativas: através da comercialização de planos de pré-pagamento.

Posteriormente, analisa-se a dimensão da Unimed no Brasil, considerando o país como um todo e cada uma de suas regiões.

5.1 – A UNIMED NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

Segundo a literatura sobre o setor, a assistência médica supletiva está integrada por quatro modalidades assistenciais principais: a medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos de autogestão e o seguro-saúde¹. Cada uma apresenta racionalidades de estruturação, clientelas e formas de financiamento diversas, descritas de forma detalhada em Bahia (1999), Guerra (1998) ou Mendes (1993).

Uma caracterização esquemática, considera as formas de constituição das empresas, as diferenças na gestão do risco e a disponibilidade de infra-estrutura para atendimento ao usuário. A gestão do risco pode assumir duas condições: na primeira, a empresa prestadora assume o risco em troca de um pré-pagamento mensal por parte do contratante (empresa ou pessoa física) e, na segunda, o contratante assume os riscos, pagando somente pelos serviços efetivamente utilizados (regime de pós-pagamento). O atendimento ao usuário pode variar entre a livre escolha de médicos e serviços e a

disponibilidade de rede própria, credenciada ou sistemas mistos.

Empresas de medicina de grupo são aquelas que se dedicam à prestação de assistência médico-hospitalar – com ou sem fins lucrativos – que assumem o risco dos contratantes em regime de pré-pagamento. Subdividem-se naquelas que mantêm uma infra-estrutura baseada, essencialmente, em recursos próprios, sendo os médicos seus empregados, ou as que utilizam recursos credenciados. Algumas oferecem, para planos diferenciados, o sistema de livre escolha com reembolso, destinados aos níveis hierárquicos superiores das empresas (Towers Perrin, 1997).

As cooperativas são formalmente definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro. Devem reunir, no mínimo, vinte participantes, denominados cooperados, que, ao ingressar, integralizam um capital em quotas. As cooperativas que comercializam planos de saúde são compostas por médicos cooperados responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios particulares próprios ou em hospitais, laboratórios e clínicas credenciados. Em geral, operam em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidas de taxa de administração). Não há alternativa para o sistema de livre escolha com reembolso. A Cooperativa de Trabalho Médico Unimed corresponde praticamente à totalidade deste segmento.

As seguradoras operam junto a instituições financeiras e comercializam planos unicamente pelo sistema de reembolso, caracterizando-se pela livre escolha exclusiva ou, no Brasil, pela oferta adicional de uma rede credenciada para o atendimento. Como já foi visto, a Unimed atua também no ramo de seguros, de forma complementar à cooperativa, através da seguradora que integra o Complexo Unimed.

Na modalidade de autogestão as empresas elaboram o desenho de seus planos de saúde e definem as regras de operacionalização. Elas arcam com os riscos, utilizando o regime de pagamento por serviços prestados. Podem administrar o plano diretamente ou contratar uma administradora especializada e, para o atendimento, podem dispor de serviços próprios, geralmente ambulatoriais, e/ou utilizar a rede credenciada.

Os dados de 1999 sobre o número de empresas e clientes, informados pelo próprio setor, encontram-se na tabela 15 e gráfico 8. As empresas de medicina de grupo detêm 39% do mercado, possuindo em torno de 18 milhões de clientes. As empresas de autogestão e a Unimed, ocupam o segundo e terceiro lugares, com uma carteira semelhante². As seguradoras têm a menor parcela do mercado, com pouco mais de seis milhões de clientes.

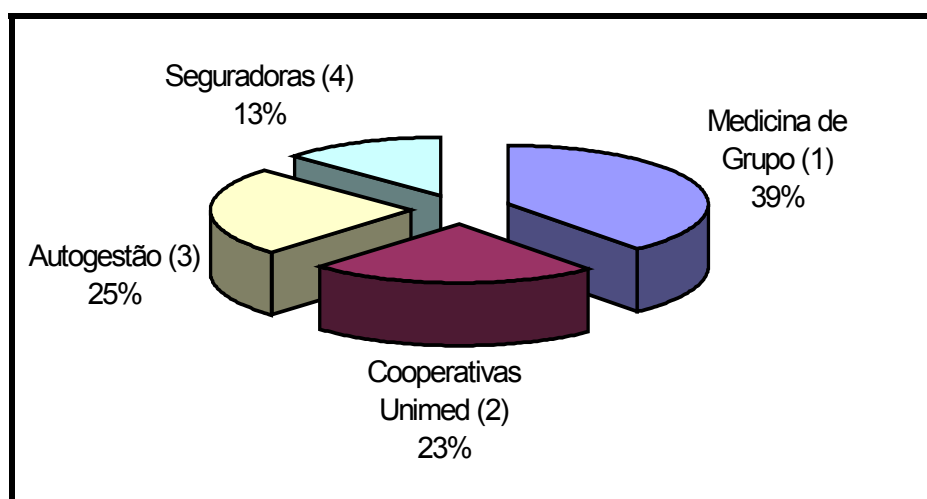
Tabela 15. Número de usuários segundo modalidades de assistência médica supletiva – Brasil, 2000

Modalidade	Número de empresas	Usuários
Medicina de Grupo (1)	860	18.400.000
Cooperativas Unimed (2)	364	11.000.000
Autogestão * (3)	300	11.700.000
Seguradoras (4)	10	6.100.000
Total	1534	47.200.000

* Dados de 1999.

Fontes: (1) Abramge, 2001; (2) Unimed, 2001; (3) Ciefas, 2000; e (4) Fenaseg, 2000.

Gráfico 8. Número de usuários segundo modalidades empresariais de assistência médica supletiva – Brasil, 2000



Fontes: (1) Abramge, 2001; (2) Unimed, 2001; (3) Ciefas, 2000 e (4) Fenaseg, 2000.

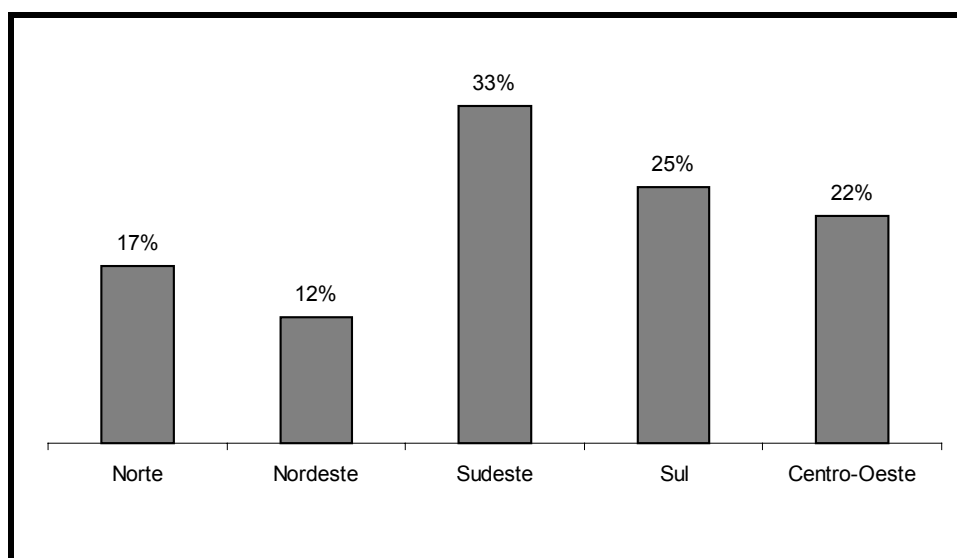
Para compreender a composição do mercado de planos de saúde é importante considerar que cada uma das modalidades é composta por um conjunto de várias

empresas isoladas. No caso da medicina de grupo, em 1999, as maiores eram a Amil, com oitocentos mil clientes, a Intermédica e a Interclínicas, com seiscentos mil clientes cada. Entre as empresas de autogestão, a Geap atendia a mais de um milhão de clientes. No caso das seguradoras, encontravam-se grandes operadoras, como a Sul América Aetna, a Bradesco Seguros e parte da Golden Cross, que possuem aproximadamente duzentos mil clientes de seguro-saúde concentrados em São Paulo³.

Num *ranking* que considere apenas empresas isoladas, a Unimed, com cerca de 11 milhões de clientes, detém uma parte significativamente maior do que a das demais concorrentes. A Unimed Campinas, maior cooperativa singular tem cerca de 450 mil clientes⁴.

Outro aspecto importante é a distribuição das diversas modalidades segundo regiões e estados. O gráfico 9 mostra que a cobertura total estimada pela PNAD-98 é maior nas regiões mais ricas, sendo menos significativa no Norte e Nordeste.

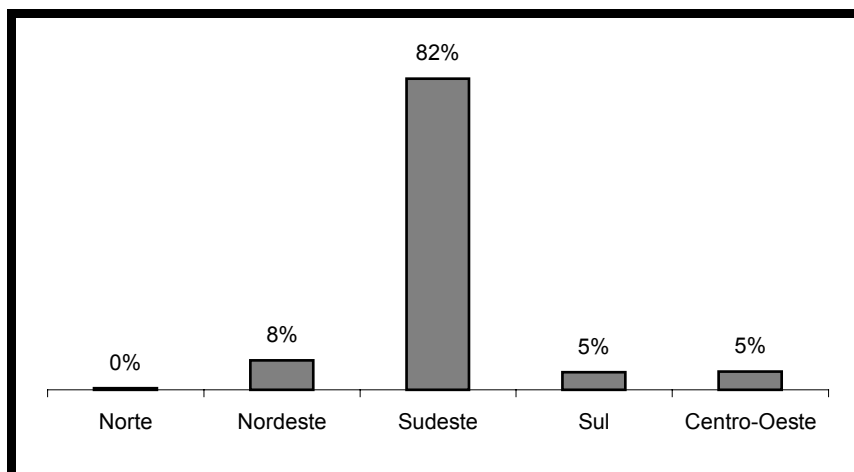
Gráfico 9. Percentual de pessoas cobertas por planos de saúde, por regiões, estimada pela PNAD-98



Fonte: Ministério da Saúde & IBGE, 2000.

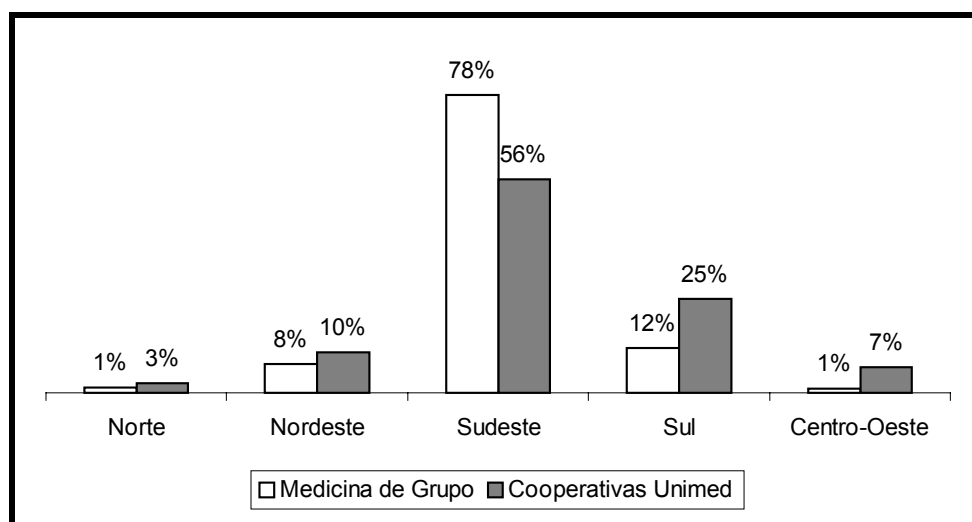
Os dados informados pelo setor evidenciam o mesmo padrão de concentração.

Em relação ao seguro saúde, o gráfico 10 mostra a distribuição dos prêmios por região, evidenciando a forte concentração na região Sudeste, especialmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, que juntos respondem por 79% dos prêmios emitidos.

Gráfico 10. Prêmio emitido no ramo de seguro saúde por região – 2001

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002b.

A comparação das modalidades de medicina de grupo e cooperativas evidencia que ambas apresentam a maioria dos clientes na região Sudeste (gráfico 11). A Unimed, entretanto, apresenta um padrão de maior dispersão pelas regiões do país. Enquanto o segmento de medicina de grupo tem 78% dos clientes na região Sudeste, a Unimed tem um pouco mais da metade, apresentando percentual mais expressivo em todas as demais regiões.

Gráfico 11. Distribuição percentual dos clientes de medicina de grupo e cooperativas médicas, segundo regiões - 2000

Fontes: (1) Abramge, 2001 e (2) dados informados pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas.

A tabela 16 mostra a distribuição dos clientes por estados.

Tabela 16. Distribuição percentual dos clientes de medicina de grupo e cooperativas médicas segundo estados– 2000

UF	Medicinas de Grupo(1)		Cooperativas Médicas (2)	
	n. usuários	%	n. usuários	%
Rondônia	44.160	0,24	35.721	0,30
Acre	18.400	0,10	15.718	0,10
Amazonas	95.680	0,52	112.320	1,10
Roraima	3.680	0,02	8.262	0,10
Pará	93.840	0,51	71.330	0,70
Amapá	5.520	0,03	17.097	0,20
Tocantins	11.040	0,06	9.705	0,10
Maranhão	68.080	0,37	30.766	0,30
Piauí	69.920	0,38	18.959	0,20
Ceará	101.200	0,55	239.132	2,30
Rio Grande do Norte	58.880	0,32	144.721	1,40
Paraíba	44.160	0,24	170.294	1,60
Pernambuco	344.080	1,87	195.062	1,90
Alagoas	108.560	0,59	77.764	0,70
Sergipe	34.960	0,19	46.949	0,40
Bahia	568.560	3,09	181.169	1,70
Minas Gerais	426.880	2,32	1.643.347	15,60
Espírito Santo	158.240	0,86	251.488	2,40
Rio de Janeiro	3.133.520	17,03	744.479	7,10
São Paulo	10.646.240	57,86	3.238.454	30,70
Paraná	445.280	2,42	766.543	7,30
Santa Catarina	31.280	0,17	594.884	5,60
Rio Grande do Sul	1.663.360	9,04	1.225.572	11,60
Mato Grosso	31.280	0,17	188.819	1,80
Mato Grosso do Sul	9.200	0,05	151.848	1,40
Goiás	95.680	0,52	279.615	2,70
Distrito Federal	90.160	0,49	77.671	0,70
TOTAL	18.400.000	100,0	10.537.689	100,0
Índice HH		0,4		0,1

Fontes: (1) Abramge, 2001 e (2) dados informados pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas.

Os dados ilustrados na tabela confirmam a maior concentração das empresas de medicina de grupo em relação às Unimed. O índice HH ou de Hirschman-Herfindahl, utilizado em economia, é uma medida de concentração. Estas medidas buscam captar a participação de cada agente econômico no mercado. Quanto maior for o comportamento dominante dos agentes econômicos, maior é o grau de concentração. (Kupfer & Hasenclever, 2002). Aplicado aos dados da tabela, o índice HH⁵ expressa a participação dos estados brasileiros na carteira de clientes de cada uma das modalidades de assistência suplementar apresentadas. Quanto maior o resultado, maior a concentração em determinados estados. As empresas de medicina de grupo apresentaram um índice quatro vezes maior do que a Unimed.

São Paulo e Rio de Janeiro têm a maior concentração de clientes de medicina de grupo (75%). A Unimed, embora tenha 30% de seus clientes em São Paulo tem uma carteira mais distribuída pelos demais estados do país. Destacam-se especialmente Minas Gerais (15,6%) e Rio Grande do Sul (11,6%). Chama a atenção o diferencial existente no Rio de Janeiro, onde se concentram 7% dos clientes de cooperativas, em contraste com os 17% da medicina de grupo.

Esses dados corroboram aqueles encontrados por Bahia (1999) que apontam um padrão de distribuição das Unimed territorialmente mais abrangente do que a das empresas de medicina de grupo.

A cobertura estimada a partir de dados informados pelo setor confirma o padrão específico de cada modalidade (tabela 17). As diversas empresas de medicina de grupo alcançam maiores coberturas em São Paulo e Rio de Janeiro (maior que 20%). Além destes dois estados, têm presença mais expressiva apenas no Rio Grande do Sul.

As cooperativas apresentam padrão de dispersão um pouco maior pelo país, apresentando coberturas semelhantes em Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo e nos estados da Região Sul. Destaca-se também uma cobertura mais expressiva no Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Nos estados do Norte e Nordeste, as coberturas são menores para ambas as modalidades, que se revezam na ocupação de nichos de mercado nestas regiões.

Tabela 17. Cobertura estimada⁶ para as modalidades de medicina de grupo e cooperativas médicas, segundo estados e regiões – 2000

UF	Medicina de Grupo (1)		Cooperativas Médicas (2)	
	usuários	Cobertura	usuários	Cobertura
Rondônia	44.160	3,2%	35.721	2,6%
Acre	18.400	3,3%	15.718	2,8%
Amazonas	95.680	3,4%	112.320	4,0%
Roraima	3.680	1,1%	8.262	2,5%
Pará	93.840	1,5%	71.330	1,2%
Amapá	5.520	1,2%	17.097	3,6%
Tocantins	11.040	1,0%	9.705	0,8%
NORTE	272.320	2,1%	270.153	2,1%
Maranhão	68.080	1,2%	30.766	0,5%
Piauí	69.920	2,5%	18.959	0,7%
Ceará	101.200	1,4%	239.132	3,2%
Rio Grande do Norte	58.880	2,1%	144.721	5,2%
Paraíba	44.160	1,3%	170.294	5,0%
Pernambuco	344.080	4,3%	195.062	2,5%
Alagoas	108.560	3,9%	77.764	2,8%
Sergipe	34.960	2,0%	46.949	2,6%
Bahia	568.560	4,4%	181.169	1,4%
NORDESTE	1.398.400	2,9%	1.104.816	2,3%
Minas Gerais	426.880	2,4%	1.643.347	9,2%
Espírito Santo	158.240	5,1%	251.488	8,1%
Rio de Janeiro	3.133.520	21,8%	744.479	5,2%
São Paulo	10.646.240	28,8%	3.238.454	8,8%
SUDESTE	14.364.880	19,9%	5.877.768	8,1%
Paraná	445.280	4,7%	766.543	8,0%
Santa Catarina	31.280	0,6%	594.884	11,2%
Rio Grande do Sul	1.663.360	16,3%	1.225.572	12,0%
SUL	2.139.920	8,5%	2.586.999	10,3%
Mato Grosso	31.280	1,3%	188.819	7,6%
Mato Grosso do Sul	9.200	0,4%	151.848	7,3%
Goiás	95.680	1,9%	279.615	5,6%
Distrito Federal	90.160	4,4%	77.671	3,8%
CENTRO-OESTE	226.320	1,9%	697.953	6,0%
BRASIL	18.400.000	10,9%	10.537.689	6,2%

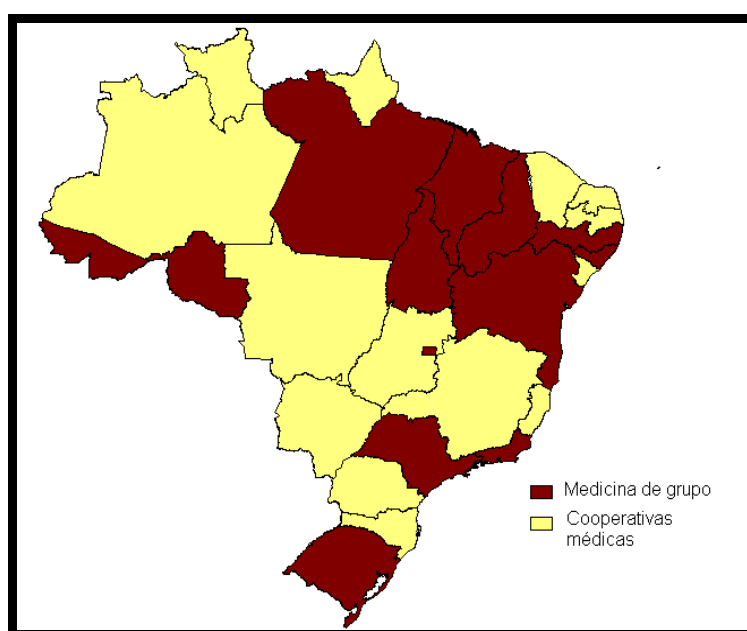
Fontes: (1) Abramge, 2001; (2) dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas; denominadores: Fundação IBGE, Censo de 2000.

Embora as Unimed apresentem-se mais disseminadas no país, as empresas de medicina de grupo aparentemente vêm investindo em outras regiões além do Sudeste.

Bahia (1999) afirma que, em 1998, não havia empresa de medicina de grupo filiada à Abramge em 6 estados (Acre, Roraima, Amapá, Tocantins, Rio Grande do Norte e Mato Grosso do Sul). Entretanto, os dados informados por esta associação para o ano 2000 revelam a presença do segmento em todos os estados do país. Considerando como fontes de informação a Abramge e a Unimed do Brasil, no Acre e Tocantins, estados citados por Bahia, atualmente a cobertura alcançada pela medicina de grupo supera aquela informada pela Unimed.

A figura 8 revela que a medicina de grupo tem maiores coberturas em 13 estados e as cooperativas em 14. Na região Norte, a competição é equilibrada, embora nos estados do Pará e Tocantins as coberturas sejam bastante semelhantes, com a medicina de grupo apresentando valores ligeiramente superiores⁷. Nas regiões Nordeste e Sudeste, a predominância é da medicina de grupo e nas regiões Centro-Oeste e Sul lideram as cooperativas. Vale lembrar que nesta comparação estão incluídas na modalidade de medicina de grupo um *pool* de várias empresas, enquanto apenas a Unimed é cooperativa.

Figura 8. Estados brasileiros segundo modalidade de assistência de maior cobertura populacional – 2000



Fonte: construído com dados da tabela 17.

Como foi visto no capítulo anterior, a Unimed Seguradora representa hoje uma fonte de receita importante para o sistema Unimed. Vale, desta forma, uma análise em separado do lugar ocupado especificamente por esta empresa no *ranking* nacional.

Os dados da Susep apresentados referem-se a 2000 e dão conta de que, neste ano, a Seguradora ocupava o 12º lugar em relação ao seguro saúde, com o valor de prêmio total correspondendo a 1,3% do total de prêmios emitidos pelas 13 maiores seguradoras do ramo (Susep, 2002).

Já em 2002, a Seguradora Unimed informa que atendia a mais de 3,6 milhões de segurados, ocupando a sexta colocação no ramo de seguro-saúde e, em relação ao prêmio total, o 22º lugar (Unimed Seguradora, 2002a e 2002b). Esta ascensão no ramo saúde pode significar maior demanda do mercado por seguros e/ou uma política mais agressiva de expansão da Seguradora neste ramo. Neste último caso, o objetivo da empresa de atuar de forma complementar à cooperativa (que comercializa planos de saúde), pode estar sendo revisto .

O *mix* de carteira relativo a 2000, apontava os ramos vida e saúde como aqueles de maior atuação da seguradora, sendo que 55% do prêmio total correspondiam ao seguro saúde. As maiores seguradoras do ramo como a Sul América, a Bradesco Saúde e a Golden Cross apresentavam mais de 80% da carteira vinculada a esta modalidade. Outras apresentam investimentos mais distribuídos concentrando-se principalmente nos ramos automóveis, vida e saúde (tabela 18).

Tabela 18. Mix de carteira das 13 maiores seguradoras do ramo saúde – 2000

COMPANHIAS	AUTO	VIDA	SAÚDE	DEMAIS	TOTAL
Sul America Aetna Segs.E Previdencia S/A	0%	16%	81%	3%	100%
Bradesco Saúde	0%	0%	99%	1%	100%
Golden Cross Seguradora S/A	0%	2%	98%	0%	100%
Porto Seguro Cia de Seguros Gerais	61%	7%	18%	15%	100%
Hsbc Bamerindus Seguros S.A.	26%	20%	29%	26%	100%
Maritima Seguros	47%	7%	35%	12%	100%
Generali do Brasil Cia Nacional de Segs	34%	12%	36%	17%	100%
Agf Brasil Seguros S.A.	29%	18%	12%	39%	100%
Unibanco Seguros S/A	42%	26%	8%	23%	100%
Itau Seguros S/A	51%	14%	5%	30%	100%
Sul America Cia Nacional de Seguros	58%	2%	7%	33%	100%
Unimed Seguradora S/A	0%	32%	55%	13%	100%
Brasilsaude Companhia de Seguros	0%	1%	86%	14%	100%

Obs: Algumas companhias, como a Bradesco, Sul América e Unibanco, mantêm seguradoras especializadas, apresentando assim, participação em outros ramos. A tabela apresenta apenas os dados referentes às maiores seguradoras do ramo saúde.

Fonte: Susep, 2002.

A atuação das Seguradoras concentra-se no eixo Rio–São Paulo, como mostra a tabela 19. Algumas são exclusivamente locais, como a Porto Seguro, a Sul América e a Brasilsaúde. As maiores seguradoras do ramo, Sul América e Bradesco, têm mais de 86% do prêmio total oriundos do Rio de Janeiro e de São Paulo e a Golden Cross, 79,4%. A Unimed é aquela que apresenta maior grau de dispersão, com os menores valores do índice HH⁸. 26,6% de seu prêmio total vêm de estados fora do eixo Rio–São Paulo.

A maior dispersão nas atividades da Seguradora Unimed certamente é facilitada pela existência de uma rede de provedores também mais desconcentrada, o que representa uma vantagem tanto no ramo de planos como de seguros.

Tabela 19. Distribuição percentual do prêmio total por Estado das 12 maiores seguradoras do ramo saúde – 2000

COMPANHIAS	SP	RJ	PR	MG	RS	BA	DEMAIS	TOTAL	Índice HH
Sul America Aetna Aegs.e Prev. SA	87,7	3,6	0,1	0,0	2,4	0,0	6,1	100,0	0,8
Bradesco Saúde	2,9	84,6	1,4	2,5	2,2	1,0	5,5	100,0	0,7
Golden Cross Seguradora s/a	15,1	64,3	3,0	6,1	4,6	4,4	2,5	100,0	0,4
Porto Seguro Cia de Seguros Gerais	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1,0
Hsbc Bamerindus Seguros S.A	56,0	26,1	2,0	6,0	2,8	1,3	5,9	100,0	0,4
Maritima Seguros	92,5	2,2	1,6	2,1	1,6	0,0	0,1	100,0	0,9
Generali do Brasil Cia Nacional de Segs	0,0	0,0	0,0	0,0	79,2	0,0	20,8	100,0	0,7
Unibanco Seguros S/A	60,1	8,4	11,0	6,6	4,2	0,0	9,7	100,0	0,4
Itau Seguros S/A	90,7	7,4	1,3	0,1	0,3	0,0	0,2	100,0	0,8
Sul America Cia Nacional De Seguros	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1,0
Unimed Seguradora S/A	36,8	36,7	5,8	6,6	8,1	5,9	0,0	100,0	0,3
Brasilsaude Companhia De Seguros	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1,0

Fonte: Susep, 2002.

5.2 – COOPERATIVAS UNIMED NO BRASIL

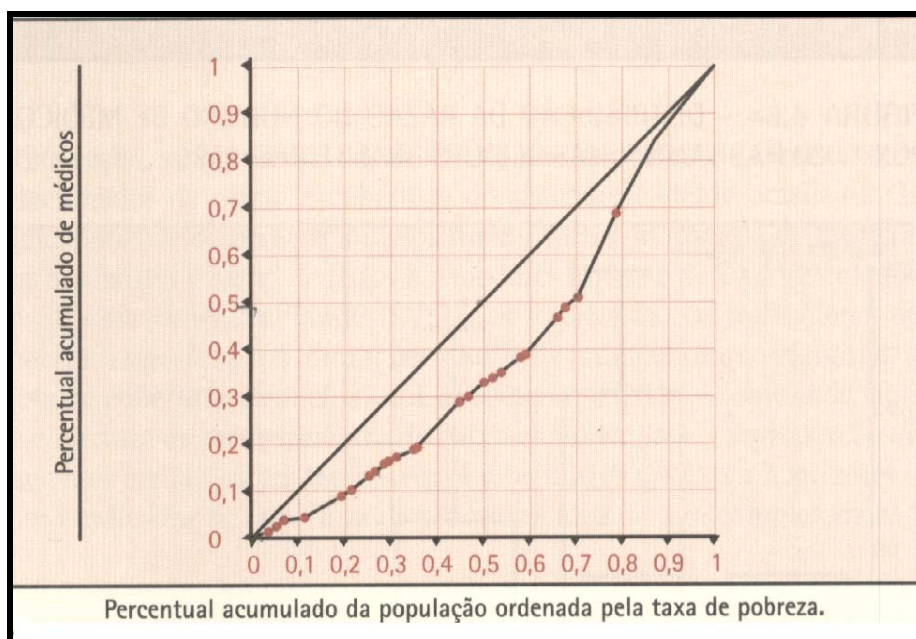
O objetivo deste item é definir os contornos da Unimed no Brasil, com o maior nível de detalhamento possível. Para tornar as variáveis consideradas mais visíveis, os dados, sempre que possível, foram apresentados na forma de mapas, cujo menor nível de agregação adotado foi o município. No apêndice 1 encontram-se algumas notas explicativas sobre o banco de dados estruturado para a pesquisa⁹.

Ao examinar os dados descritos, vale lembrar que fundar uma Unimed em locais onde ela ainda não existe é evento relativamente simples. Conforme dispõe a Lei 5.764/71, para criar uma cooperativa é necessário que um grupo de no mínimo 20 trabalhadores ou profissionais aprovem, em assembléia convocada por edital, o Estatuto Social da cooperativa, que deverá ser encaminhado, junto com a ata da primeira assembléia e outros documentos exigidos pela lei, para registro no Cartório de Registro de Títulos e Documentos, no Ministério da Fazenda e na Junta Comercial (Crúzio, 2000). As cooperativas que pretendem integrar o Sistema Unimed firmam documento solene de adesão à Constituição Unimed, que outorga às novas cooperativas o direito de uso do nome e marca Unimed.

Já é sabido que a distribuição dos profissionais médicos, por sua vez, acompanha o nível de desenvolvimento. Estes profissionais tendem a estar concentrados nos municípios, estados e regiões, mais ricos do país. Num estudo desenvolvido em parceria pela Fundação Nacional de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (Duarte et alii, 2002), por exemplo, foi identificada uma associação negativa e significativa entre o número de médicos por habitantes e a taxa de pobreza ($\beta = -0,03$; IC95%: -0,04 a -0,01).

No mesmo estudo, foi elaborada a Curva de Concentração¹⁰, para a distribuição do número de médicos, segundo a população dos estados ordenados pela taxa decrescente de pobreza, reproduzida no gráfico 12. Observa-se que 50% dos médicos brasileiros estão concentrados em 30% dos estados com menor taxa de pobreza.

Gráfico 12. Distribuição de médicos segundo população dos estados ordenados pela taxa decrescente de pobreza, Brasil, 1999.



Fonte: Duarte et alii, 2002: 88.

Tendo em vista os aspectos apontados – a facilidade de fundação de uma cooperativa e a já bem estabelecida associação inversa entre taxa de pobreza e distribuição dos médicos – buscou-se, além de estabelecer o mapeamento da distribuição das Unimed no Brasil, destacar algumas características dos municípios onde não existe Unimed.

5.2.1. A Unimed no território nacional

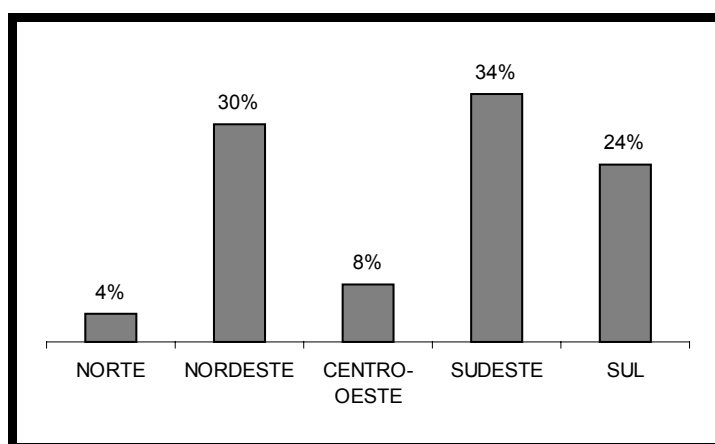
Em 2000 existiam cerca de 364 Unimeds locais, denominadas Singulares, cujas áreas de abrangência se expandiam para municípios vizinhos. Desta maneira, a Unimed estava presente em 72% dos 5.507 municípios do país. Como mencionado trata-se de uma capilaridade expressiva, condizente com a história da cooperativa como reflexo da busca dos médicos por alternativas que viabilizem a prática de consultório.

De modo geral os municípios que não fazem parte da área de abrangência da Unimed são os menores, com menores recursos e contingentes de médicos. São 1.594. Todos têm menos de vinte mil habitantes e apenas 115 (7%) têm mais de 20 médicos. Cerca de 61% estão nas regiões Norte e Nordeste e 9% na região Centro-Oeste.

Nestes municípios, a opção de atenção à saúde é quase exclusivamente o SUS, não existindo outras modalidades de atenção médica supletiva. Segundo os dados da AMS-99, apenas 15%, ou 230, possuíam algum estabelecimento¹¹ que pertencia ou era provedor de serviços para empresas de plano/seguro-saúde. Por outro lado, 1.354 (90%) possuíam estabelecimentos da rede SUS e 144 não possuíam estabelecimento algum de saúde.

Entre aqueles onde a Unimed está presente, embora a maior parte das (34%) se localize na Região Sudeste, um número significativo se localiza no Nordeste (30%). Um percentual relativamente menor está localizado nas regiões Norte e Centro-Oeste. (gráfico 13).

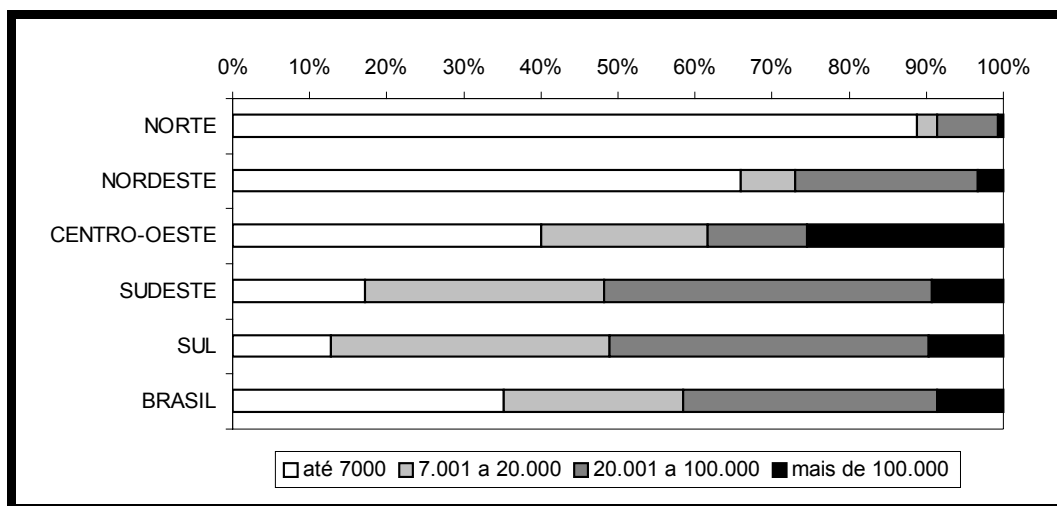
Gráfico 13. Distribuição dos municípios cobertos por Unimeds segundo regiões do Brasil – 2000



Fonte: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed.

O gráfico 14 lustra a distribuição das cooperativas segundo o número de usuários. Quase 60% têm até 20 mil clientes e pelo menos 35% menos de 7 mil. A distribuição nas regiões evidencia que no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, prevalecem as cooperativas de menor porte.

Gráfico 14. Distribuição das UnimedS segundo o número de usuários e regiões do Brasil – 2000



Fonte: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed.

Em relação ao número de municípios cobertos, com exceção do Norte e Nordeste, as demais regiões apresentam percentual entre 70 e 83% (tabela 20). A região Norte concentra os menores percentuais, com menos de 35% dos municípios com Unimed.

A tabela 20 traz também, entre outras informações, o percentual de médicos cooperados e a população coberta pelo Sistema Unimed em 2000. Nota-se que o sistema tem a adesão de 35% dos médicos e cobre cerca de 6% da população total do país.

A cobertura populacional é igual a 10% na região Sul e menor no restante das regiões. Também na região Sul o grau de adesão dos médicos chega a 60%, alcançando os menores percentuais (29%) na região Sudeste¹².

Tabela 20. Indicadores de cobertura da Unimed segundo regiões do país – 2000

Estado/região	municípios cobertos	cobertura populacional	adesão dos médicos	cooperados por 1.000 usuários	médicos por 1.000 hab.
NORTE	39%	2,1%	31%	10,7	0,7
NORDESTE	64%	2,3%	39%	14,9	0,9
CENTRO-OESTE	68%	6,0%	38%	9,6	1,5
SUDESTE	79%	8,2%	29%	7,3	2,1
SUL	84%	10,3%	60%	8,6	1,5
BRASIL	72%	6,3%	35%	8,7	1,5

Fontes: distribuição das Unimeds, número de cooperados e número de usuários: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed; população: IBGE, 2002; número de médicos por estado: CFM, 2001;

O panorama traçado indica que apesar da presença disseminada da Unimed, apenas uma pequena parte da população tem acesso a seus serviços. Por outro lado, o grau de adesão dos médicos é expressivo o que leva a uma discrepância entre a disponibilidade de cooperados por mil usuários e o número de médicos por mil habitantes. A diferença chega a ser maior do que 15 vezes nas regiões Norte e Nordeste. O menor diferencial encontra-se no Sudeste e Sul, acompanhando a concentração de médicos formados no país.

É um padrão reforçador de desigualdades: os médicos, sabidamente, estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste. No restante do país, onde é possível, se reúnem para formar cooperativas. Como a parcela da população que pode ter acesso a medicina supletiva é pequena, a disponibilidade de médicos, e em decorrência a presteza no atendimento, é muito maior para usuários do que para a população em geral.

As características intra-regionais apresentam grande variação. A seguir, será detalhado o perfil encontrado em cada região, ilustrado por mapas temáticos.

5.2.2. Perfil segundo estados e regiões

Região Norte:

Na região Norte, são 270 mil clientes, 75% dos quais vinculados às Unimed Manaus (112 mil), Belém (63 mil) e Porto Velho (28 mil clientes). Predominam, na região, as pequenas Unimeds: 87% dos municípios de sua área de abrangência são atendidos por cooperativas de até sete mil clientes. A maior cobertura populacional encontra-se no Amazonas e a menor no Tocantins (tabela 21).

A Unimed está presente em 39% dos municípios da região, onde residem 66% da população. O diferencial existente na disponibilidade de médicos por mil habitantes e de cooperados por mil usuários, chega à ordem de 48 vezes no Tocantins. O estado do Pará, apesar da menor cobertura populacional e de um dos menores percentuais de adesão dos médicos, apresenta disponibilidade de médicos por usuários 24 vezes maior do que de médicos por habitantes.

Em relação à média nacional, os indicadores de cobertura populacional e médicos por mil habitantes posicionam-se significativamente abaixo, o grau de adesão dos médicos é ligeiramente mais baixo e a relação cooperados por mil usuários é superior. No último caso, destacam-se os estados do Pará e Tocantins, respectivamente com disponibilidade de cooperados/mil usuários duas e quatro vezes maior do que a média nacional.

Tabela 21. Indicadores de cobertura da Unimed segundo estados da região Norte – 2000

estado/região	cobertura populacional	adesão dos médicos	cooperados por 1.000 usuários	médicos por 1.000 hab.
NORTE	2,1%	31%	10,7	0,7
Amazonas	4,0%	34%	6,8	0,8
Pará	1,2%	28%	16,9	0,7
Acre	2,8%	40%	9,2	0,6
Amapá	3,6%	30%	5,4	0,7
Rondônia	2,6%	32%	7,4	0,6
Roraima	2,5%	24%	10,3	1,1
Tocantins	0,8%	39%	33,8	0,7
BRASIL	6,3%	35%	8,7	1,5

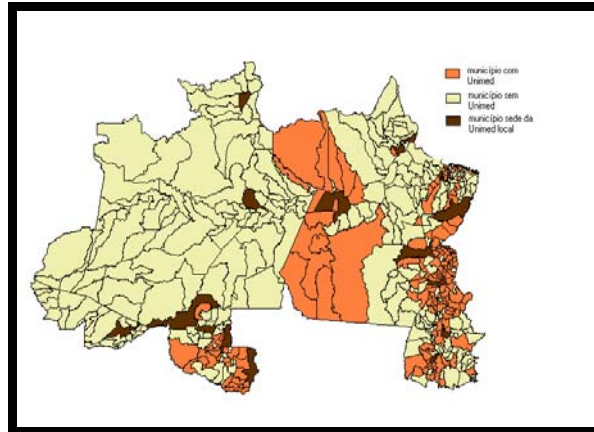
Fontes: distribuição das Unimeds, número de cooperados e número de usuários: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed; população: IBGE, 2002; número de médicos por estado: CFM, 2001;

As figuras 9 a 11 ilustram a distribuição dos municípios, segundo cobertura e localização da sede das Unimeds, número de habitantes e número de médicos existentes. Além das sete capitais dos estados, as Unimeds estão sediadas em mais dez municípios. É nítido que as áreas menos habitadas não são cobertas.

A presença da cooperativa acompanha fortemente o PIB *per capita*, cuja média é de R\$ 3.103,50 para os municípios com Unimed, R\$ 3.813,00 para os que são sede das cooperativas, e R\$ 1.993,55 para os que não têm Unimed¹³. Acompanha também a concentração de médicos, estando presente em 70% dos municípios com mais de vinte médicos.

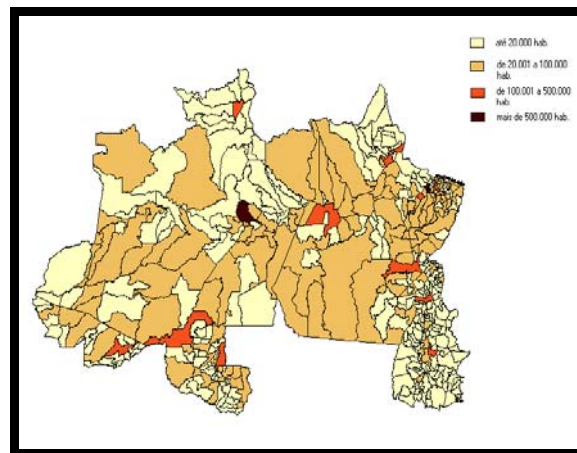
Entre os 274 municípios sem cobertura da Unimed, os dados da AMS – 99 (Datusus, 2002) revelam que, em 23, não existem estabelecimentos de saúde e, em 75% (206), a população dispõe exclusivamente de serviços do Sistema Único de Saúde. O PIB *per capita* está abaixo do primeiro quartil em 30% (79) e no segundo quartil em 51% (132).

Figura 9. Municípios da região Norte, segundo presença da Unimed – 2000



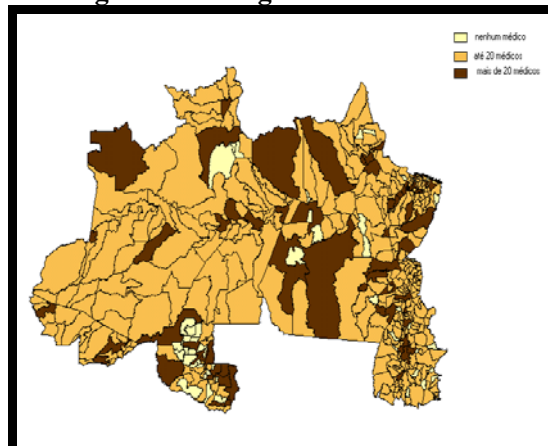
Fonte: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed.

Figura 10. Municípios segundo número de habitantes, na região Norte – 2000



Fonte: IBGE, 2002.

Figura 11. Municípios da região Norte segundo o número de médicos existentes – 2000



Fonte: Datasus, 2002.

Região Nordeste:

Na região Nordeste, a cobertura populacional é de 2,3% (tabela 22), representando 1,1 milhão de clientes. As maiores Unimeds são Fortaleza (210 mil), Recife (118 mil), Natal (118 mil) e João Pessoa (103 mil), as únicas com uma carteira maior do que cem mil clientes. Também predominam, em menor escala, as pequenas cooperativas: 66% dos municípios com Unimeds são atendidos por Unimeds de até sete mil usuários. As maiores coberturas encontram-se no Rio Grande do Norte e Paraíba e as menores no Maranhão e Piauí.

Os diferenciais existentes na disponibilidade de médicos por mil habitantes e de cooperados por mil usuários chegam à ordem de cinquenta vezes no Piauí, que apresenta o maior *gap* do país. É digno de nota que este estado tem uma das menores disponibilidades de médicos do país – somente o Maranhão e o Acre apresentam valores menores – e a maior disponibilidade de médicos para os usuários da Unimed. Estes dados apontam para desigualdades que marcam os clientes da medicina suplementar em relação ao restante da população, mais acentuada nos estados do Nordeste. No Centro-Oeste, Sudeste e Sul, o número de médicos por mil usuários é sempre em torno de dez ou inferior. No Nordeste, ao contrário, com exceção da Paraíba, onde é igual a dez, é invariavelmente maior. O estado do Tocantins, no Norte, destaca-se também com disponibilidade maior que trinta.

A comparação com a média nacional repete o observado para o Norte do país, em relação aos indicadores de cobertura populacional, médicos por mil habitantes (ambos mais baixos) e o número de cooperados por mil usuários (mais elevado). Muda o grau de adesão dos médicos que tende a ser mais elevado.

Tabela 22. Indicadores de cobertura da Unimed segundo estados da região Nordeste – 2000

estado/região	cobertura populacional	adesão dos médicos	cooperados por 1.000 usuários	médicos por 1.000 hab.
NORDESTE	2,3%	39%	14,9	0,9
Maranhão	0,5%	20%	17,6	0,5
Piauí	0,7%	35%	35,2	0,7
Ceará	3,2%	59%	15,3	0,8
Rio Grande do Norte	5,2%	67%	14,1	1,1
Paraíba	5,0%	47%	10,2	1,1
Pernambuco	2,5%	32%	15,9	1,2
Alagoas	2,8%	34%	13,5	1,1
Sergipe	2,6%	44%	15,5	0,9
Bahia	1,4%	27%	16,4	0,8
BRASIL	6,3%	35%	8,7	1,5

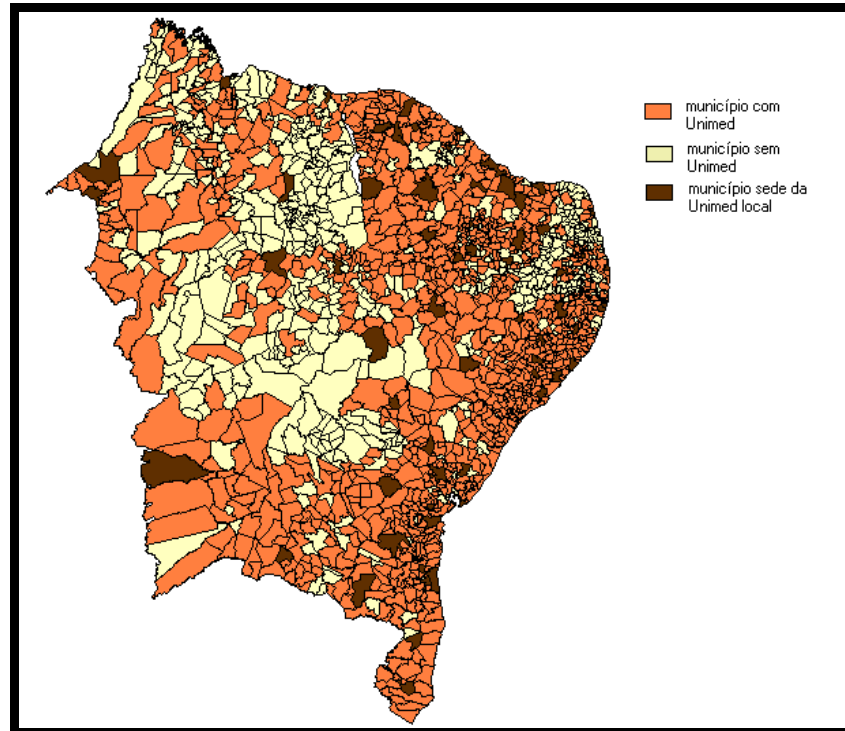
Fontes: distribuição das Unimeds, número de cooperados e número de usuários: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed; população: IBGE, 2002; número de médicos por estado: CFM, 2001;

As figuras 12 e 13 mostram os 64 municípios onde estão localizadas as sedes das Unimeds, incluindo as nove capitais. O Nordeste possui 1.787 municípios, dos quais 1.141 (64%) são cobertos pela Unimed.

Como na região Norte, a presença da cooperativa também acompanha a concentração de médicos, estando presente em 70% (1.114) dos 1.596 municípios com mais de vinte médicos. O PIB médio *per capita* dos municípios¹⁴ com Unimed fica em torno de R\$ 1.277,00, daqueles onde estão localizadas as sedes, R\$ 2.877,00 e dos municípios sem Unimed R\$ 381,42.

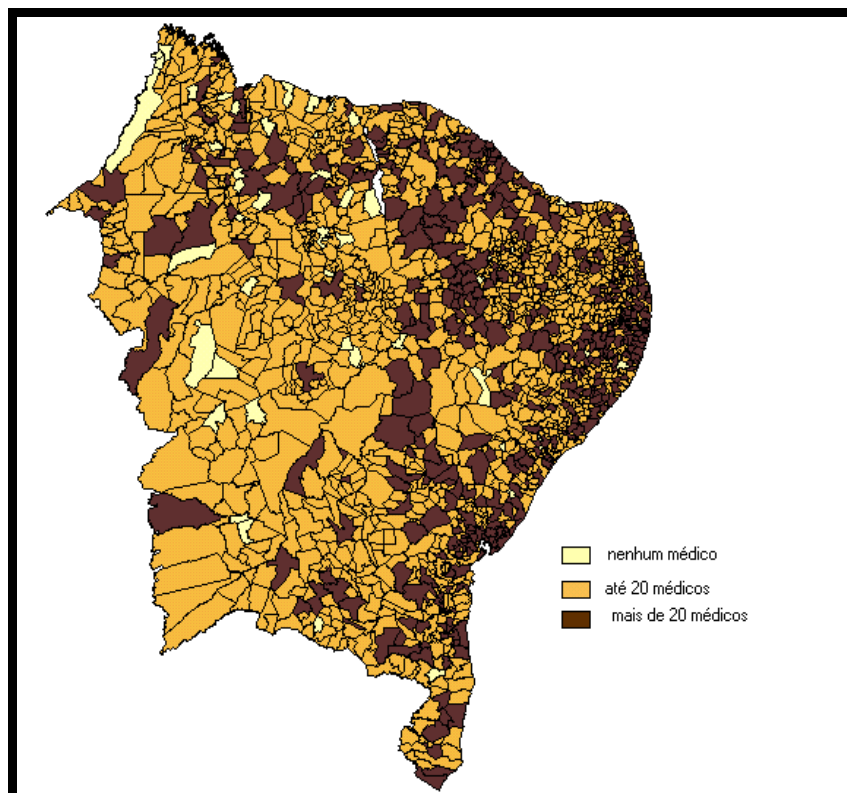
Entre os 646 municípios sem cobertura da Unimed, 46, não possuem estabelecimentos de saúde e, em 77% (497), a população dispõe exclusivamente de serviços do Sistema Único de Saúde. Apenas 60 têm 20 ou mais médicos (Datusus, 2002).

Figura 12. Municípios da região Nordeste, segundo presença da Unimed – 2000



Fonte: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed.

Figura 13. Municípios da região Nordeste, segundo o número de médicos existentes – 2000



Fonte: Datasus, 2002.

Região Centro-Oeste:

O Centro-Oeste destaca-se por um padrão que vai se assemelhando às regiões Sudeste e Sul. A cobertura populacional fica em torno de 6% (tabela 23) ou 698 mil clientes. As maiores coberturas estão no Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Goiânia e Cuiabá apresentam mais de cem mil clientes, respectivamente 173 e 163 mil, respondendo pelo atendimento de 25% dos municípios cobertos pela Unimed. Campo Grande é a terceira maior carteira, com 94 mil clientes. Brasília, com uma pequena cobertura populacional relativa, possui 78 mil clientes. Dos municípios cobertos, 40% são atendidos por cooperativas de até sete mil usuários. O Centro-Oeste concentra o maior número de Unimeds de grande porte, como pode ser observado resgatando-se o gráfico 14.

Mato Grosso do Sul apresenta o mais alto grau de adesão do país, com expressivos 72% dos médicos sendo cooperados da Unimed. Os diferenciais de disponibilidade são menos acentuados do que no Norte e Nordeste: o maior, de aproximadamente dez vezes, encontra-se no Mato Grosso do Sul.

Em relação à média nacional, a cobertura populacional e o número de médicos por mil habitantes são bastante semelhantes, enquanto o grau de adesão e disponibilidade dos médicos para os usuários são ligeiramente superiores.

Tabela 23. Indicadores de cobertura da Unimed segundo estados da região Centro-Oeste – 2000

estado/região	cobertura populacional	adesão dos médicos	cooperados por 1.000 usuários	médicos por 1.000 hab.
CENTRO-OESTE	6,0%	38%	9,6	1,5
Mato Grosso do Sul	7,3%	72%	11,7	1,2
Mato Grosso	7,6%	55%	6,8	0,9
Góias	5,6%	49%	10,9	1,3
Distrito Federal	3,8%	9%	7,6	3,2
BRASIL	6,3%	35%	8,7	1,5

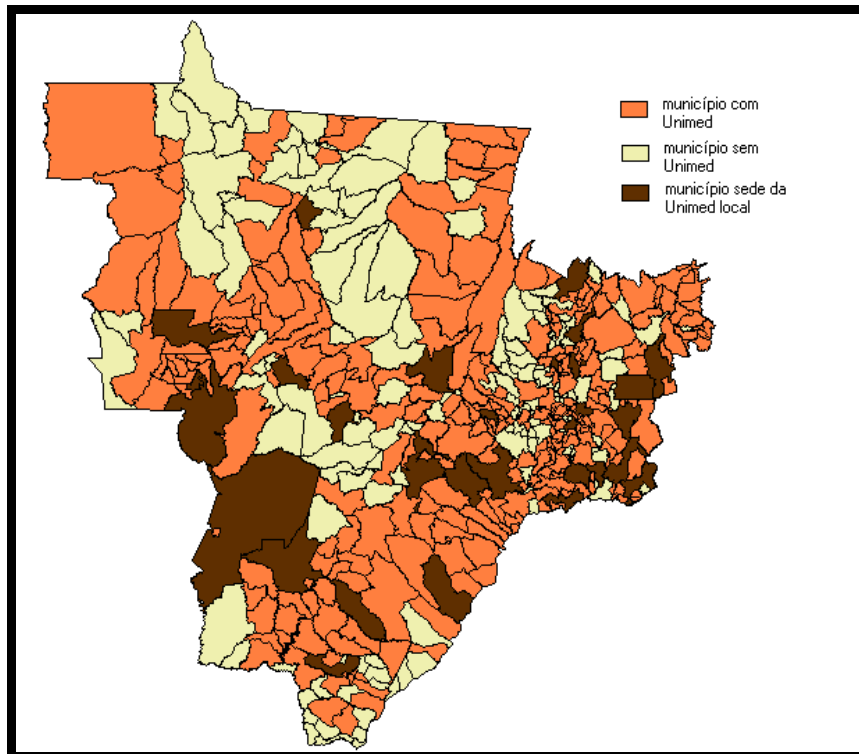
Fontes: distribuição das Unimeds, número de cooperados e número de usuários: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed; população: IBGE, 2002; número de médicos por estado: CFM, 2001;

Os mapas da região (figuras 14 e 15) revelam que entre os 446 municípios da região, a Unimed está presente em 304 (68%), mantendo sede em trinta. Os diferenciais do PIB médio per capita¹⁵ são de R\$ 6.447,5 para municípios sede e R\$ 3.073,19 para os municípios cobertos. Entretanto, nos locais onde não se encontra Unimed, o PIB médio é R\$ 10.573,60, o que foge do padrão observado para as demais regiões.

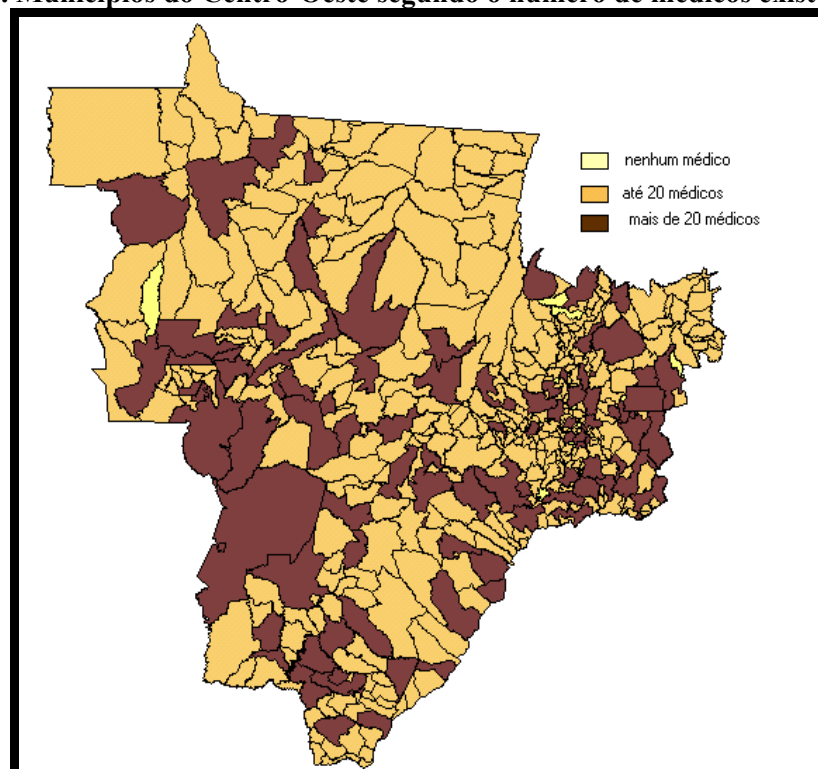
Entre os 142 municípios sem Unimed, seis não têm estabelecimentos de saúde, 78 têm apenas serviços do SUS e 58 oferecem outras alternativas de medicina complementar (Datusus, 2002). A distribuição destes municípios por quartis de PIB *per capita* revela que 13% encontram-se no último quartil.

Os três municípios sem Unimed com maior PIB per capita são Alcinópolis, São José do Xingu e Alto Taquari, com PIB respectivamente de R\$ 10.574,00, R\$ 10.523,00 e R\$ 9.791 (IPEA, 2002). Os dados da AMS-99 (Datusus, 2002) revelam que o primeiro possui três estabelecimentos de saúde, apenas um com internação. Somente um, provavelmente o hospital, presta serviços particulares e nenhum tem plano próprio ou é provedor de terceiros. Em São José do Xingu existem seis estabelecimentos, um com internação. Todos são da rede SUS, um é prestador de terceiros e dois prestam serviços particulares. Alto Taquari tem dois estabelecimentos sem internação, ambos prestando serviços apenas pelo SUS.

Na região, aparentemente, a distribuição das Unimeds está mais relacionada com o número de médicos existentes: 92% dos 99 municípios com mais de vinte médicos estão cobertos por Unimeds e entre os 142 onde não há Unimed, apenas oito municípios têm mais de vinte médicos atuantes.

Figura 14. Municípios da região Centro-Oeste, segundo presença da Unimed – 2000

Fonte: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed.

Figura 15. Municípios do Centro-Oeste segundo o número de médicos existentes - 2000

Fontes: Datasus, 2002.

Região Sudeste:

Na região Sudeste, 9% dos municípios são atendidos por Unimed com mais de cem mil clientes e 43% por aquelas que possuem de vinte a cem mil. São 5,9 milhões de usuários, que representam uma cobertura de 8%, a maior parte em São Paulo (3,2 milhões) e Minas Gerais (1,6 milhão). As duas maiores Unimed do país são Campinas e Rio de Janeiro, com 447 mil e 379 mil usuários respectivamente. Belo Horizonte é a terceira da região e quarta do país, com 344 mil clientes, superada pela Unimed de Porto Alegre, com 360 mil.

O padrão observado em relação às regiões anteriores se modifica expressivamente no Sudeste e Sul do país. A cobertura populacional e o número de médicos por mil habitantes são mais elevados do que a média nacional. No Sudeste (tabela 24), o grau de adesão dos médicos é o menor do país, sendo mais expressivo em Minas Gerais e Espírito Santo. O eixo Rio–São Paulo é o de maior competição entre as diferentes modalidades de assistência suplementar, o que explica o menor grau de adesão dos médicos e a menor cobertura populacional, especialmente no Rio de Janeiro.

Embora ainda persista, o diferencial na disponibilidade de médicos para habitantes e clientes é menor, sendo mais expressiva (sete vezes maior para os clientes Unimed) no Espírito Santo.

Tabela 24. Indicadores de cobertura da Unimed segundo estados da região Sudeste – 2000

estado/região	cobertura populacional	adesão dos médicos	cooperados por 1.000 usuários	médicos por 1.000 hab.
SUDESTE	8,2%	29%	7,3	2,1
Minas Gerais	9,2%	48%	7,9	1,5
Espírito Santo	8,1%	57%	10,4	1,5
Rio de Janeiro	5,6%	20%	10,7	3,0
São Paulo	8,8%	25%	5,9	2,1
BRASIL	6,3%	35%	8,7	1,5

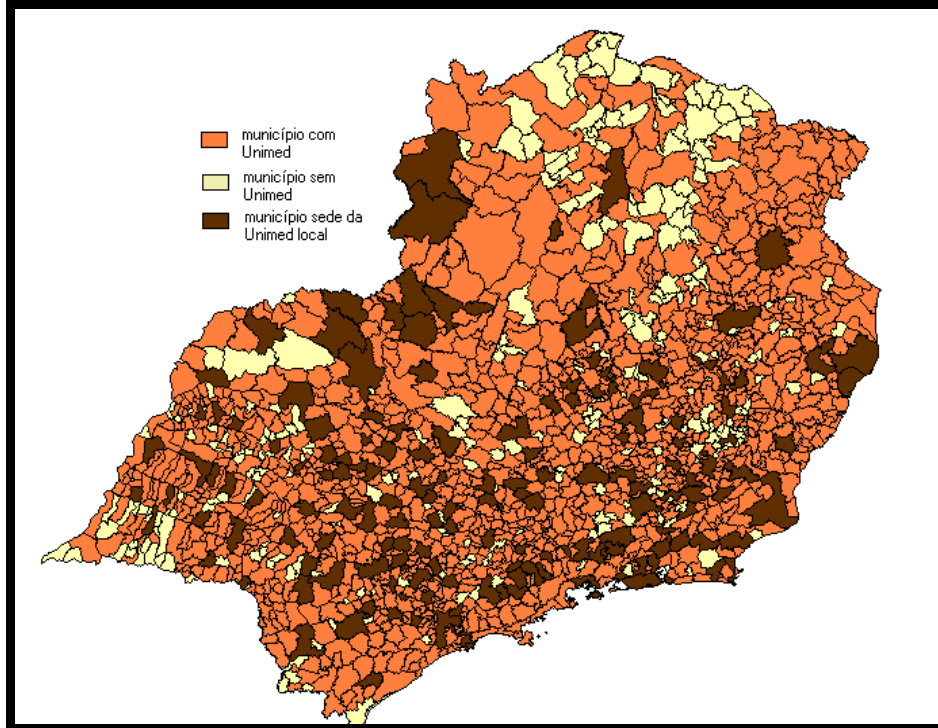
Fontes: distribuição das Unimed, número de cooperados e número de usuários: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed; população: IBGE, 2002; número de médicos por estado: CFM, 2001;

A cooperativa está presente em 82% dos municípios na região, cujo PIB per capita médio¹⁶ fica em torno de R\$ 2.684,39. Observando a figura 16, nota-se que os 291 municípios sem Unimed são dispersos por toda a região e apenas ao norte de Minas Gerais caracterizam uma área homogênea de maior amplitude.

Minas Gerais concentra 62% dos municípios sem Unimed, totalizando 180 cidades. O PIB *per capita* médio destes locais é de R\$ 1.945,13 (IPEA, 2002). Segundo a AMS-99 (Datusus, 2002), 24 não têm estabelecimentos de saúde e 124 têm apenas aqueles ligados à rede SUS. Entre os 36 municípios sem Unimed que possuem assistência suplementar, oito têm estabelecimentos com planos próprios, 23 oferecem serviços que são provedores de terceiros e 22 possuem serviços que prestam atendimento particular. Apenas 11 municípios de Minas Gerais sem Unimed têm mais de vinte médicos e somente um mais de cinquenta.

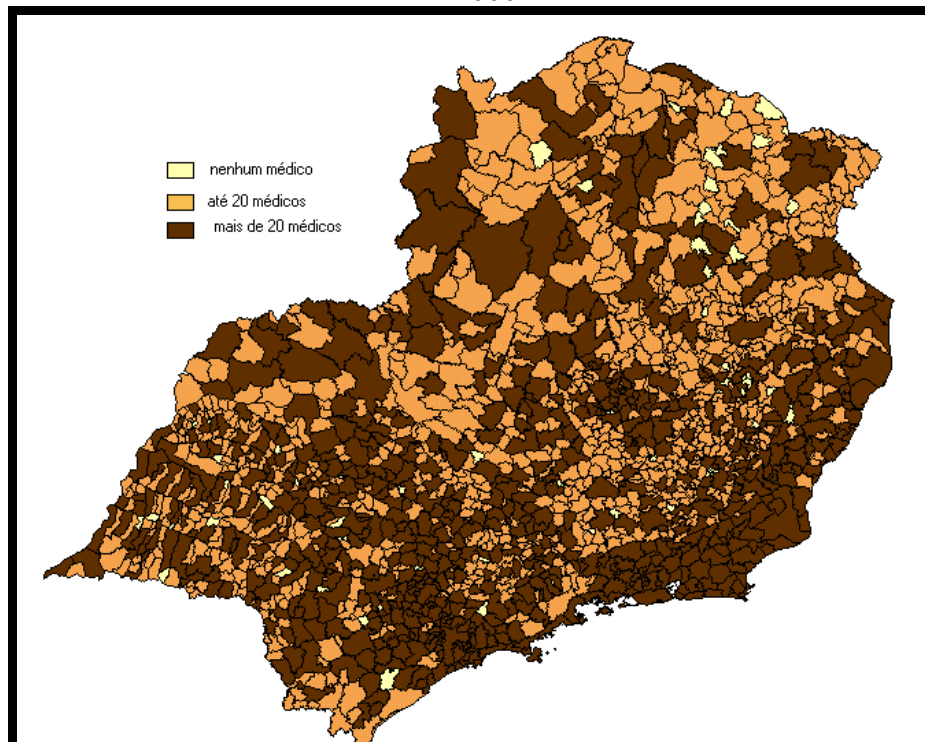
A figura 17 mostra a distribuição de médicos segundo municípios para a região Sudeste. A presença da Unimed naqueles municípios com menos de vinte médicos sugere que estes se agregam para montar cooperativas regionais.

Figura 16. Municípios da região Sudeste, segundo presença da Unimed – 2000



Fonte: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed.

Figura 17. Municípios da região Sudeste, segundo o número de médicos existentes – 2000



Fonte: Datasus, 2002.

Região Sul:

Na região Sul, a cobertura populacional e o grau de adesão dos médicos ao cooperativismo são os maiores do país. Em termos absolutos, o número de clientes ultrapassa 2,5 milhões. As maiores Unimeds são Porto Alegre (360 mil clientes), Curitiba (309 mil) e Caxias do Sul (244 mil). Além destas, as Singulares de Blumenau e Londrina possuem mais de cem mil clientes. Estas cinco Unimeds atendem a 10% dos municípios da região. Singulares de porte intermediário (de vinte mil a cem mil clientes) atendem a 41% dos municípios e apenas 13% são atendidos por Singulares até sete mil clientes.

A tabela 25 evidencia que o grau de adesão dos médicos é maior do que 50% em todos os estados, chegando a 70% no Rio Grande do Sul. A cobertura populacional tende a ser maior do que a média nacional nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Os dois indicadores se apresentam significativamente maiores do que a média nacional na região Sul.

O *gap* que separa disponibilidade de médicos para população em geral e para usuários não é dos mais elevados do país. Ambos estão bem próximos da média nacional.

Tabela 25. Indicadores de cobertura da Unimed segundo estados da região Sul – 2000

estado/região	cobertura populacional	adesão dos médicos	cooperados por 1.000 usuários	médicos por 1.000 hab.
SUL	10,3%	60%	8,6	1,5
Paraná	8,0%	55%	9,6	1,4
Santa Catarina	11,2%	60%	6,0	1,1
Rio grande do Sul	12,0%	64%	9,3	1,8
BRASIL	6,3%	35%	8,7	1,5

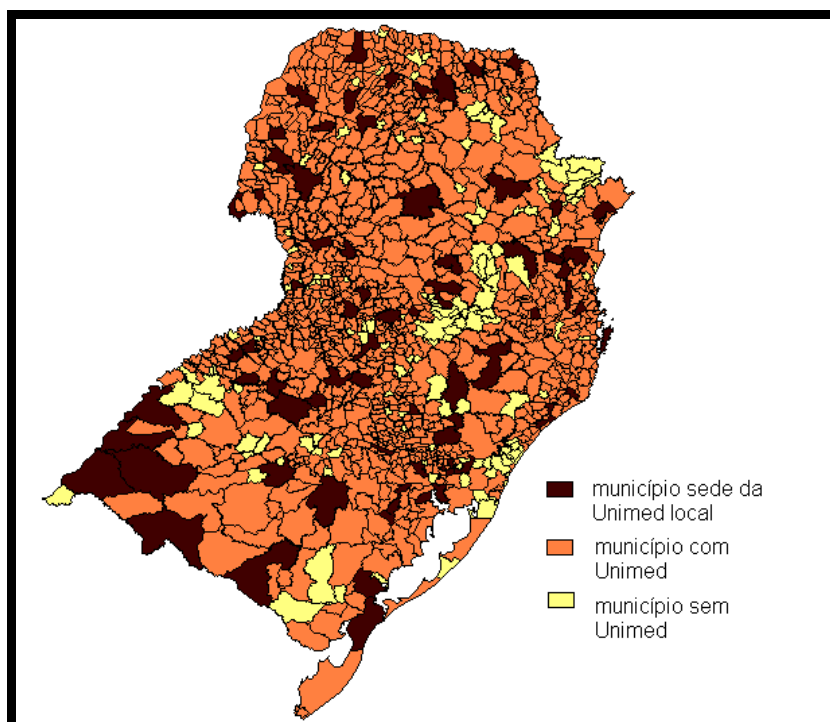
Fontes: distribuição das Unimeds, número de cooperados e número de usuários: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed; população: IBGE, 2002; número de médicos por estado: CFM, 2001;

O número de municípios cobertos pelo sistema Unimed é também o maior do país: 84%. A figura 18 mostra a distribuição das 72 sedes e 907 municípios das áreas de abrangência e a figura 19 os municípios segundo o número de médicos.

Uma pequena área do estado de Santa Catarina concentra um número maior de cidades sem Unimed. Esta concentração pode ser explicada pela ausência de informações sobre a área de abrangência da Unimed de Alto Vale, com sede no município de Rio do Sul, ao redor do qual localiza-se a área assinalada.

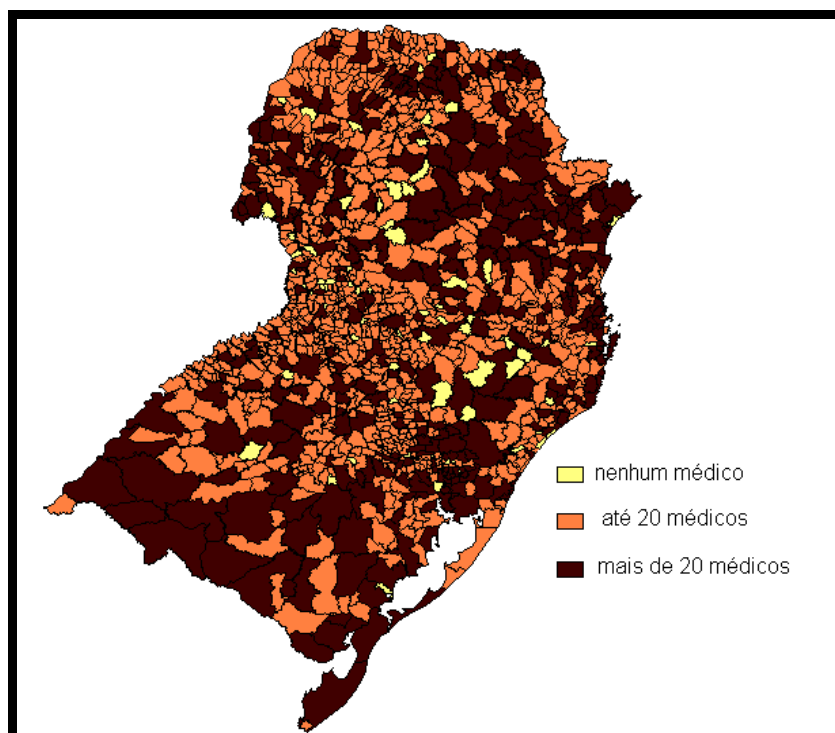
O PIB per capita médio¹⁷ das 145 cidades sem Unimed é de R\$ 3.194,80. Entre elas, trinta não possuem estabelecimentos de saúde e 65 possuem apenas estabelecimentos do SUS. Somente 16 têm mais de vinte médicos¹⁸

Figura 18. Municípios da região Sul, segundo presença da Unimed – 2000



Fonte: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Unimed.

Figura 19. Municípios da região Sul, segundo o número de médicos existentes – 2000



Fontes: Datasus, 2002.

Os dados apresentados revelam que a Unimed, considerada como uma empresa única, ocupa a principal fatia do mercado de assistência suplementar. Em comparação com as demais empresas médicas apresenta padrão de menor concentração no Sudeste, estando relativamente mais presente em outras regiões do país. A Unimed Seguradora demonstra competitividade no setor de seguro e um padrão igualmente mais disseminado pelo país em relação às similares.

A Unimed é encontrada na maior parte do território nacional, cobrindo 72% dos municípios e 6,3% da população. Conta com expressivo grau de filiação dos médicos, tendo como cooperados 35% dos profissionais do país.

Via de regra, os locais onde não existe a cooperativa são aqueles mais empobrecidos, onde, muitas vezes não há estabelecimento algum, público ou privado, que preste assistência médica à população e onde o número de médicos é menor do que 20. Isto é especialmente significativo nas regiões Norte e Nordeste. Os municípios sem Unimed da região Centro-Oeste são exceções a esta regra, apresentando um PIB per capita mais alto do que os municípios com Unimed.

As menores cooperativas, com menos de 7 mil usuários, predominam no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Nesta última região nota-se também a presença significativa de grandes cooperativas (mais de 100 mil usuários), apresentando um padrão de distribuição mais homogêneo em relação ao porte das singulares. No Sudeste e Sul predominam as cooperativas de médio porte.

Na região Sudeste a competição com outras modalidades de assistência médica supletiva confere um padrão bastante específico, com coberturas populacionais e grau de adesão dos médicos mais baixos do que no restante do país.

A região Sul destaca-se, ao contrário, pelos mais altos percentuais de associação dos médicos à cooperativa. Vale lembrar que o Estado do Rio Grande do Sul, embora apresente 64% dos médicos associados, tem cobertura populacional menor do que a informada para a medicina de grupo, conforme foi visto na tabela 17.

Afora o fato de que apenas uma parte da população tem acesso à Unimed, chama a atenção a diferença expressiva na disponibilidade de médicos para usuários e para a população em geral, significando maior presteza no atendimento de clientes Unimed. Os maiores diferenciais são vistos no Nordeste, onde a relação de cooperados por mil usuários é maior do que 10 em todos os estados, chegando a 35 no Piauí. Já o número de médicos por mil habitantes varia de 0,5 a 1,2.

O padrão de distribuição da Unimed, portanto, apesar de mais disseminado do que o de outros segmentos do setor privado, reforça desigualdades no acesso da população à assistência médica .

Além das diferenças em relação à população em geral, a Unimed implementa também estratégias securitárias que produzem desigualdades internas, segmentando sua clientela. Adicionalmente, as práticas de monopólio assumidas pela cooperativa dificultam a competitividade com outros segmentos do mercado e impõem barreiras à entrada de novos cooperados. É o que será tratado no próximo capítulo.

NOTAS

- ¹ Como mencionado no capítulo 1, a Agência Nacional de Saúde Suplementar busca atualmente construir novas categorias de classificação das empresas de planos e seguros de saúde.
- ² As empresas de autogestão estimavam uma cobertura de oito milhões de clientes em 1998, que saltou para 11 milhões em 1999. Estes dados aparentemente refletem mais a falta de registros precisos para este segmento do que a um aumento real.
- ³ Dados citados por Bahia, 2001: 346.
- ⁴ Dados informados pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas.
- ⁵ O índice HH é calculado pela fórmula: $HH = \sum_{i=1}^n s_i^2$, onde s é a participação percentual de cada estado brasileiro na carteira de clientes das modalidades apresentadas. O

valor mínimo possível equivale a $1/n$, ou 0,037, no caso dos clientes estarem distribuídos de forma idêntica pelos estados. O valor máximo é igual 1 no caso de 100% dos clientes residirem em apenas um estado.

- ⁶ O número de usuários por estado foi estimado multiplicando-se os valores percentuais por estados e regiões pelo número total de clientes no Brasil, ambas informações existentes nas fontes de dados citadas.
- ⁷ Uma rica análise comparativa dos dados disponíveis sobre as diferentes modalidades de assistência suplementar foi elaborada por Bahia, 1999.
- ⁸ Índice $HH = \sum_{i=1}^n s_i^2$, onde s é a participação percentual de cada estado brasileiro no prêmio das seguradoras. No caso da tabela 21, os valores podem variar entre 0,1 e 1,0.
- ⁹ As fontes utilizadas, de acordo com as variáveis, foram:
- distribuição das Unimed, número de cooperados e número de usuários: dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas;
 - população em 1996: IBGE, 2001 e população em 2002: IBGE, 2002;
 - Produto Interno Bruto – PIB municipal: IPEA, 2002;
 - número de médicos por estado: CFM, 2001;
 - número de estabelecimentos e médicos por município: Datasus, 2002.
- ¹⁰ A curva de concentração traz a freqüência acumulada do número de médicos em relação à população dos estados ordenados segundo taxa decrescente de pobreza. Compara a distribuição observada com a distribuição esperada no caso de completa igualdade. A distribuição uniforme de igualdade é representada pela linha diagonal do gráfico. Quanto mais a curva com os valores observados se distanciar da diagonal, maior será a desigualdade na distribuição do número de médicos.
- ¹¹ Com e sem internação.
- ¹² O grau de adesão dos médicos em todo o território nacional foi analisado no capítulo 1.
- ¹³ PIB *per capita* municipal obtido em: IPEA, 2002.
- ¹⁴ PIB *per capita* municipal obtido em: IPEA, 2002.
- ¹⁵ PIB *per capita* municipal obtido em: IPEA, 2002.

¹⁶ PIB *per capita* municipal obtido em: IPEA, 2002.

¹⁷ PIB *per capita* municipal obtido em: IPEA, 2002.

¹⁸ Dados da AMS-99 obtidos em: Datasus, 2002.

CAPÍTULO 6

UNIMED E REGULAÇÃO

A primeira iniciativa de regulamentação específica de seguros privados de saúde remonta de 1966, com o Decreto-lei 73, que instituiu o Sistema Nacional de Seguros e possibilitou a definição das bases legais para as coberturas dos seguros-saúde. Embora tenha tratado seguros e planos de saúde como sinônimos, devido às brechas existentes na redação, os segmentos de medicina de grupo e cooperativas médicas acabaram por ficar fora de sua aplicabilidade. O artigo 135 faz referência às empresas médicas sem fins lucrativos, às quais faculta a possibilidade de operar sistemas próprios de pré-pagamento¹:

(...) às entidades organizadas sem objetivos de lucro, por profissionais médicos e paramédicos ou por estabelecimentos hospitalares, visando a institucionalizar suas atividades para a prática da medicina social e para a melhoria das condições técnicas e econômicas dos serviços assistenciais, isoladamente ou em regime de associação, podendo operar sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e / ou hospitalares, sujeitos ao que dispuserem a Regulamentação desta Lei, as resoluções do CNSP e a fiscalização dos órgãos competentes (Decreto-lei 73, de 1966, artigo 135).

A ausência de regulamentação posterior à lei, deixou as empresas médicas – medicina de grupo e Unimed – à margem da legislação. A complexidade institucional e legal e as estratégias utilizadas por elas integraram, desde então, um cenário de desregulamentação governamental desta parte do segmento de assistência médica suplementar (Bahia, 1999).

A regulamentação entrou novamente na agenda governamental no final dos anos 80, entre outros fatores devido ao número crescente de reclamações junto às entidades de defesa do consumidor e à justiça. Os usuários reclamavam de aumento abusivo de preços, recusa de atendimento, exclusão de coberturas e atitudes antiéticas de profissionais e planos de saúde, que ameaçavam a saúde e a vida dos usuários.

Em 1998, as normas que regulam a oferta de planos de saúde pelo setor privado foram regimentadas pela lei 9.656 (Brasil, 1998). Desde então, um conjunto de leis, medidas e resoluções específicas têm sido editados no plano jurídico e, no plano institucional, foram criados organismos de caráter normativo e fiscalizador, como o Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ambos vinculados ao Ministério da Saúde. Este novo cenário representou a instauração de um regime regulatório que alterou substancialmente o ambiente anterior.

Em Costa e colaboradores (2000: 1), regulação é definida como o "conjunto diversificado de instrumentos por meio dos quais os governos definem regras de conduta para empresas e cidadãos. As atividades regulatórias incluem leis, portarias, regulamentos formais e regras informais emanadas de todas as instâncias de governo e decisões tomadas por organismo não governamental ou de auto-regulação, para os quais o governo delega status regulatório".

Avaliando o processo de mudança no regime regulatório nos países industrializados, os autores apontam que a regulação por propriedade pública foi, durante décadas o principal meio utilizado na área de infra-estrutura: gás, eletricidade, indústria de água, ferrovias, telégrafos e serviços telefônicos. No entanto, o principal objetivo para os quais elas foram criadas - a regulação da economia em nome do interesse público - era com frequência esquecido.

Os debates sobre a crise e reforma do Estado levaram à conclusão de que propriedade pública e controle público poderiam não ser assumidos como a mesma coisa e tornou-se aceitável a tese de que o interesse público pode ser preservado e desenvolvido vis-à-vis as atividades de mercado, por meio de controles legais e incentivos organizacionais manejados externamente por uma agência.

A falência da propriedade pública como um modo de regulação explicaria as reformas regulatórias implementadas nos países industrializados, definidas como o "processo de mudanças ocorridas na indústria de serviços de utilidade pública das economias industriais, de um monopólio de propriedade pública para empresas com novos proprietários, novas instituições regulatórias, novas estruturas industriais, novos competidores e métodos de controlar o seu comportamento". (Op. Cit: 4).

No âmbito dessas reformas foi grande a difusão da forma de gestão pelo setor privado dos serviços públicos ou de atividades de relevância pública, com regulação por comissões ou agências especializadas. Estabelecidas como autoridade independente, estas agências ou comissões passariam a receber a permissão para operar fora da linha de controle hierárquico e de supervisão do governo central.

Para os autores, o modelo de regulação que atualmente vem sendo implementado no Brasil segue a experiência internacional. As agências foram implantadas efetivamente a partir de 1997 e funcionam no momento aquelas relacionadas aos setores de telecomunicações, energia elétrica, petróleo e, no setor saúde, vigilância sanitária e assistência suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada, segundo os artigos 1º e 3º da lei 9.961, como autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, "como órgão de regulação, normatização controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde". Tem por finalidade "promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país".

Em termos gerais, a regulação visa corrigir e atenuar situações onde as condições de um mercado competitivo— vários agentes produtores, livre entrada no mercado, consumidor bem informado com poder de mercado – não estão presentes. São as denominadas falhas de mercado.

6.1 FALHAS DE MERCADO E ESTRATÉGIAS SECURITÁRIAS:

Historicamente, as questões relacionadas ao setor privado de saúde se inseriam no debate sobre os padrões de proteção social, o papel do Estado e a conformação de políticas sociais, numa linha teórica fértil e já estabelecida. A partir da década de 1990, a conformação e morfologia do mercado privado de atenção à saúde e suas possibilidades frente à conjuntura de regulação passaram a ser objetos de maior interesse acadêmico².

Numa linha de produção que utiliza o aporte da economia aplicada à saúde, um ângulo de especial interesse é o que diz respeito às implicações das funções de mercado na assistência à saúde em um ambiente de baixa regulação, vigente até a implementação da nova legislação. A noção de falha de mercado se aplica a essas situações, nas quais o mercado, por si mesmo, fracassa em alocar recursos de forma eficiente (Mankiw, 1999: 10).

A ocorrência de falhas de mercado seria o principal fato gerador da intervenção do Estado: se as condições de um mercado competitivo estão presentes, a eficiência, do ponto de vista da sociedade, não poderá ser aprimorada por meio de intervenções do governo. Se, no entanto, numa perspectiva realista, estas condições não estão dadas – e existirem falhas de mercado – a intervenção governamental no sentido de corrigi-las pode contribuir para aumentar a eficiência (Banco Mundial, 1995).

Em economia geral são situações que tipicamente induzem a falhas de mercado:

* **Monopólio**, quando, na ausência de concorrência, caso não haja regulação, as empresas podem diminuir a produção para aumentar os preços.

* **Externalidades negativas**, onde a atividade de indivíduos ou firmas impõe custos a outros indivíduos ou firmas sem a compensação correspondente.

* **Informação incompleta**, quando um dos participantes da transação sabe muito mais do que o outro a respeito do assunto. São denominadas falhas de informação as situações em que a informação necessária para realizar uma escolha informada não existe ou é assimetricamente distribuída.

As falhas de informação geram **seleção adversa** e o **risco moral** (Mankiw, 1999).

Como **seleção adversa** são entendidas as situações em que uma das partes é impedida de tomar as decisões ou assumir as escolhas que mais benefícios lhe traz por não conhecer todas as informações necessárias. No campo da economia geral, é exemplo ilustrativo a situação de venda de carros usados, onde os vendedores conhecem os defeitos dos carros, enquanto os compradores em geral os ignoram.

Risco moral (*Moral hazard*), é definido considerando os papéis de agente e principal. O risco moral ocorre quando uma pessoa, denominada agente, desempenha

uma tarefa como representante de outra pessoa, chamada principal. Como o principal não pode monitorar perfeitamente o comportamento do agente, este pode agir de forma diferente do que o principal considera desejável.

As relações entre *agents x principals*, classes de atores com diferentes níveis de acesso às informações necessárias às decisões, são definidas em Przeworski (1998). Para ele,

(...) a economia é uma rede de relações diferenciadas e multifacetadas entre classes de *agents* e *principals*: gerentes e empregados, proprietários e administradores, investidores e empresários, mas também cidadãos e políticos, políticos e burocratas. O desempenho de empresas, de governos, e da economia como um todo depende do desenho das instituições que regulam essas relações. O que importa é se os empregados têm incentivos para maximizar seus esforços, se os gerentes têm incentivos para maximizar os lucros, se os empresários têm incentivos para só assumir bons riscos, se os políticos têm incentivos para promover o bem-estar público, se os burocratas têm incentivos para implementar as metas estabelecidas pelos políticos (p. 45-46).

Ou seja, nas relações entre agentes e principais, os últimos necessitam de mecanismos que encorajem os primeiros a agirem de forma responsável. Na relação de emprego, por exemplo, os trabalhadores são os agentes e as empresas os principais. O risco moral seria a possibilidade de trabalhadores inadequadamente monitorados fugirem às suas responsabilidades.

Przeworski, refere-se ao risco moral utilizando a expressão "negligências induzidas pelas garantias", que se aplica com mais clareza nas situações típicas de seguro, como no caso de um motorista que, por ter segurado o automóvel, dirige de maneira menos cuidadosa, agindo de forma negligente.

No campo do seguro-saúde, as falhas de mercado mais importantes são aquelas relacionadas à assimetria da informação. A seleção adversa refere-se à busca preferencial de seguros por parte de pessoas doentes ou submetidas a maiores riscos. Situações de risco moral podem ser encontradas tanto na relação médico/paciente como entre usuários e provedores.

Na relação médico/paciente refere-se ao domínio do conhecimento sobre o processo de adoecimento e às possibilidades de intervenção, onde as informações necessárias à decisão sobre a saúde do paciente estão centradas de forma quase absoluta

nas mãos do médico. Esta relação, onde o médico é o agente e o paciente o principal, gera risco moral, à medida que o médico pode induzir o paciente a procedimentos ou tratamentos desnecessários ou inadequados a seu caso ou, na situação inversa, pode deixar de assumir as condutas necessárias.

Na relação entre usuários e provedores, são consideradas situações de risco moral, por parte da demanda, a maior propensão à utilização de serviços em função das coberturas disponíveis; e, pelo lado dos provedores, o incentivo ao excesso de oferta de serviços médicos quando uma terceira parte (governo ou seguradora) é responsável pelo pagamento da maioria dos serviços que os médicos solicitam para o paciente.

Para contornar essas situações, as empresas adotam estratégias securitárias com o fim de otimizar seus ganhos. O sistema de atenção administrada norte-americano, o *managed care*, é paradigmático em relação à adoção de tais estratégias. Figuram entre os seus princípios o credenciamento seletivo de prestadores de serviços de saúde (o qual os faz competir em termos de preços e qualidade) e a gestão da utilização de serviços, mediante instrumentos de controle de consumo como o estabelecimento de limites de tempo de permanência do paciente no hospital segundo o procedimento a que tenha se submetido, a introdução de "portas de entrada" ao sistema médico-assistencial, como o atendimento inicial por médicos generalistas, ou a instituição do co-pagamento por parte do usuário (Ugá, 1997).

Para minimizar a **seleção adversa**, os consumidores são discriminados segundo graus de risco. São preferidos os indivíduos mais hígidos e selecionados os menores riscos através de estratégias de *risk avoidance*, concretizadas nas peculiaridades dos contratos de planos e seguros. Preferência por contratos coletivos e de grandes empresas, carências e exclusões de patologias pré-existentes, de alto custo ou crônicas, como as doenças mentais, são exemplos de **seleção de risco** praticados pelas empresas (Bahia, 1999).

Para coibir o **risco moral**, são instituídos mecanismos voltados ao desestímulo das despesas com assistência médico-hospitalar, do tipo co-pagamento, ou constrangimentos à autonomia médica, como limitações do número de consultas/mês, solicitações de exames, limitação do tempo de internação, etc.

Os valores cobrados pelas empresas variam em relação direta com a possibilidade de seleção adversa e risco moral. A maior parte das estratégias

securitárias utilizadas tende a lesar o direito dos consumidores e comprometer a qualidade dos serviços oferecidos.

Teixeira (2001) sintetiza as falhas de mercado mais freqüentes no setor de assistência à saúde:

- ausência de informações sobre qualidade, natureza e preço dos serviços de atenção à saúde, e assimetria de informação entre médico e paciente;
- práticas de monopólio, como barreiras institucionais à entrada nos mercados de prestação de serviços de assistência ;
- discriminação de preços (cobrança de preços diferentes pelo mesmo serviço);
- externalidades negativas.

A avaliação dos padrões contratuais oferecidos pelas empresas indica as estratégias utilizadas para evitar o risco moral e a seleção adversa. Até 1988, como observado pelos diagnósticos do setor, as exclusões e variações no escopo e natureza da cobertura constituíram componentes de todos os planos privados, que apresentavam uma variedade imensa de possibilidades de coberturas (acesso/restrição ao consumo de serviços de saúde), acarretando um desconhecimento acentuado quanto aos tipos de contratos operacionais estabelecidos por todas as modalidades empresariais. Desde então, o espectro de variação contratual restringiu-se consideravelmente, admitindo variações em torno dos itens que não são fixados pela nova legislação.

A análise do padrão contratual observado na Unimed é especialmente interessante já que revela as fronteiras do “ideal de serviço” que dá o tom da missão institucional: “agregar profissionais médicos para defesa do exercício liberal, ético e qualitativo de sua profissão, com adequadas condições de trabalho e remuneração justa, além de propiciar, à maior parcela possível da população, um serviço médico de boa qualidade, personalizado e a custo compatível” (Unimed do Brasil, 1994).

Os principais produtos da Unimed são os planos de saúde comercializados para pessoas físicas ou jurídicas, cuja forma principal de financiamento é o pré-pagamento, ou seja, mediante remuneração de uma mensalidade fixa, o usuário tem acesso aos serviços de assistência. Uma segunda forma de financiamento é o “custo operacional”, no qual o usuário paga um valor estipulado pelos serviços, acrescido de custeio administrativo, apenas quando estes são utilizados.

O alto grau de autonomia entre as singulares propiciou, principalmente até a implementação da Lei n. 9.656, uma grande variabilidade no interior do Sistema Cooperativo. Os contratos estabelecidos davam direito em geral a atendimento nos serviços locais, existindo variação em todos os demais aspectos: desde carências, grau de cobertura e exclusão de cuidados até o valor de remuneração dos profissionais.

Até 1998, a Unimed do Brasil, além de constituir o órgão representativo máximo da organização, funcionava como uma “operadora nacional”, já que comercializava planos de cobertura nacional. Para atender à nova legislação, ela foi substituída, nesta função, pela Central Nacional Unimed. Na impossibilidade de examinar a totalidade dos contratos existentes, para o escopo deste trabalho, serão descritas as características do Novo Uniplan, lançado antes da Lei n. 9.656 pela Unimed do Brasil e do Uniplan Múltiplo, que passou a ser comercializado pela operadora Central Nacional Unimed, ambos com vigência em todo o território nacional.

Em relação às singulares, a guisa de exemplo, alguns dados mais detalhados foram obtidos na Unimed Juiz de Fora. Trata-se de uma singular de médio porte, com uma área de abrangência de 12 municípios e uma carteira de mais de cem mil usuários, representando uma cobertura de 21% da população.

Legalmente, define-se **Contrato individual ou familiar** como aquele oferecido no mercado para a livre adesão de consumidores, pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar. Caracteriza-se o plano como familiar quando facultada ao contratante, pessoa física, a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar. **Contrato coletivo empresarial** é aquele que oferece cobertura à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica através de relação de emprego, associativa ou sindical. **Contrato coletivo por adesão** é aquele que, embora oferecido por pessoa jurídica para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de funcionários, associados ou sindicalizados, com e sem a opção de inclusão do grupo familiar (Ministério da Saúde, 1998).

A composição da carteira da Unimed do Brasil / Central Unimed é majoritariamente empresarial, com contratos coletivos empresariais ou por adesão. Tais contratos são celebrados, via de regra, com empresas que possuem filiais em vários pontos do país, necessitando de cobertura nacional. A assistência é prestada pelas singulares do Sistema Unimed, que enviam a cobrança pelos serviços realizados para a cooperativa nacional, segundo um conjunto de regras denominadas “Intercâmbio”.

Como descrito no capítulo 4, o intercâmbio entre Unimeds pode acontecer na modalidade de Extensão ou Eventual. Na modalidade **Extensão**, os usuários contratados pela Unimed Origem são repassados (transferidos) para a Unimed Destino juntamente com o cadastro, por tempo determinado ou não. Esta extensão pode se processar por pré-pagamento ou custo operacional. Na modalidade **Eventual** o usuário em trânsito na Singular de destino, e conseqüentemente não cadastrado, recebe atendimento conforme as normas do Manual de Intercâmbio Nacional (Unimed do Brasil, 1997). A Unimed Destino cobra pelos serviços prestados o preço previsto neste manual, acrescido de custeio administrativo em percentual fixo sobre os custos. O manual contém os formulários utilizados, prazos, valores, motivos de glosa de pagamento e outras informações complementares.

Vale lembrar que as operações de intercâmbio se enquadram na definição de “atos cooperativos”, não tributáveis de acordo com a legislação vigente sobre cooperativismo. Atos cooperativos, abordados no capítulo 3, são aqueles praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associadas, para a consecução dos objetivos sociais.

Os contratos da Operadora Nacional podem ser também comercializados pelas Singulares que o desejarem, em geral quando é necessário estabelecer planos de cobertura nacional.

As características do Novo Uniplan e do Uniplan Múltiplo estão resumidas no apêndice 5. Vale chamar a atenção para os itens que caracterizam estratégias securitárias para evitar seleção de risco. Em relação ao Novo Uniplan, que teve vigência até 1998, os aspectos mais relevantes, com menção do fixado pela lei 9.656, são:

Em relação aos prazos de carências:

- existência de carências para urgência e emergência (pela lei: permite apenas 24 horas);
- carência de 360 dias para o tratamento de patologias diferenciadas (pela lei: no máximo 180 dias);
- carência de 180 dias para acidentes pessoais (pela lei: apenas três dias).

Em relação às internações:

- limitação de diárias de enfermaria a sessenta dias prorrogáveis por mais trinta dias (a lei veda qualquer limitação);
- limitação de permanência em UTI a 15 dias (a lei veda qualquer limitação);
- limitação de quantidade de exames e serviços auxiliares (a lei veda limitação).

Quanto à exclusão de serviços:

- não-cobertura para doenças psíquicas (pela lei: os portadores de problemas mentais têm direito a atendimento);
- restrição ao tratamento de moléstias infecto-contagiosas e de notificação compulsória, inclusive AIDS (pela lei: restrição apenas às patologias pré-existentes nos dois primeiros anos de tratamento).

A necessidade de adaptação às regras implementadas pela nova legislação levou a Unimed do Brasil a paralisar a comercialização de planos do Novo Uniplan. Após a fundação da Central Nacional foi lançado o Uniplan Múltiplo. Como pode ser observado no apêndice 5, muitas restrições antes existentes desapareceram em função da legislação, o que evidencia um incremento efetivo para o usuário, que passa a ter acesso a um produto de maior abrangência.

Mecanismos para evitar o risco moral são também encontrados no Sistema Unimed. Entre aqueles aplicados sobre a demanda, o mais freqüente é o co-pagamento, que torna o preço dos contratos mais atraentes para os contratantes. Na Unimed Juiz de Fora, por exemplo, os planos com co-participação responderam por 35% dos planos familiares comercializados em 2001³.

Em relação aos médicos, a Unimed tende a ser vista como um terceiro pagador. Os dados apresentados no capítulo 4 revelaram que indicadores de produção da Unimed, como o número de exames por consultas médicas, apresentam valores acima do setor público, privado e dos padrões estabelecidos como aceitáveis pelo Ministério da Saúde. Como decorrência, os custos da assistência também foram os mais altos.

Este perfil é resultado da combinação dos modelos de remuneração do trabalho – de acordo com a produção – e de gestão – politizado e permeado pelos interesses individuais dos profissionais – ambos características do cooperativismo.

Os mecanismos para coibir o risco moral aplicados à prática médica são residuais na Unimed e começam a ser observados apenas nos últimos anos, variando de acordo com a Singular. Alguns relatados foram: o não pagamento da segunda consulta, quando realizada num prazo menor do que trinta dias, e o estabelecimento de cotas de exames complementares com base nas estatísticas das especialidades.

A composição da carteira é outro aspecto a ser considerado, já que as empresas tendem a preferir os contratos coletivos que representam maior diluição de riscos em relação aos individuais/familiares. A Unimed do Brasil, com base no cadastro do PEA, registra que 69,8% dos usuários de todo o sistema são vinculados a pessoas jurídicas (contratos coletivos). O PEA, Plano de Extensão Assistencial, é um produto da Unimed do Brasil, comercializado junto com os contratos da Confederação. É uma das principais fontes de recursos da Unimed do Brasil. Dentre os 7.411.722 de usuários cadastrados no PEA, 5.176.226 eram vinculados a planos coletivos e 2.235.496 a planos individuais ou familiares.

Entretanto, esse padrão não é homogêneo para todas as singulares. A tabela 26 informa a composição da carteira, em dezembro 2001, para algumas cooperativas locais⁴. Embora haja predominância dos contratos coletivos, percebe-se uma certa variação, que certamente acompanha a inserção histórica de cada Unimed no sistema de saúde local.

Aquelas que se destacam pelo perfil de contratos familiares são: Vera Cruz na Bahia; Cariri no Ceará, ambas com cerca de 100 mil usuários e Barra Mansa e Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro.

Tabela 26. Composição da carteira de algumas UnimedS – 2001

Unimed	UF	Individual / familiar		Coletivo (empresarial)		total	
		n.	%	n.	%	n.	%
Vera Cruz	BA	5.434	52,4	4.927	47,6	10.361	100
Cariri	CE	10.284	99,8	17	0,2	10.301	100
Barbacena	MG	6.389	24,0	20.224	76,0	26.613	100
Juiz de Fora	MG	25.128	23,7	80.696	76,3	105.824	100
Barra Mansa	RJ	9.156	77,3	2.686	22,7	11.842	100
Nova Iguaçu	RJ	34.205	55,4	27.544	44,6	61.749	100
Santa Maria	RS	9.811	16,0	51.550	84,0	61.361	100
Vale das Antas	RS	1.403	8,9	14.302	91,1	15.705	100
Videira	SC	736	9,6	6.941	90,4	7.677	100
Alto Vale	SC	2.668	12,2	19171	87,8	21.839	100

Fonte: Dados selecionados de enquete realizada, via internet, com 304 UnimedS.

Dados adicionais foram disponibilizados para a Unimed Juiz de Fora. A tabela 27 mostra a composição da carteira da cooperativa.

Tabela 27. Distribuição dos usuários da Unimed Juiz de Fora, segundo tipo de contrato em 2001

Tipos de contratos					total
Individual / familiar (pessoa física)		Coletivo (pessoa jurídica)			
Pré-pagamento	Unimed Card (custo operacional)	Empresa (pré-pagamento)	Adesão (pré-pagamento)	Custo operacional	
20.324	4.804	9.203	22.311	49.182	105.824

Fonte: Dados fornecidos pela Gerência Operacional da Unimed Juiz de Fora, setembro de 2001.

Em Juiz de Fora, mais de 70% dos clientes são vinculados a contratos coletivos. Entre estes, predomina a opção pela modalidade de custo operacional e, entre os clientes de pré-pagamento, a maioria é vinculada a contratos por adesão. O “Unimed Card” é um produto com as mesmas características do contrato por custo operacional para

empresas, adaptadas ao uso de pessoas físicas. Embora Bahia tenha relatado que essa modalidade seria considerada um “desvio” pelos idealizadores da cooperativa, foi uma opção adotada pela Singular para ampliar a carteira de usuários.

Nos contratos de custo operacional, o risco é retido pela pessoa (física ou jurídica) contratante, que efetua um pós-pagamento referente aos serviços médicos efetivamente consumidos. Assim, haveria uma tendência da contratante de reprimir a utilização de serviços, o que diminuiria o número de clientes para os médicos. Tais contratos fogem à natureza da comercialização dos planos de saúde que implicam uma pré-contraprestação pecuniária, ou pré-pagamento, que são os preferidos pelas empresas médicas, em função da regularidade e maior aporte de recursos (Bahia, 1999).

A relação entre número de usuários por titular (tabela 28) evidencia que a modalidade de contratos empresariais por pré-pagamento incluiu um maior número de dependentes. Os achados de Bahia (1999), revelam padrão para os planos próprios das empresas de 2,6 dependentes por titular. As demais modalidades de assistência suplementar, embora a autora não dispusesse de dados muito precisos, apresentaram em torno de um a 1,4 dependente por titular. Segundo ela, esta diferença sugere que as empresas que optam por transferir os riscos do consumo de serviços de saúde de seus funcionários para outras empresas teriam critérios de seleção de dependentes mais rigorosos do que aquelas com modelo mais próximo do mutualismo. A relação encontrada na Unimed de Juiz de Fora, quando comparados com os dados nacionais, sugere planos mais inclusivos para o grupo familiar dos usuários nos contratos empresariais de pré-pagamento.

Tabela 28. Distribuição dos usuários da Unimed Juiz de Fora segundo o contrato, por modalidade contratual – 2001

	Contratos individuais (familiares)	Contratos coletivos por adesão	Contratos empresariais pré-pagamento
Número de titulares	10.565	11.724	4.252
Número de usuários	20.373	22.311	9.203
Número de usuários por titular	1,9	1,9	2,2

Fonte: Dados fornecidos pela Gerência Operacional da Unimed Juiz de Fora, setembro de 2001.

Os tipos de planos comercializados encontram-se descritos no quadro 12 e correspondem às opções permitidas pela legislação, nas modalidades de cobertura regional e nacional, com e sem co-participação.

Os planos familiares mais vendidos em 2001 foram o regional sem co-participação 58%, seguido pelo regional com co-participação (32%).

Quadro 12. Planos oferecidos pela Unimed Juiz de Fora – 2001

COBERTURA	ABRANGÊNCIA		CO-PARTICIPAÇÃO		PADRÃO	
	REGIONAL	NACIONAL	SEM	COM	APART.	ENFERM.
AMBULATORIAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
HOSPITALAR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
AMBUL.+HOSPIT.+ OBSTETRÍCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fonte: Unimed Juiz de Fora, 2001.

Os preços referentes às diversas combinações estão na tabela 29. A majoração nos valores entre as faixas etárias extremas é da ordem de 598% nos planos ambulatoriais e de 550% naqueles com opções de internação hospitalar. Considerando as diferentes opções numa mesma faixa de idade, as variações são em torno de 330% nos planos de cobertura regional e de 220% naqueles que oferecem cobertura nacional. Além das combinações especificadas, existem ainda os formatos com co-participação – em geral, de 30% – que alteram para baixo os preços.

Os valores informados, segundo o Gerente Executivo⁵, foram definidos através de cálculo atuarial. Entretanto, ainda conforme o informado por esta gerência, o sistema de informação encontrava-se em fase de estruturação, sendo incapaz de fornecer dados sobre o perfil da clientela.

Tabela 29. Preços praticados pela Unimed Juiz de Fora, segundo tipo de plano, sem co-participação – 2001

Faixa de Idade	R\$ correntes				
	Ambulatorial	Enfermaria coletiva		Quarto com acompanhante	
		Hospitalar	/Ambulatorial /Hospitalar -	Hospitalar	Ambulatorial /Hospitalar/ Obstetrícia -
Cobertura Regional:					
0 a 17 anos	R\$ 27,94	R\$ 46,72	R\$ 77,26	R\$ 60,74	R\$ 100,44
18 a 29 anos	R\$ 36,31	R\$ 64,99	R\$ 107,46	R\$ 84,48	R\$ 139,69
30 a 39 anos	R\$ 43,57	R\$ 77,72	R\$ 128,52	R\$ 101,03	R\$ 167,08
40 a 49 anos	R\$ 58,39	R\$ 100,26	R\$ 165,80	R\$ 130,33	R\$ 215,53
50 a 59 anos	R\$ 81,73	R\$ 128,26	R\$ 212,09	R\$ 166,73	R\$ 275,72
60 a 69 anos	R\$ 118,53	R\$ 182,47	R\$ 301,73	R\$ 237,20	R\$ 392,26
> 70 anos	R\$ 167,11	R\$ 257,27	R\$ 425,44	R\$ 334,45	R\$ 553,09
Cobertura Nacional:					
0 a 17 anos	R\$ 58,48	R\$ 60,74	R\$ 100,44	R\$ 78,95	R\$ 130,56
18 a 29 anos	R\$ 76,02	R\$ 84,48	R\$ 139,69	R\$ 109,83	R\$ 181,61
30 a 39 anos	R\$ 91,23	R\$ 101,03	R\$ 167,08	R\$ 131,34	R\$ 217,20
40 a 49 anos	R\$ 122,23	R\$ 130,33	R\$ 215,53	R\$ 169,44	R\$ 280,19
50 a 59 anos	R\$ 171,12	R\$ 166,73	R\$ 275,72	R\$ 216,75	R\$ 358,44
60 a 69 anos	R\$ 248,13	R\$ 237,20	R\$ 392,26	R\$ 308,35	R\$ 509,92
> 70 anos	R\$ 349,87	R\$ 334,45	R\$ 553,09	R\$ 434,79	R\$ 718,98

Fonte: Unimed Juiz de Fora, 2001.

Os dados apresentados evidenciam uma clientela segmentada de acordo com o tipo de plano. Apesar das diferenças significativas nos preços praticados, vale lembrar que a segmentação foi fortemente restringida após a vigência da nova lei, que padronizou os tipos de planos a serem oferecidos.

Um último aspecto que merece destaque em relação às falhas de mercado são as práticas de monopólio observadas na organização.

A exclusividade da área de atuação das singulares apontada no capítulo 4, impede a competitividade entre duas cooperativas. A forte adesão dos médicos à cooperativa aliada à unimilitância estabelece, pelo menos potencialmente, barreiras de entrada a outras empresas. Em relação a este ponto, embora seja uma regra estabelecida pelo cooperativismo, todos os dirigentes entrevistados revelaram que a unimilitância não é cumprida por boa parte dos cooperados. Estes depoimentos são

confirmados pelos resultados de pesquisa realizada pelo Departamento de Estatística da Universidade Federal de Juiz de Fora (NUPEAPI, 1997) sobre a Unimed singular, que revelaram que 75% dos médicos trabalhavam para concorrentes em 1997. Sessenta e quatro por cento eram contra medidas que coibissem esta prática. Embora 56% afirmassem que a Unimed deveria pagar melhor para conseguir exclusividade, apenas 38% alegaram razões financeiras como impedimento para a unimilitância.

Barreiras à entrada de novos cooperados são também estabelecidas na Unimed. Apesar de um dos princípios do cooperativismo ser o da livre associação, em muitas cooperativas ela está sujeita a uma relação entre cooperados e usuários e/ou à aprovação de grupos de especialistas, que decidem se o mercado comporta a entrada de mais associados.

6.2 REGULAÇÃO EM SAÚDE

A partir da instalação do novo regime regulatório, uma regulamentação específica foi instituída, com o objetivo principal de corrigir as distorções quanto à seleção de riscos praticada por operadoras e preservar competitividade do mercado.

O objetivo da regulação é, portanto, atenuar as falhas de mercado, aumentando a competitividade. Teixeira lembra, entretanto, que os aportes da economia precisam ser tomados com cautela, pois dificilmente a saúde pode ser considerada um “bem”, na acepção mercantil da palavra, e assistência à saúde, entendida em seu aspecto de mercadoria, deve ser examinada em suas peculiaridades.

Para ele, a regulação no campo da saúde deve ser entendida como o “conjunto de mecanismos e instrumentos legais que tem por finalidade não o equilíbrio do mercado, mas a adequação das condições da oferta às da demanda e vice-versa, de modo a permitir maior acesso ao sistema e maior resolutividade” (2001: 21).

Deve-se ressaltar a complexidade do “mercado” onde se deve atuar, considerando especialmente as interseções entre o setor público e privado. Os provedores, especialmente na área hospitalar, são os mesmos que atendem ao setor público e aos diversos segmentos do setor privado e os clientes de planos/seguros de

saúde são também atendidos pela rede própria ou contratada do SUS, caracterizando uma prática tradicional de transferência, especialmente dos pacientes mais dispendiosos (Bahia, 1999).

A regulação, para atender à finalidade apontada por Teixeira, deve ser global, isto é direcionar-se a todos os agentes tanto do setor público como do privado, que atuam na assistência a saúde. Ademais, as regras definidas necessitam estar em consonância com as diretrizes e princípios do SUS.

A despeito das críticas e desafios, o novo ambiente regulatório representa um importante avanço no sentido de dar parâmetros à dimensão assistencial desse mercado, até então desordenada. Como lembra Mesquita, “antes do ordenamento jurídico-legal trazido pela Lei n.º 9.656/98, a regulamentação da assistência era quase que individualizada por operadora. Cada segmento do mercado seguia um conjunto de diretrizes básicas, mas só algumas eram comuns aos diversos setores. A auto-regulamentação e as jurisprudências firmadas eram a base da ordem.” (2002: 85)

Fazendo uma análise da evolução da regulamentação no período após a promulgação da Lei 9.656, Mesquita ressalta alguns dos marcos principais:

- 1º. O primeiro ciclo de regulamentação por parte do CONSU e do Ministério da saúde, em novembro de 1998, onde foram contempladas as normas regulamentares assistenciais; a instituição do registro provisório de operadoras e produtos, em dezembro de 1998; revisão das quatorze primeiras Resoluções CONSU e a regulamentação de agravos que dizem respeito à continuidade da assistência a aposentados e demitidos, e do ressarcimento ao SUS, em março e outubro de 1999;
- 2º. A repactuação de contratos anteriores à lei, com cláusulas de reajustes por mudança de faixa etária, em junho de 1999;
- 3º. A retirada da lei de qualquer referência a seguros ou seguradoras; a transferência das competências anteriormente atribuídas ao Conselho Nacional de Seguros Privados e à Superintendência de Seguros Privados para o CONSU Conselho de Saúde Suplementar e o Ministério da Saúde, respectivamente, e a conceituação de planos de saúde, em setembro de 1999;
- 4º. A criação da ANS como instância reguladora da assistência suplementar à saúde, em novembro de 1999 e as regulamentações da taxa de saúde suplementar, do recolhimento de multas e da obrigatoriedade do ano-referência, em março de 2000;

- 5°. O primeiro ciclo de regulamentação da ANS, que incluiu normas sobre instrumento de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras, em junho de 2000;
- 6°. O segundo ciclo de instruções normativas da ANS, de fortes características saneadoras do mercado de operadoras de planos, de outubro de 2000 a dezembro de 2001.

A mesma autora organiza as principais inovações trazidas pela regulamentação na ampliação de coberturas assistenciais e proteção do consumidor; nas relações entre os setores público e privado nos planos de saúde; no funcionamento das operadoras e fiscalização governamental e no próprio funcionamento da agência reguladora. Mesquita aponta também os efeitos esperados para cada item regulamentado. Entre eles destacam-se:

- a instituição de plano com cobertura completa, denominado plano-referência, e a obrigatoriedade de seu oferecimento a todos os atuais e futuros consumidores. Essa medida teve como intuito garantir a oferta de produtos sem restrição de cobertura;
- a delimitação de tipos de planos de saúde, segundo a complexidade o nível de atenção - ambulatorial, hospitalar, com e sem obstetrícia, e com e sem assistência odontológica – e a padronização das respectivas amplitudes de cobertura. Essas medidas buscaram diminuir a assimetria de informações e melhorar o nível de cobertura;
- a conceituação de doenças e lesões preexistentes, buscando evitar tanto a seleção de risco quanto a seleção adversa. A legislação proíbe a alegação pela operadora de preexistência após 24 meses de contrato, estabelece que a alegação requer conhecimento prévio do consumidor e que o ônus da prova cabe à operadora;
- a obrigação das operadoras de planos de renovarem, automaticamente, contratos e planos, sem cobrança de taxas. Antes da lei, os planos não tinham garantia de que seriam renovados após o vencimento, normalmente anual. Com isso, as operadoras podiam excluir usuários que não interessavam economicamente – seleção de risco – ou sobretaxar a mensalidade no momento da renovação;
- a proibição das operadoras de planos de rejeitarem usuários em razão de idade ou doença;
- a proibição de reajustes por idade para pessoas com mais de sessenta anos e há dez anos num mesmo plano, ou em plano sucessor. A lei buscou estabelecer uma política de solidariedade na distribuição de receitas entre doentes e sadios e

entre as diversas faixas etárias. A viabilidade econômica das carteiras passa a depender, portanto, do ingresso constante de pessoas mais novas;

- a obrigatoriedade de dispositivos mínimos em todos os contratos;
- a manutenção da rede assistencial vinculada aos planos de saúde. A maioria dos beneficiários de planos de saúde, escolhe o plano em função do nível a sua rede de prestadores de serviço, principalmente hospitalar. A legislação procurou evitar que as operadoras reduzam ou troquem prestadores de serviço;
- o estabelecimento de compromisso dos prestadores de serviço vinculados às operadoras. A lei passou a regulamentar a forma como as operadoras devem atender aos usuários e o nível de responsabilidade dos prestadores de serviço vinculados a planos.
- a manutenção da assistência a aposentados e demitidos, uma vez que a maioria dos usuários de planos de saúde está vinculada a um plano coletivo através de vínculo empregatício
- a garantia de acomodação em leito hospitalar. A lei buscou asseverar o atendimento mesmo quando não há vaga para o tipo de acomodação a que o beneficiário tem direito por contrato;
- a obrigatoriedade e a conceituação de atendimentos de urgência emergência, proibindo sua exclusão em cláusula contratual;
- a instituição do sistema que possibilitou o ressarcimento ao SUS e a obrigatoriedade do envio de informações periódicas ao órgão regulador. O efeito esperado é de aumento da equidade do sistema público de saúde através do ressarcimento e da disponibilidade de informações que subsidiem o estabelecimento de políticas públicas integradoras e melhorem o controle de gestores municipais e estaduais de saúde;
- a instituição de ordem jurídica única para os diversos tipos de operadoras de planos de saúde.
- O estabelecimento de condições de funcionamento operação das empresas de planos de saúde, referentes, simultaneamente, à capacidade de prestar serviços assistenciais e à viabilidade econômico-financeira.
- A proibição das operadoras requererem falência ou concordata e a instituição dos regimes de direção técnica e fiscal. O regulador pode promover a alienação da carteira de operadoras para sanar irregularidades, ou nas situações que impliquem risco para os beneficiários.
- A instituição de fiscalização pelo governo e o estabelecimento de multas.

- A co-responsabilização de dirigentes de operadoras de planos de saúde por prejuízos causados a terceiros, em consequência do descumprimento da lei.

Esse conjunto de inovações trazidas pela legislação provocou um processo ainda em curso de desequilíbrio no mercado, desfazendo arranjos e trazendo a necessidade de adaptação dos segmentos e empresas ao novo cenário, certamente não sem resistência das operadoras. Muitas das práticas anteriores, geradoras de falhas de mercado, estão sendo postas em cheque pela regulamentação.

Em relação à Unimed, como ficou claro, as falhas de mercado observadas incluem aquelas características das assimetrias de informação e decorrentes de estratégias monopolistas, ambas gerando prejuízos para os consumidores. Sob a ótica do usuário, portanto, é bastante questionável a parte da missão institucional que compromete a cooperativa a “propiciar à maior parcela possível da população, um serviço médico de boa qualidade, personalizado e a custo compatível”. A análise dos dados revelou que as cooperativas podem ser um grande negócio para os cooperados, mas adotam as mesmas práticas de mercado que as empresas de economia não solidária.

Embora as inovações da legislação tenham afetado a todos os segmentos, vale comentar algumas especialmente significativas para a Unimed.

A ampliação de cobertura e proteção ao consumidor e a implementação da taxa de saúde suplementar aumentaram os custos dos planos. As dificuldades resultantes são inversamente proporcionais ao tamanho das cooperativas. Algumas das menores são incapazes de oferecer planos com coberturas mais amplas – devido à limitação de provedores para atendimento ambulatorial (inexistência de especialistas) e hospitalar – e arcar com os aumentos dos custos. Da mesma forma as exigências de reservas técnicas e solvência afetam mais as pequenas cooperativas, que podem não ser capazes de apresentar garantias de viabilidade econômica.

Como há um certo padrão de distribuição de cooperativas pelas regiões e estados, visto no capítulo 5, os efeitos da regulamentação serão mais importantes, respectivamente, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde prevalecem as pequenas Unimeds.

Além dos efeitos mais globais, e independente das formas como estes serão tratados pelos órgãos reguladores, cabe chamar a atenção para certas situações que constituem graves distorções.

Em 2000, a menor cooperativa do sistema era a Unimed Vale do Jaurú, fundada em 1993, portanto 7 anos antes, com área de abrangência de 60 municípios. Naquele ano, contava com 34 médicos cooperados para atender a 10 usuários inscritos. Questionado sobre a veracidade desta informação, o Gerente de Planejamento e Desenvolvimento da Unimed do Brasil alegou que, em alguns locais, existem “motivações políticas para a constituição ou manutenção das Unimeds”.

Outro exemplo é a recusa de atendimento ao usuário, através das regras do intercâmbio, decorrente de incompatibilidades políticas entre dirigentes de Unimeds locais ou regionais. Tais situações, que receberam o rótulo de “excesso de singularidade” conferido por Irion, são motivos relativamente freqüentes de reclamações junto à ANS.

O dispositivo legal de envio de informações sistemáticas ao órgão regulador é outro aspecto que produzirá efeitos sobre a organização. Como foi visto, dirigentes da Unimed do Brasil vêm utilizando esta exigência para obter informações até então indisponíveis para a própria Confederação.

Finalmente, alguns dispositivos dificultam as práticas de monopólio, como aquele que proibiu a exclusividade dos provedores, ou seja, a unimilitância. Outros, ainda, interferem diretamente em particularidades do cooperativismo. A exigência de registro altera a situação anterior de facilidade na fundação de novas cooperativas operadoras de planos de saúde. Para aumentar a competitividade, novas regras podem redefinir privilégios obtidos pelas organizações cooperativas. Outras, por outro lado, podem poupar as pequenas operadoras, como a isenção na taxa de saúde suplementar.

As decorrências deste processo já se fazem sentir e definem tendências que serão enfocadas no próximo e último capítulo que também sintetiza os achados desta pesquisa sobre a Unimed.

NOTAS

- ¹ Esta alusão às entidades sem objetivos de lucro, segundo Cordeiro (1984: 69-70), foi introduzida por um dos idealizadores de uma das primeiras medicinas de grupo, a Interclínicas Assistência Médica, Cirúrgica e Hospitalar Ltda., sociedade civil de caráter não-lucrativo. Vale lembrar a resistência das organizações profissionais à regulamentação dos planos de saúde, que foi tratada no capítulo 3.
- ² A evolução das abordagens da literatura pode ser vista no capítulo 1 de Bahia, 1999.
- ³ Dados fornecidos pela Gerência Operacional da Unimed Juiz de Fora.
- ⁴ Ver apêndice 1 sobre banco de dados estruturado para a pesquisa.
- ⁵ Dr. Acauan, em entrevistas realizadas em 18 de setembro de 2001 e 10 de janeiro de 2002.

CAPÍTULO 7

UNIMED: TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS

As mudanças no mercado de planos e seguros de saúde, ocasionadas pela instalação de um novo regime regulatório, vêm determinando certas tendências na organização, que junto com algumas de suas características merecem atenção especial da atividade de pesquisa.

Algumas alterações importantes já ocorreram, como a recente criação da operadora Central Nacional Unimed (ver capítulo 6). Outras são processuais e estavam em fase de articulação no momento da pesquisa.

Como os órgãos fiscalizadores exigem o envio sistemático de um conjunto mínimo de informações, torna-se provável a implementação – não sem um alto grau de dificuldade – de um sistema de gerenciamento ou monitoramento vertical mais efetivo, aumentando o grau de coesão do sistema e diminuindo a autonomia administrativa das Singulares.

As exigências introduzidas pela legislação a partir de 1998 têm favorecido o modelo organizacional centralizado, resultando em dificuldades para as pequenas operadoras de planos de saúde. Esta orientação deverá conduzir a uma concentração no desenho organizacional da Unimed, com redução na quantidade e autonomia das cooperativas locais. Pequenas cooperativas cada vez mais tenderão a transformar-se em prestadoras de assistência – sem autorização para comercializar planos de saúde – ligadas a operadoras regionais.

A organização tem adotado uma política de estímulo às incorporações e fusões, como já ocorre na Federação do Paraná. Os dirigentes estimam que o número total de operadoras de planos poderá reduzir-se drasticamente, ficando em torno de dez. Esta estratégia deverá produzir dois tipos de cooperativas com *status* certamente

diferenciados: operadoras de planos e prestadoras de assistência. Desta forma, se viabiliza a manutenção de pequenas cooperativas sem, necessariamente, alterar a rede prestadora ou o tipo de assistência prestada no nível local.

A empresa vem estudando também a formatação de franquia para a rede, o que representará uma barreira à livre associação de médicos em cooperativas Unimed, característica do modelo atual.

No contexto dessas mudanças, o nível central tenderá a interferir cada vez mais no desenho e nas questões das cooperativas locais.

Um dos dilemas que a Unimed precisará enfrentar será até onde as estratégias adotadas e o próprio desenho do Complexo – um híbrido de cooperativas e empresas – comprometerão o desenho original baseado nos princípios do cooperativismo. Ao longo do tempo, a organização tem apresentado um perfil cada vez mais difícil de se diferenciar daquele característico de uma empresa não cooperativa, inclusive em relação aos princípios fundamentais do cooperativismo. É sinal adicional dessa tendência o crescimento do braço financeiro do complexo, que remunera as associadas de acordo com o capital investido.

Quanto ao último aspecto é elucidativa a análise das tabelas 30 e 31 que trazem os indicadores financeiros de anos recentes da Unimed do Brasil, Seguradora e Unimed.

Tabela 30. Faturamentos da Seguradora Unimed, Unimed do Brasil e Central Unimed, informados em relatórios de Gestão, entre 1996 e 2000

(valores em R\$1.000)

Ano	Seguradora	Unimed do Brasil	Central Unimed
1993	11.274 (1)	- 959 (1)	Não existia
1994	26.256 (1)	- 2.467 (1)	Não existia
1995	55.927 (1)	- 306 (1)	Não existia
1996	90.302 (1)	4.469 (1)	Não existia
1997	Não disponíveis	4.019 (3)	Não existia
1998	Não disponíveis	3.905 (3)	Não existia
1999	121.425 (2)	4.997 (3)	4.872 (4)
2000	155.909 (2)	Passou para Central Unimed	7.599 (4)

Fontes: (1) Unimed do Brasil (1998b); (2) Unimed Seguradora (2000); (3) Unimed do Brasil (2001); (4) Central Nacional Unimed (2001)

Tabela 31 - Indicadores do Sistema Cooperativo Unicred, informados no Relatório de Diretoria de 1993/1997, para os anos de 1995 e 1996

UNICRED (valores R\$1.000)	1995	1996	Variação no período (%)
Depósitos a vista	7.116	25.020	252
Depósitos a prazo	23.633	85.709	263
Patrimônio Líquido	14.961	34.150	128
Empréstimos	25.944	110.029	324
Lucro ¹	1.270	10.736	745

Fonte: Unimed do Brasil (1998b).

No período de 1993 a 1996, a Unimed do Brasil, após contabilizar resultados negativos por três anos consecutivos, recuperou-se em 1996, sem entretanto apresentar aumentos extraordinários nos anos seguintes. Os ganhos foram mais expressivos apenas no ano 2000, quando a operação de planos de saúde estava sob responsabilidade da Central Unimed.

Por outro lado, percebe-se um crescimento expressivo das duas estruturas que representam o braço financeiro da organização. A Unicred, em dois anos, aumentou os lucros em 745%. A Seguradora Unimed, como se depreende da tabela 30, teve seu faturamento aumentado cerca de 700% entre 1993 e 1996. A tendência ao incremento observou-se, embora em ritmo decrescente, até o final da série e, em 2000, apresentava faturamento 14 vezes maior do que em 1993.

Essas evidências indicam uma tendência de mudança no perfil da Unimed, sugerindo um reposicionamento estratégico da organização ao investir na seguradora. Junto com as demais tendências sinalizadas – verticalização e concentração, com fortalecimento de operadoras regionais e criação de cooperativas prestadoras – caracterizam uma adaptação às novas regras sem, necessariamente, ampliar a rede prestadora ou melhorar o tipo de atenção prestada. Em última análise: tais tendências não implicam em benefícios diretos para o usuário.

¹ No cooperativismo, lucro é denominado sobra.

As cooperativas têm uma legislação própria, que lhes confere algumas vantagens em relação a outras empresas que compõem o setor, favorecendo o monopólio. Esta especificidade da legislação cooperativista é uma questão adicional para os órgãos reguladores, cujas determinações podem resvalar na política nacional de cooperativismo.

O desenho cooperativista traria, a rigor, uma característica diferenciada das demais modalidades: o fato das perdas, assim como os lucros, serem divididos pelos cooperados. Este é um dos argumentos usados pela Unimed na defesa de um tratamento diferencial por parte da agência de regulação, especialmente com relação à obrigatoriedade de reservas e à alegada incongruência de se dispor dos bens dos dirigentes para saldar dívidas da cooperativa.

Entretanto, vale lembrar que o processo de saída de Edmundo Castilho da presidência da Unimed São Paulo e de posterior intervenção por parte da ANS teve início numa assembléia, onde o ex-presidente propunha aos associados uma cota de integralização de capital para saldar as dívidas da cooperativa. Ao final da assembléia estava selado o seu afastamento, sem a aprovação da proposta. Este episódio sugere uma percepção extremamente limitada dos médicos cooperados em relação às suas responsabilidades. Ou a falta de disposição para assumi-las.

Caso a orientação política observada na história da cooperativa seja mantida, a Usimed – cooperativa de usuários – poderá vir a ser apresentada, pelos dirigentes, como facilitadora do acesso de um segmento significativo da população aos planos de saúde: os trabalhadores de pequenas empresas e do mercado informal.

Teixeira, Bahia & Vianna (2002) apontam a importância de se refletir sobre “a manutenção, e mesmo ampliação, do mercado de planos empresas, num contexto de desestruturação do mercado de trabalho”. Para estimular o acesso de pequenas e médias empresas sugerem a formação de “consórcios” e, no caso de trabalhadores informais, de “consórcios ou de associação mutualista capaz de congrega trabalhadores de atividades assemelhadas”. Esta pode ser a senha para revitalizar o projeto apresentado pela primeira vez na década de 1980, de expansão do sistema cooperativo para toda a população. Neste caso, como reza o modelo, sob a coordenação dos médicos.

Em relação a esses e outros aspectos, entretanto, constitui elemento de incerteza para a organização a saída de Edmundo Castilho da presidência da Unimed do Brasil – líder carismático, fundador da Unimed e principal articulador das estratégias que definiram os contornos atuais do Complexo – e de outros dirigentes, como João Irion, com participação significativa na sua história. Algumas das tendências apontadas nesta pesquisa foram identificadas ainda sob a gestão desses atores.

Constituem também elementos de incerteza: a separação, nas palavras dos dirigentes, entre as funções institucional / política – que na estrutura permanece com a Unimed do Brasil – e operacional, de responsabilidade da Operadora Central; os constantes antagonismos internos e os rumos das políticas regulatórias, que podem alterar a inserção da Unimed no setor de assistência suplementar.

CONCLUSÕES

A descrição do Complexo e o histórico de sua constituição permitem uma noção da engenharia organizacional que caracteriza a Unimed. A intenção de seus fundadores e líderes tem sido manter sob controle dos médicos um amplo conjunto de atividades desenvolvidas no interior de uma organização complexa, caracterizada por um *mix* de cooperativas e empresas de capital.

Fundada a partir da luta pela defesa do exercício da medicina liberal, a Unimed maximizou os ganhos da profissão médica ao entrar no ramo de planos e seguros de saúde. Como proposta vitoriosa dentro do movimento médico na década de 1960, sua história revela uma trajetória marcada por negociações, disputas e pela intenção de mobilizar a categoria para, através de uma organização corporativa, garantir monopólio de competência e mercado de trabalho.

Durante o seu crescimento, perdeu as características originais mas ampliou as possibilidades de atuação no mercado, adquirindo um formato característico de um complexo econômico. A constituição do Complexo Multicooperativo Empresarial Unimed demonstra como, ao longo do tempo, um grupo específico de uma categoria profissional definiu estratégias de ampliação de poder, criando uma organização de dimensões consideráveis, revestida das idéias e princípios cooperativistas. O complexo compõe-se de estruturas que ao mesmo tempo em que permitem a diversificação de produtos, fortalecem o sistema de cooperativas médicas, centralizando todo o poder decisório na profissão.

Monopólio de competência e conduta cooperativa definiram os contornos da organização, que opera de forma monopolista criando barreiras para a atuação de profissionais não médicos, de médicos não cooperados e de outras empresas de assistência. Como evidenciaram os capítulos iniciais, seu surgimento e características atuais são o resultado da combinação de interesses corporativos, desenho cooperativista e políticas públicas que favoreceram o desenvolvimento da assistência suplementar.

O modelo organizacional de bases cooperativistas, com instâncias decisórias colegiadas e divisão dos ganhos segundo a produção, revelou-se atrativo para a categoria médica. Aliado à relativa facilidade com que uma singular é constituída, como foi visto no capítulo 2, explica as expressivas taxas de filiação dos médicos e cobertura populacional alcançadas no país.

A rede assistencial é fruto da história. A rede ambulatorial é extensa, formada pelos consultórios dos médicos cooperados, e aquelas de apoio ao diagnóstico e terapia e assistência hospitalar são fortemente apoiadas na compra de serviços. Dos cooperados (provedores individuais) é solicitada a unimilitância ou exclusividade no atendimento a clientes Unimed. Os demais provedores fazem parte de uma rede partilhada com os demais segmentos do setor privado e com o SUS.

As cooperativas médicas Unimed são encontradas na maior parte do território nacional onde existem médicos em número suficiente para fundar uma cooperativa. O perfil é diferenciado de acordo com as regiões do país. No Norte e Nordeste prevalecem as pequenas e no Sul e Sudeste as médias cooperativas. As grandes estão principalmente no Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

São traços importantes na estrutura da Unimed: a expressiva autonomia dos médicos e o alto grau de descentralização das singulares. Tais características acentuam fortemente a principal dificuldade das organizações cuja força de trabalho é constituída por profissionais especializados: as funções de coordenação e de gerência.

A autonomia das singulares caracteriza uma organização com base em unidades de negócio autônomas, sem estrutura hierárquica. O sistema gerencial e de planejamento é independente, podendo ser, ou não, desenvolvido de forma articulada com as federações e confederação – condição determinada pela afinidade política dos dirigentes.

Coerente com a história, a autonomia do médico em relação à sua prática é também expressiva. No momento da pesquisa, mecanismos de controle eram residuais e incipientes e indicadores de produção revelaram maior geração de procedimentos e um padrão assistencial mais custoso em comparação a outros segmentos do setor privado, ao setor público e aos parâmetros oficiais.

A administração da estrutura é pouco profissionalizada e muito politizada. Como os cargos diretivos são temporários, eletivos e exercidos por médicos, o grau de profissionalização da gerência é pouco desenvolvido. É através da participação nos conselhos e diretorias que os profissionais buscam o controle sobre as decisões administrativas que os afetam, sendo tendência defenderem seus interesses individuais ou de grupos específicos, mesmo quando contrários aos da organização.

Uma dualidade permanente é identificada no interior do Sistema Unimed, marcado pela competição entre os objetivos da organização, quando explicitados – diminuir o grau de utilização dos serviços, para otimizar a relação receita/despesa – e os objetivos dos profissionais: aumentar seus ganhos, através do aumento da produtividade. Esta tensão tem, paulatinamente, trazido para dentro da organização a perspectiva do aprimoramento dos sistemas de auditoria médica e de implementação de mecanismos de controle sobre a decisão médica.

O desenho e a dinâmica organizacionais contribuíram para a conformação de uma arena de divergências e competições entre grupos, que vão desde aqueles restritos ao cotidiano das singulares até os de grandes proporções. A cisão ocorrida em 1998, quando foi fundada a Aliança Unimed, mencionada no capítulo 4, foi um claro exemplo deste ambiente. De tempos em tempos, notícias sobre conflitos e dissidências circulam pelos informativos da organização. Uma das mais recentes, referente a 2002, dava conta de que a marca Unimed vinha sendo disputada por dois grupos no Rio de Janeiro.

Sob o ângulo do cliente, de fato, não foram registradas diferenças significativas no produto (plano de saúde) comercializado pela Unimed. A explicação é que o modelo de cooperativa busca favorecer ao associado. A produção de benefícios aos usuários ou clientes, não é uma decorrência direta e mecânica.

A proposta original de cooperativismo apresenta-se como modelo alternativo à relação de produção fundamental do capitalismo - entre compradores e vendedores da força de trabalho. Na literatura especializada, as cooperativas aparecem como estruturas capazes de oferecer ao associado “o melhor serviço ao menor custo”. Observe-se que é justamente o cooperado quem recebe o benefício. Isto fica ainda mais claro na afirmação: “a cooperativa busca obter, através de operações de mercado, maiores benefícios para seus

associados, seja comprando, vendendo ou realizando qualquer outro ato jurídico” (Pinho, 1987: 62).

No caso da assistência médica, significa que o *modus operandi* da cooperativa no mercado de planos e seguros de saúde não apresenta diferença em relação ao de outras modalidades empresariais, como foi confirmado pela pesquisa. Em ambos os casos, o cliente, usuário dos planos, é o elo fraco, considerando a assimetria de informações. Neste aspecto, a regulação tem impacto importante sobre a Unimed, porque coloca no núcleo das discussões a relação empresa x cliente.

A análise do padrão contratual revelou os limites do “ideal de serviço”, ratificando que o desenho cooperativista absolutamente não garante a ausência das estratégias securitárias destinadas a contornar a seleção adversa e o risco moral: co-pagamento; segmentação da clientela por tipos de planos, idade e forma de pagamento ao médico; todas as estratégias admitidas pela legislação são praticadas pela Unimed.

Desta forma, de fato, sob a ótica do paciente, ser usuário de um plano de saúde de cooperativa médica não implica necessariamente em garantias de uma melhor atenção à sua saúde.

O padrão de autonomia observado na Unimed é também uma questão relevante para os órgãos de pesquisa. Permeia os interesses e demandas dos usuários, na medida em que gera circunstâncias onde a conduta médica é definida não a partir da necessidade do paciente, mas pelos interesses do médico, do serviço ou da operadora; ou nas quais as discordâncias políticas acarretam o não atendimento a clientes de Unimeds divergentes.

A autonomia das singulares e o estilo de administração, altamente politizado, desautorizam a considerar, sem certa reserva, a Unimed como uma organização coesa, colocando em cheque a representatividade da Confederação junto aos órgãos reguladores. O sucesso das estratégias implementadas pelo nível central para aumentar o grau de coesão e verticalidade da organização deverá oferecer maiores garantias de cumprimento dos acordos selados no processo de regulação.

O novo cenário de regulação deverá acarretar mudanças na estrutura organizacional da Unimed. Sintetizando as tendências encontradas, o que se observa hoje na organização é

a conformação de uma estrutura mais concentrada, mais verticalizada e cada vez mais afastada do modelo cooperativista original, inclusive com o crescimento do braço financeiro e perspectiva crescente de implementação de mecanismos de interferência sobre a decisão médica. A se confirmar esta tendência, deverão restringir-se tanto a autonomia médica, como a autonomia das Singulares.

Na qualidade de estudo de caso, esta pesquisa procurou traçar um panorama da Unimed num contexto de escassez de informações empíricas. Vários aspectos merecem novas investigações, de modo especial: a contabilidade da organização e a adesão dos médicos à proposta da unimilitância.

No primeiro caso, o detalhamento de receitas e despesas, a construção de séries históricas e a análise de indicadores econômico-financeiros jogam luz sobre as fontes de receitas da organização e as transferências existentes entre os componentes do complexo, o crescimento do braço financeiro e os índices de utilização (cooperativas) ou sinistralidade (seguradora), entre outros aspectos.

Em relação à unimilitância, foi apontado por dirigentes que parte dos médicos é explicitamente contrária à restrição de credenciamento a outras empresas, o que foi confirmado por pesquisa realizada pela Unimed de Juiz de Fora, citada no capítulo 6. Conhecer a situação referente às demais Singulares do sistema, oferece subsídios sobre o impacto provável da legislação sobre este assunto. No caso de haver uma adesão da maioria à proposta, mesmo que não conste nos estatutos e regimentos das cooperativas, a unimilitância tenderá a continuar, embora seja necessário considerar que a implementação de mecanismos de controle da prática médica poderá provocar a insatisfação dos médicos, estimulando sua adesão a outras empresas.

Outros aspectos merecem ainda novas investigações, de modo a revelar as características:

- da clientela atendida pelas cooperativas em relação a sexo, faixa etária, tipo de contratos, motivações para aquisição de planos, grau de satisfação e padrões diferenciados por regiões e estados.
- dos provedores de serviços hospitalares e de apoio ao diagnóstico e tratamento e suas relações com o sistema Unimed, que podem revelar nuances das práticas de segmentação da clientela,
- da rede própria e credenciada em relação à complexidade tecnológica, tipo de estabelecimento e vínculos dos médicos responsáveis pelo atendimento;
- das interseções entre a Unimed e o Sistema Único de Saúde, tanto em relação aos provedores como aos médicos cooperados.
- das pequenas cooperativas e sua inserção no sistema de saúde local.

O trabalho apresentado representou um primeiro esforço de análise detalhada da Unimed no âmbito da assistência suplementar no Brasil. Espera-se que contribua para o avanço do conhecimento, na medida em que trilhou os passos iniciais indispensáveis para a realização de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBOTT, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. London and Chicago: The University of Chicago Press.
- ABRAMGE (2001). *Informe de imprensa. Dados e estatísticas da medicina de grupo*. Disponível em <<http://www.abrange.com.br>> Capturado em 19 out. 2001.
- AGÊNCIA ESTADO (2000) Empresa de saúde discutirá isenção de imposto com Serra. *Terra Economia*, 26 de outubro de 2000. Disponível em <<http://br.invertia.com/>>, arquivo capturado em 3 mar. 2001.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (2002a) *Registro provisório de operadoras*. Disponível em <<http://www.ans.saude.gov.br>> capturado em 6 mar. 2002.
- (2002b). *Novembro Consolidado*. Disponível em <http://www.fenaseg.org.br/downloads/area/ANS_11_01.zip>, capturado em 13 mar. 2002.
- (2000). *Registro provisório de planos e seguros de saúde*. Disponível em <<http://www.ans.saude.gov.br>>, capturado em 27 nov. 2000.
- (2000a). *Resolução-RDC no. 39 de 27 de outubro de 2000*. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em <<http://www.ans.saude.gov.br>>, capturado em 26 nov. 2002.
- AKAMINE, O. (coord.) (1997). *UNIMED 30 anos*. São Paulo: Cartaz Editorial.
- ALIANÇA COOPERATIVA INTERNACIONAL. (2002). *ICA 1995 Statistics (1996)*. Disponível em <<http://www.wisc.edu/uwcc/icic/orgs/ica/what-is/ICA-1995-Statistics-1996-1.html>>. Capturado em 25 fev. 2002.
- (2000). *Declaração sobre a identidade cooperativa*. Disponível em

<<http://www.coop.org/ica/pt/ptprinciples.html>>, capturado em 8 set. 2000.

ALMEIDA, Cássia. (2002) Planos de saúde devem R\$115 milhões ao SUS. *O Globo*, 7 abr. Caderno Economia, p.31.

ALMEIDA, Célia. (1997). *A assistência médica suplementar no Brasil: panorama atual e tendências*. Texto produzido por solicitação do Ipea/Pnud, como parte dos estudos que subsidiaram a elaboração do relatório IDH Brasil 1997. Mimeo.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (2003). *Pesquisa planos de saúde*. Disponível em <http://www.amb.org.br/inst_pesquisa_planos.php3>, capturado em 27 jan 2003.

AZEVEDO, C.S. (1993). *Gerência hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).

BAHIA, L. (2001). Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 341-60.

— (2000). O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação” In: NEGRI, B. & GIOVANNI, G. (org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp, 585p.

— (1999). *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

— (1991). *Reestratificação das clientelas para os serviços de saúde na década de 80: um estudo exploratório do caso Amil*. Rio de Janeiro: dissertação de mestrado em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz.

BAHIA, Lígia; REIS, Carlos Octávio Ocké & OLIVEIRA, Kátia (1998). *A regulamentação da assistência médica suplementar. A proposta do Governo Federal. Projeto Conjuntura em Saúde*. 1997. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/cunjuntura/t_priv97.html>, capturado em 13 mai. 1998.

BANCO MUNDIAL (1995). *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma*

agenda para os anos 90. Relatório No. 12.655-BR, Divisão de Recursos Humanos, Departamento I, Região da América Latina e do Caribe.

BARBER, Bernard (1963). Some problems in the sociology of professions. *Dardalus*, 92, Fall, 669-88.

BOSI, M.L.M. (1996). Profissões e profissionalização: o debate teórico. In: —. *Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão*. São Paulo: Hucitec.

BRASIL (1995). *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

— (1998a). Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, p. 00001, seção 1, col. 1, 4 jun.

— (2000). Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, Edição Extra, 29 jan. 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. (1988). *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Hucitec.

CARDOSO, H.P. & SPINOLA, M. (2001). Justiça suspende liminar de isenção da Unimed. Vitória, 25 abr. 2001. *Gazeta Internews*. Disponível em <<http://www.gazeta.com.br/salavip/>>, capturado em 6 jul. 2001.

— (2000). TRT confirma que cooperativa médica deve recolher a CPMF. RG/Belo Horizonte, 29 dez. 2000. *Gazeta Internews*. Disponível em <<http://www.gazeta.com.br/salavip/>>, capturado em 3 mar. 2001.

CARR-SAUNDERS, E. M. & WILSON, P. A. (1933). *The professions*. Oxford, Clarendon Press.

CENTRAL NACIONAL UNIMED (2001). *Relatório de Gestão 2000*. São Paulo: Central Nacional Unimed.

CFM. (2001). *Estatísticas*. Disponível em <<http://www.cfm.org.br/estatistica/estatistica.htm>>. Capturado em 12 nov. 2001.

- CIEFAS (2000). *A história da autogestão em Saúde no Brasil*. São Paulo: Ciefas.
- (1998). *Pesquisa nacional sobre assistência à saúde nas empresas*. São Paulo: Publicação Especial do Ciefas.
- COHN, Amélia; MARSÍGLIA, Regina Giffoni & BARATA, Rita Barbosa. (1991). *O setor privado e as políticas de saúde na atual conjuntura brasileira (1978-1990)*. São Paulo: Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS (1998). *DDE 143*, de 2 de setembro.
- CORDEIRO, Hésio de Albuquerque (1984). *As empresas médicas. As transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal.
- COSTA, N.R. et al. (2000). *Estratégia organizacional e intermediação de interesses das empresas de saúde supletiva. O desenho institucional da Reforma Regulatória*. Agência Nacional de Saúde Suplementar, abr..
- CREMERJ, SOMERJ & SINMED (2002). Central médica de convênios: Tudo a ganhar, nada a perder. *Informativo do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro*, edição especial, ano XV, 139, abr..
- CRÚZIO, Helnon de Oliveira (2000). *Como organizar e administrar uma cooperativa*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- DATASUS (2002). *Pesquisa de assistência médico-sanitária Brasil*. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Capturado em 17 jan. 2002.
- (2002a). *Produção ambulatorial do SUS - Brasil*. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Capturado em 25 nov. 2002.
- DATASUS (2003). *Pesquisa de assistência médico-sanitária Brasil*. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Capturado em 07 fev. 2003.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. (1975). *Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo, Pioneira.
- DUARTE, Elizabeth Carmen et alii (2002). *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília: Organização Pan-Americana de

Saúde.

- DUSSAULT, G. (1992). A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, 26(2): 2-19.
- FAVERET, F.P. & OLIVEIRA, P.J. (1990). A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Revista de Planejamento e Políticas Públicas*, n. 3.
- FENASEG (2000). *Seguros, previdência e capitalização. Balanço social. Prestação de constas à sociedade*. Fenaseg. Disponível em <<http://www.fenaseg.org.br/50anos/>> 2000, capturado em 13 mar. 2002.
- FINETTO, M. (2000). *Empresas obtêm liminar contra recolhimento do INSS*. RG/P.Paulista. Terça-feira, 9 mai. 2000. *Gazeta Internews*. Disponível em <<http://www.gazeta.com.br/salavip/>>, capturado em 19 mar. 2001.
- FOLHA DE SÃO PAULO. (1999) Unimed mantém a liderança por 6 anos. *Folha de São Paulo*, 3 dez. Caderno Top of Mind. As marcas campeãs, p. 31.
- FRAGA, E. & BARBOSA, F. (2000). Devassa nas empresas de saúde. *O Globo*, 14 mai. Caderno Economia, p. 37.
- FRANCISCO FILHO, V. (2000). INSS Incidente sobre cooperativas. RG/intPaulista. Terça-feira, 11 abr. 2000. *Gazeta Internews*. Disponível em <<http://www.gazeta.com.br/salavip/>>, capturado em 19 mar. 2001.
- FREIDSON, Elliot (1988). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- FUNDAÇÃO IBGE (2000). *Resultados definitivos da contagem 96*. 28 de julho. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/estatística/população/conta.../default.snt.>>
- FURTADO, C. (1999a). Justiça livra Unimed BH de depósito prévio de R\$ 4 milhões. RG/Belo Horizonte. Terça-feira, 31 ago. 1999. *Gazeta Internews*. Disponível em <<http://www.gazeta.com.br/salavip/>>, capturado em 19 mar. 2001.
- (1999b) Justiça restringe recolhimento do PIS para cooperativa médica. RG/Belo Horizonte. Segunda-feira, 1º nov. 1999. *Gazeta Internews*. Disponível em

- <<http://www.gazeta.com.br/salavip/>>, capturado em 19 mar. 2001.
- (2000a). Sentenças livram cooperativas do INSS. 28 ago. 2000. *Gazeta Internews*. Disponível em <<http://www.gazeta.com.br/salavip/>>, capturado em 3 mar. 2001.
- (2000b). STJ decide que cooperativa médica deve recolher ISS. RG/Belo Horizonte, 25 ago. 2000. *Gazeta Internews*. Disponível em <<http://www.gazeta.com.br/salavip/>>, capturado em 19 mar. 2001.
- GERSCHMAN, Silvia (1995) *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- GOODE, W. J. (1969). “The theoretical limits of professionalization”. IN: ETZIONI, A. *The semi-professions and their organization*. London, The Free Press.
- GREENWOOD, Ernest (1966). “Attributes of a profession”. In: VOLMER, H. M. & MILLS D.. *Professionalization*. New Jersey: Prentice-Hall, p. 10-19.
- GUERRA, Lucylene L. (1998). *Estratégia de serviços das empresas que operam planos / seguros de saúde no Brasil: cooperativas, empresas de medicina de grupo e seguradores*. Rio de Janeiro: Funenseg.
- IBGE (2001). População residente, por sexo, situação do domicílio e taxa de crescimento anual, segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e municípios – 1996/2000. Dados preliminares. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/Censos/>>, capturado em 29 out. 2001.
- IBGE (2002). Censo 2000. Dados do Universo – municípios. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/>. Capturado em 8 jan. 2002.
- IPEA (2002). Publicações. PIBs municipais. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br/pub/PIBsMu/pibs.htm>>. Capturado em 15 jan. 2002.
- IRION, J.E. (1999). *O cooperativismo de saúde*. Produzido para o curso de cooperativismo da Confederação das Cooperativas de Crédito – Confebrás. Mimeo.
- (1998). O complexo UNIMED. In: MAY, N.L. (coord.). *Compêndio de cooperativismo Unimed*. Porto Alegre: WS Editor.

- (1997). *Cooperativismo e economia social*. Texto Complementar n. 4, Dupla militância. São Paulo: Editora STS, 343p.
- (1994). *Fale como dono*. São Paulo: Cartaz, Editorial.
- (trad.) (2000) *Empreendimentos cooperativos no setor da saúde e assistência social: uma pesquisa global*. Tradução livre do documento: UNITED NATIONS. Cooperative enterprise in the health and social care sectors: a global survey. Document reference St/ESA/249, UN Sales Publication E.96 IV11, 1997.
- KUPFER, D. & HASENCLEVER, L. (2002). *Economia Industrial. Fundamentos teóricos e práticas no Brasil*. Rio de Janeiro, Campus.
- LARSON, Magali S. (1977). *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.
- LAUSCHNER, R. (1998). O pensamento cooperativo. In: MAY, N.L. (coord.). *Compêndio de cooperativismo Unimed*. Porto Alegre: WS Editor.
- LIMBERGER, E. (1997). Importância da educação cooperativa. *Revista Perspectiva Econômica*, 8(20), 1979. Apud: IRION, J.E. *Cooperativismo e economia social*. São Paulo: Ed. STS, 343p.
- LUZ, N. W. (1998). *Análise da gestão de uma cooperativa de trabalho médico através do processo decisório. Um estudo de caso da Unimed - Florianópolis*. Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Engenharia da Produção do Centro Tecnológico da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Mestre.
- MACHADO, M.H. (coord.) (2003). *Perfil dos médicos no Brasil*. Home Page Oficial da Pesquisa. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/perfil/o_perfil.html>, capturado em 27 de jan. 2003.
- MACHADO, M.H. (coord.) (1997). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- (1996). *Os médicos e sua prática profissional: metamorfoses de uma profissão*. Rio de Janeiro: Tese apresentada ao Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, para obtenção do grau de Doutor.

- MAGRO, M.E. (2000). Justiça isenta Unimed-BH do recolhimento de 15% ao INSS. RG/Belo Horizonte. Quinta-feira, 30 mar. 2000. *Gazeta Internews*. Disponível em <<http://www.gazeta.com.br/salavip/>>, capturado em 19 mar. 2001.
- MANKIW, N. Gregory (1999). *Introdução à economia. Princípios de micro e macroeconomia*. Rio de Janeiro: Campus.
- MARINHO, Marcelo Jacques M. da Cunha (1986).. *Profissionalização e credenciamento: a política das profissões*. Rio de Janeiro: Senai.
- MEDICI, André César (1987). *Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de setenta*. Textos de Apoio. Planejamento . Rio de Janeiro.
- MELO, M.A. (1998). *Relatório IDH*. Parte 3. Trabalho desenvolvido no âmbito do Projeto Bra/97/007 – IPEA/PNUD, como parte integrante do Relatório sobre Desenvolvimento Humano – Brasil. Mimeo.
- MENDES, Eugênio Villaça (1993). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: — (org.) *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- MESQUITA, M. A. F. (2002). A regulação da assistência suplementar à saúde: legislação e contexto institucional. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: ANS.
- MILLERSON, G. (1964). *The qualifying associations*. London: Routledge and Kegan Paul.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998). *Definição dos conceitos de planos ou seguros de contratação individual, contratação coletiva empresarial e contratação coletiva por adesão*. Conselho Nacional de Saúde Suplementar Resolução Consu, n. 14, 3 nov.
- (2002). Portaria nº. 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*, 13 jun., seção 1.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE & FUNDAÇÃO IBGE (2000). *Acesso e utilização de serviços de saúde*. Tema Suplementar da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 1998. Disponível em <<http://www.ibge.org.br>>, capturado em 25 set. 2000.
- MINTZBERG, H. (1989). *Mintzberg on Management. Inside our Strange World of Organizations*. USA: The Free Press,.
- MOORE, W. E. (1970). *The Professions: roles and rules*. New York, Russel Sage Foundation.
- NICÁCIO, J.A. (1997). *Alianças estratégicas entre agroindústrias integradas em cooperativas*. Florianópolis: Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina.
- NUPEAPI (1997). *Pesquisa Unimed*. Departamento de Estatística/ICE, Universidade Federal de Juiz de Fora.
- OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. Fleury (1985). *(IM)previdência social. 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS (2002). *Estatísticas*. Junho 2001. Disponível em <<http://www.ocb.org.br/RelatoriosEstatisticos>>. Capturado em 22 fev. 2002.
- (2000). *Estatísticas 1999*. Disponível em <<http://www.ocb.org.br/estatisticas/estatisticas.htm>>, capturado em 8 set. 2000.
- ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS / MINISTÉRIO DA AGRICULTURA (1987). *Legislação cooperativista e resoluções do Conselho Nacional de Cooperativismo*. Brasília.
- PARSONS, Talcott (1964). “The professions and social structure”. In: _____. *Essays in Sociological Theory*. New York: Free Press, 1964, p.34-49.
- PEREIRA-NETO, André de F. (1995). A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(4):600-15, out./dez.
- PÉRIUS, V.F. (1998). As cooperativas no Brasil: fundamentos legais. In: MAY, N.L.

(coord.). *Compêndio de cooperativismo Unimed*. Porto Alegre: WS Editor, 288p.

PINHO, Diva B. (org.) (1982). *Manual de cooperativismo*. V. I, São Paulo: CNPq.

— (1987). Evolucion del pensamiento cooperativista. *Cadernos de Cultura Cooperativa*, 76. Argentina: Intercoop Ed. Cooperativa Ltda.

PINHO, C.M. (1982a). Legislação cooperativa. In: PINHO, D.B. (org.). *Bases operacionais do cooperativismo. Manual de cooperativismo*. V. II. São Paulo: CNPq, 238p.

— (1982b). A empresa cooperativa. In: PINHO, D.B. (org.). *Administração de cooperativas. Manual de cooperativismo*. V. III. São Paulo: CNPq, 280p.

POSSAS, Cristina (1981). *Saúde e trabalho. A crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Graal.

PRZERWORSKY, A. (1998). Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva *agent X principal*. In: BRESSER PEREIRA, I. C. & SPINK, P. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

RAMOS, S.G. (1997). O preço nos planos de saúde. *Jornal do Brasil*, 4 set., seção Opinião, p. 9.

REIS, Carlos Octávio Ocké & OLIVEIRA, Kátia (1998). *Regulação do setor privado. Um balanço do processo de regulamentação dos planos e seguros privados de saúde. Projeto Conjuntura em Saúde*, 1996. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/cunjuntura/t_priv96.html>, capturado em 13 mai. 1998.

SANTOS, Isabela Soares & GAMA, Anete Maria (1999). *Considerações sobre a regulamentação do setor suplementar de saúde*. Rio de Janeiro, Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz. Mimeo.

SCHRAIBER, Lilia B. (1993). *O médico e seu trabalho. Limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec.

SENADO FEDERAL (2003). *Pesquisa Legislação Brasileira*. Disponível em <<http://www.senado.gov.br>> 1 fev. 2003.

- SENADO FEDERAL (2002). *Pesquisa Legislação Brasileira*. Disponível em <<http://www.senado.gov.br>> 10 fev. 2002.
- SINGER, P. (1988). *Uma utopia militante. Repensando o socialismo*. Petrópolis: Vozes.
- STARR, Paul (1982). *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books.
- SUSEP (2001). *Seguro saúde, janeiro a dezembro de 1998*. Centro de Estatística da SUSEP, dados enviados mediante solicitação.
- (2002). *Mercado segurador*. Disponível em <http://www.susep.gov.br/> Capturado em 8 mar. 2002.
- TOWERS PERRIN (1997). *Planos de benefícios no Brasil*. XVIII Pesquisa, Rio de Janeiro: Towers Perrin.
- UGÁ, M.A.D. (1997). *Propostas de reforma do setor saúde nos marcos do ajuste macroeconômico*. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).
- UNIMED (2002). *Nossa Rede*. Disponível em http://www.unimed.com.br/rede_2htm. Capturado em 14 mar. 2002.
- (2001) *Nossa Rede*. Disponível em <http://unimed.com.br/rede_2htm>, capturado em 30 out. 2001.
- (2000). *Nossa Rede*. Disponível em http://www.unimed.com.br/rede_2htm. Capturado em 12 jul. 2000.
- (1999). *Nossa Rede*. Disponível em <http://www.unimed.com.br/rede_2htm>. Capturado em 27 jul. 1999.
- (1997a). Constituição UNIMED. In: IRION, J.E. *Cooperativismo e economia social*. São Paulo: Editora STS.
- (1997b). 27ª Convenção Nacional Unimed, cobertura completa. Encarte integrante da *Revista Unimed*. Publicação mensal da Unimed do Brasil, n. 53.
- UNIMED DO BRASIL (2001). *Relatório de Gestão. Unimed do Brasil 1997-2000*. São

Paulo: Unimed do Brasil.

— (2000). *História*. Disponível em http://www.unimed.com.br/conheca_1.htm
Capturado em 25 mar. 2000.

— (1998a). *Administração dos resultados. Balanço econômico-financeiro de 1997*, anexo 1. São Paulo: Unimed Brasil.

— (1998b). Unimed do Brasil. *Relatório de Diretoria. Gestão 1993/1997*. São Paulo: Unimed do Brasil.

— (1997). *Manual de intercâmbio nacional*. Diretoria de Intercâmbio e Integração, mai. 1997.

— (1994). *Missão da Unimed*. São Paulo. Mimeo.

UNIMED JUIZ DE FORA (2001). *Planos*. Disponível em <http://www.unimedjf.com.br/planos/planos-promocionais.asp>, capturado em 17 set. 2001.

— (s./d.). *Metas para melhoria de CH*. Material preparado pela Diretoria Executiva para apresentação interna. Mimeo.

UNIMED PARTICIPAÇÕES (2000). *Relatório da Diretoria Executiva e do Conselho Gestor*, período de gestão 2000.

UNIMED PETRÓPOLIS (1996). *Relatório do Conselho de Administração*. Março.

UNIMED SEGURADORA (2000). *Balanço social - ano 2000*. São Paulo: Unimed do Brasil.

— (2001). *Unimed Seguradora: demonstração do resultado* Relatório apresentado durante a Assembléia Geral da Unimed Participações, ocorrida em 28/03. São Paulo. (mimeo)

— (2002a). *A empresa. Histórico*. Disponível em <http://www.unimedseguros.com.br/unimed/empresa/quemsomos/historico.htm>, capturado em 30 de nov. 2002.

— (2002b). *A empresa. Ranking.* Disponível em <http://www.unimedseguros.com.br/unimed/empresa/quemsomos/ranking.htm>, capturado em 30 de nov. 2002.

VANIN, A. (2000). Mandado em favor da Unimed sobre recolhimento do Cofins. RG/Santa Catarina. Sexta-feira, 28 jan. 2000. *Gazeta Internews*. Disponível em <http://www.gazeta.com.br/salavip/>, capturado em 19 mar. 2001.

WILENSKY, H. L. (1970). “The professionalization of everyone?”. In: GRUSKY, O. & MILLER, G. (orgs). *The sociology of organizations: basics studies*. New York: The Free Press, 1970.

WORLD BANK (1993). *The organization, delivery and financing of health care in Brasil*. Human Resources Division, Country Department I, Latin America and the Caribbean.

TEIXEIRA, A. (2001). Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar. Texto da 1ª Oficina de Trabalho da ANS. *Cadernos de Saúde Suplementar*, Agência Nacional de Saúde Suplementar.

TEIXEIRA, A.; BAHIA, L. & VIANNA, M. L. T. W. (2002). Notas sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar.

ZACHÉ, J.; CASTELLÓN, L. & TARANTINO, M. (2000). Guerra aos planos. *Revista Isto é*, Edição 1606, de 07 jul 2003.

Apêndices

APÊNDICE 1

NOTAS SOBRE O BANCO DE DADOS CONSTITUÍDO PARA A PESQUISA E ENTREVISTAS REALIZADAS

I - BANCO DE DADOS QUANTITATIVOS:

O banco de dados constituído durante a pesquisa foi organizado em três arquivos principais, em formato excel :

Arquivo 1 → distribuição das Unimeds e demais variáveis segundo município do país;

Arquivo 2 → distribuição das Unimeds e demais variáveis segundo estados do país;

Arquivo 3 → dados coletados em enquete realizada com as Unimeds Singulares, via internet.

ARQUIVO 1:

Unidade de análise: municípios brasileiros (5.507)

Variáveis:

1 - Localização da unimed:

categorias:

- 1 - município sede da unimed
- 2 - município de área de abrangência
- 3 - município sem Unimed

Fontes:

Lista de Unimeds:

Dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Unimed do Brasil.

Endereços e municípios de abrangência: pesquisa nos *sites* das Unimeds; complementação por contato telefônico.

Ano de referência: 2000

2 - Número de estabelecimentos de saúde

categorias:

públicos e privados

modalidades de prestação de serviços:

. SUS; planos próprio; plano terceiros e particular

por regime de atendimento:

. com e sem internação

Fontes:

Pesquisa sobre Assistência Médico Sanitária do IBGE (Datasus, 2002).

Ano de referência: 1999.

3 - Número de médicos existentes

Fontes:

Pesquisa sobre Assistência Médico Sanitária do IBGE (Datasus, 2002).

Ano de referência: 1999.

4 - Produto Interno Bruto municipal - PIB municipal

Fontes:

Dado estimado pelo Ipea. Alguns municípios não dispõem de informação. (IPEA, 2002)

Ano de referência: 1996.

5 - População total residente no município

Fontes:

Censos do IBGE (IBGE, 2001).

Ano de referência: 1996.

O Pib per capita municipal em 1996 foi calculado pela relação:

Pib municipal de 1996/ população do município em 1996.

A **análise** foi realizada considerando o país como um todo e o perfil de cada região, segundo municípios.

ARQUIVO 2:

Unidade de análise: Unidades da Federação

Variáveis:

- 1 - Número de UnimedS Singulares**
- 2 - Número de médicos cooperados**
- 3 - Número de usuários**
- 4 - Número de municípios atendidos pela Unimed**

Fontes:

Dados fornecidos pela Gerência de Planejamento e Desenvolvimento da Unimed do Brasil.

Ano de referência: 2000

5 - População total residente**Fontes:**

Censos do IBGE (IBGE, 2001).

Ano de referência: 2000.

6 - Número de médicos em atividade**Fontes:**

médicos com inscrição ativa no Conselho Federal de Medicina (CFM, 2001).

Ano de referência: 2000.

Foram calculados:

- **Percentual de municípios cobertos** = número de municípios da área de abrangência da Unimed / total de municípios x 100
- **Cobertura populacional** = número de usuários / população x 100
- **Grau de adesão dos médicos** = número de cooperados / número de médicos x 100
- **Disponibilidade de médicos por 1000 habitantes** = número de médicos / população x 1000
- **Disponibilidade de cooperados por 1000 usuários** = número de cooperados / número de usuários x 1000

As UnimedS foram agrupadas segundo o **número de usuários**, de acordo com as seguintes categorias: Até 7.000; de 7.001 a 20.000; 20.001 a 100.000 e mais de 100.000 usuários.

A **análise** foi realizada considerando o país, segundo regiões e o perfil dos estados de cada região.

ARQUIVO 3

Foram solicitadas a 304 Unimeds que possuíam endereço eletrônico, as seguintes informações:

- Nome da Singular:
- Número de leitos credenciados:
- Número de leitos próprios:
- Número de contratos familiares:
- Número de contratos empresariais:
- Preço médio do plano familiar:
- Preço médio do plano empresa:

34 Singulares enviaram respostas. Entretanto, havia diferenças no formato das informações, As variações foram:

- **quanto ao número de leitos:** algumas informavam o número de leitos, outras, o número de estabelecimentos;
- **quanto ao número de contratos:** algumas informaram o número de clientes e outras o número de contratos;
- **quanto ao preço médio:** algumas enviaram o preço médio, outras o preço por três faixas etárias e algumas ainda por sete faixas etárias.

Desse modo, foram utilizados na **análise** apenas dados selecionados, de modo a que a validade fosse preservada.

II - ENTREVISTAS REALIZADAS

Foram realizadas 13 entrevistas no período da pesquisa. Segue a lista de entrevistados, segundo cargo ocupado na Unimed e data da(s) entrevista(s):

Entrevistado	Cargo	Data(s)
Humberto Xavier Banal da Silva	Diretor Financeiro da Unimed do Brasil	20/06/1998 08/04/2000 04/07/2000
Edmundo Castilho	Fundador da primeira Unimed. Diretor Presidente da Unimed do Brasil / Confederação Nacional Unimed	20/10/1998
Sandra Sadako	Chefe do Serviço de Auditoria da Unimed do Brasil	21/10/1998
Maria Henriqueta Magalhães	Assessora Jurídica da Unimed do Brasil, especialista em cooperativismo	06/04/2001
Henrique de M. Barbosa Corrêa	Gerente de Planejamento e Desenvolvimento da Unimed do Brasil	06/04/2001
João Eduardo Oliveira Irion	Diretor da Unimed Seguradora	24/05/2001
Mohamad Akl	Diretor da Central Nacional Unimed	24/05/2001
Nathércia J. Abrão	Diretoria Superintendente da Unimed Juiz de Fora	18/09/2001 e 10/01/2002
Luiz Augusto Acauan	Gerente Executivo da Unimed Juiz de Fora	18/09/2001 e 10/01/2002

APÊNDICE 2

REPRODUÇÃO DO RELATO HISTÓRICO DA FUNDAÇÃO DAS PRIMEIRAS UNIMEDS FUNDADAS APÓS A UNIMED SANTOS¹.

Unimed Piracicaba - SP - 14 de dezembro de 1970

Os médicos de Piracicaba, liderados por Manoel Gomes Tróia, formaram a primeira singular que, ao lado da Unimed Santos, iria constituir a base para a expansão do ideal de cooperativismo médico. Tróia sentia que a socialização do atendimento médico era uma tendência irreversível, mas entendia que, se os próprios médicos não se conscientizassem da necessidade de controlar seu trabalho, acabariam vítimas de toda a espécie de atravessadores, prejudicando doentes e médicos. Ele estava procurando a saúde, que encontrou em sua visita à Unimed Santos.

Em 14 de dezembro de 1970, 67 médicos cooperados fundaram a Unimed Piracicaba. Sua viabilização comercial foi pautada por muitas dificuldades. A maior parte das empresas contatadas não estava sensibilizada quanto à necessidade de oferecer melhor assistência médica a seus empregados. Estes, por sua vez, não reivindicavam melhores condições de atendimento à saúde.

Os membros desta singular levaram mais de um ano para quebrar a resistência e o primeiro convênio foi firmado com a Empresa de Telefonia Capital. O alto padrão de qualidade do serviço prestado, o ótimo atendimento dos médicos atrairiam outras empresas. A fase de estruturação e viabilização durou aproximadamente três anos, mas o resultado alcançado, no final superou até as expectativas mais entusiasmadas.

Campinas - SP - 17 de dezembro de 1970

Três dias depois de fundada a Unimed Piracicaba, surgia a Unimed Campinas, em 17 de dezembro. Na época, Campinas, como principal pólo produtivo do Estado de São Paulo, oferecia um amplo potencial de lucro e se apresentava como palco para o estabelecimento de um grande grupo empresarial de medicina. Médicos insatisfeitos com a perspectiva organizaram-se e, sob a liderança de Jeber Juabre, formaram a Unimed Campinas que, com o tempo viria a se transformar na maior cooperativa médica do país.

A decisão seguinte foi a formação de um diferencial competitivo que a distinguiria dos outros tipos de assistência médica. Resolveram apostar na excelência do atendimento Unimed. O primeiro fruto dessa sábia decisão foi o contrato firmado em maio de 1972 com a empresa Robert Bosh do Brasil.

Esta empresa de destaque no panorama mundial havia se instalado no Brasil com a filosofia de levar qualidade na assistência médica de seus quadros. Sua experiência havia mostrado que custos mais altos eram compensados com o bem-estar dos empregados, que respondiam com aumento da produtividade. Assim, aceitou a proposta da Unimed.

Atraídas pelo exemplo da maior indústria de Campinas, outras empresas de destaque que operavam na região, como a Singer, 3M, Johnson & Johnson, Clark, Rodhia e GE, firmavam contratos com a Unimed Campinas, que não parava de crescer.

Em retrospectiva, o sucesso pareceria fácil se não mencionássemos que por seis meses a equipe de Juabre havia visitando inúmeras empresas sem conseguir fechar contrato algum. Foram a fé na idéia, que havia se mostrado viável no exemplo de uma singular bem-sucedida, a insistência e a dedicação de Juabre, proferindo palestras em clubes, associações classistas e comerciais e em empresas, que explicam com maior grau de realidade o começo do sucesso.

A Unimed Campinas, desde o seu estabelecimento, é um destaque no sistema. O trabalho de seus cooperados, que conseguiram manter alto padrão de atendimento no decorrer destes anos, serviu e continua sendo exemplo.

São José dos Campos - SP - 13 de fevereiro de 1971

Fundada por 24 médicos, a Unimed São José dos Campos começou a sua vida num ambiente dominado por empresas de medicina de grupo. No sucesso desta singular há a contribuição de administradores como Aldo Zanzoni, assim como a intervenção do então presidente da AMBA, Pedro Kassab.

Havia um conflito aberto, que se prolongou até 1978, entre os médicos que trabalhavam nos quadros das empresas de medicina de grupo e os que haviam formado a cooperativa médica. A partir daquele ano, a Unimed São José dos Campos tornou-se líder no município. O primeiro contrato desta singular foi com a Avibrás - Indústria Aeroespacial S.A.

Londrina - PR - 11 de março de 1971

A experiência da Unimed Londrina é peculiar, antes de entrar em operação, foi feito um estudo de mercado, de estratégia mercadológica, eleito e preparando seu quadro administrativo. Ambrósio Jorge viabilizou a implantação legal da cooperativa, permanecendo enquanto seu gerente administrativo até 1983. Por isso, apesar de formada em 11 de março por 57 médicos, a Unimed Londrina iniciou as suas atividades somente em 4 de outubro. O idealizador da primeira singular no Paraná foi Carlos da Costa Branco.

Retificadora Nakashi e a folha de Londrina firmaram os primeiros contratos com a singular. Acrescentavam-se contratos com a Casa Viscardi, Sercomtel e Norpave Veículos. Um resultado expressivo foi alcançado rapidamente. Com três anos de funcionamento a Unimed Londrina comemorava a marca de 35 mil usuários. Por várias vezes, antes de ser reconhecida como cooperativa modelo, a Unimed Londrina passou por crises, todas superadas com coragem e criatividade.

Belo Horizonte - MG - 01 de abril de 1971

Médicos ligados à Associação Médica de Minas Gerais (AMMG), temerosos com a situação precária da saúde pública e com o avanço dos conglomerados de intermediários, em 1970 organizaram uma comissão para conhecer a experiência do

cooperativismo médico praticado em Santos e Campinas. Este grupo - formado por Calil F. Nicolau Cury, Valter Caixeta Braga, José Teubner Ferreira e Mauro Chrysóstomo Ferreira - achou que a cooperativa médica, ao compatibilizar a ética da profissão com uma remuneração condigna, apresentava-se como a alternativa que procuravam.

Foram organizados amplos debates e, em 1º de abril de 1971, em assembléia da AMMG na qual participavam setenta médicos, foi tomada a decisão de fundar a Mediminas. Os primeiros diretores eleitos, a seu trabalho na AMMG, acumularam as dificuldades ligadas à viabilização técnica, financeira e administrativa da nova organização. Sobrecarregados, deixaram a administração da Mediminas a um administrador gerente. As dificuldades foram se avolumando.

Numa assembléia na qual se votaria a descontinuidade da cooperativa, um grupo de médicos liderado por Nilo Marciano Maciel de Oliveira, resolveu assumir a cooperativa e levar adiante a idéia. Naquela ocasião, meados da década de 70, a cooperativa já com nome de Unimed iniciou o caminho de consolidação. Atualmente a Unimed Belo Horizonte destaca-se pela qualidade dos seus serviços e o início turbulento só está na memória daqueles que o vivenciaram e no orgulho dos que conseguiram vencer as dificuldades.

Ribeirão Preto - SP - 30 de abril de 1971

A exemplo das outras cooperativas, o início da Unimed Ribeirão preto foi difícil. Fundada por 162 médicos, que “tinham por finalidade bradar contra o subjugo da voraz e selvagem exploração mercantilista da medicina, representada tanto pelas empresas de caráter nacional quanto pelas empresas de caráter multinacional, que se instalavam e ainda hoje se instalam no Brasil, com objetivo de explorar o trabalho do nosso povo. (...) corroem e aviltam a dignidade profissional do mais humilde dos médicos”², a cooperativa precisou de três anos para ganhar a credibilidade dos médicos e da população.

União dos Ferroviários das Ferrovias da Alta Mogiana foi a primeira empresa a depositar a confiança da saúde de seus funcionários à cooperativa recém-criada. Os médicos cooperados não decepcionaram, e outras empresas passaram a contar com a

alta qualidade do serviço oferecido pela Unimed Ribeirão Preto e com a adequação dos planos às condições locais.

“É pela coragem e pela persistência que acabamos conquistando o que parecia impossível”³: a liderança de mercado – o mais relevante fator para a divulgação do cooperativismo médico.

Franca - SP - 1 de maio de 1971

A Unimed Franca iniciou em uma sala cedida pelo Centro Médico de Franca. Fundada por 58 médicos, a cooperativa passou pelas dificuldades próprias que pautam o caminho dos pioneiros. Houve até desistências de alguns cooperados, mas a perseverança de seu primeiro presidente, Newton Novato, foi recompensada. Em pouco tempo, a singular conseguiu equacionar seus problemas iniciais.

O Serviço de Assistência e Seguro Social dos Municípios de Franca (Sassom) foi a organização com a qual se firmou o primeiro contrato desta singular, que atualmente é destaque no mercado pela qualidade dos seus serviços e pela competência dos seus associados.

Na fase madura da cooperativa, o presidente, na época, Walter Antonio de Oliveira Filho, deu início a vários trabalhos, um dos quais visava à melhoria da relação médico-paciente e à conscientização dos médicos sobre a relevância deste aspecto em suas atividades.

Cruzeiro - SP - 3 de maio de 1971.

Trinta médicos fundaram a Unimed Cruzeiro em maio de 1971. Foi necessário muito esforço para demonstrar a qualidade do serviço a ser oferecido e conseguir firmar o primeiro contrato. O Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe) foi a primeira organização a depositar confiança nos médicos cooperados.

Um ano após sua fundação, foram efetuadas substanciais modificações na estrutura da cooperativa. A classe médica local se uniu implantando os preceitos da filosofia do Sistema Unimed. A união dos cooperados em torno do mesmo ideal

resultou primeiramente, na consolidação da singular e depois, no crescimento e na melhoria das condições de trabalho dos médicos associados.

ABC - SP - 13 de maio de 1971

Tumulto marca o estabelecimento da Unimed ABC - Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares como foi denominada, inicialmente, pelos seus 154 fundadores. Maior pólo industrial do país, a região do ABC representava a melhor ocasião de lucro para os conglomerados intermediadores do serviço médico. Os interesses desses intermediários, evidentemente, conflitavam com a existência de uma cooperativa médica. O poder econômico dificultava o trabalho de estabelecimento de vínculos de prestação de serviços com empresas e com hospitais.

O primeiro contrato, firmado com a empresa Elevadores Otis, não foi seguido por muitos outros, o que determinou o descrédito e a situação financeira precária desta singular até meados da década de 80. Naquele tempo, renovou-se o modelo administrativo e a diretoria da cooperativa. Fortalecida, a Unimed ABC conseguiu vencer a concorrência, abrindo o caminho para sua própria expansão.

Rio Claro - SP - 14 de maio de 1971

A formação da Unimed Rio Claro está relacionada com o nome de Oswaldo Akamine e seu trabalho anterior na Associação Paulista de Medicina (APM) desta cidade. Após retornar de um curso de pós-graduação em Urologia na Universidade de Tóquio, Oswaldo Akamine conseguiu despertar o interesse e o entusiasmo de alguns médicos, que criaram o Centro de Estudos Médicos. Esse centro tornou-se um foco de estudo, debates, aprimoramento e organização da classe médica local.

Entre a diversidade de assuntos discutidos destacava-se a preocupação com a falta de caminhos novos para o exercício autônomo da medicina. No início da década de 70, médicos ligados ao Centro de Estudos já se destacavam na comunidade médica e foram convidados para participar da eleição da diretoria da APM. A chapa, presidida inicialmente por José Marcos Pires de Oliveira (substituído mais tarde por Luiz Ângelo de Albuquerque) foi eleita. Os médicos passaram, então, a participar de reuniões

mensais na APM - São Paulo. Numa dessas reuniões, Edmundo Castilho apresentou a conferência: “Uma alternativa para a Assistência Médica”, na qual contava o curto, mas bem sucedido trajeto da cooperativa médica de Santos. A conferência sensibilizou Akamine.

Voltando a Rio Claro, Akamine relatou a experiência a seus colegas do Centro de Estudos, que convidaram Edmundo Castilho para expor os princípios que orientam as cooperativas médicas, os objetivos e os resultados das experiências em curso. Os médicos acabariam por encontrar o caminho de atuação que os preservaria do exercício da medicina de grupo que já ameaçava Rio Claro.

Trinta e seis médicos participaram da fundação da Unimed Rio Claro. A implantação e a organização contaram com a colaboração de Sociplan e a inestimável ajuda de Carlos José, que assumiu a gerência administrativa e tratou do delicado processo de implantação com a estreita colaboração dos assessores da Unimed Santos.

Sem verbas e uma base material adequada, os médicos de Rio Claro contaram apenas com seu entusiasmo e confiança no caminho que haviam escolhido. Chegaram a investir recursos próprios na viabilização da cooperativa. Em maio de 1972, foi firmado o primeiro contrato com o Banco de Crédito Real de Minas Gerais. Ainda nos meados dos anos 70, foi criada a base para uma sólida expansão. O entusiasmo, o trabalho e a dedicação geraram resultados positivos.

“O empresário foi se conscientizando de que realmente valia a pena pagar para o empregado um sistema que funcionava, o paciente sendo atendido imediatamente. O empresário compreendeu que era mais econômico fornecer uma forma de atendimento mais eficiente.”⁴.

Em 1976, a Unimed Rio Claro adquiria sua primeira sede própria e assinava convênio com um pool de dez empresas. Primando pela formação e o aperfeiçoamento de seus quadros técnicos e administrativos, a Unimed Rio Claro hoje é um modelo de sucesso na implantação e na consolidação do cooperativismo médico no país.

NOTAS

¹ Reproduzido de Akamine, 1997.

² Antonio Alberto de Felício. In O Diário Especial, Ribeirão Preto, abril , 1986, pág. 3.
Edição especial de 15^o aniversário.

³ Idem/idem/idem.

⁴ Castro, Edmundo José Velasco. Fundador e 1^o presidente de Unimed Rio Claro, 25 de março de 1991, In Memorial Unimed 25 Anos.

APÊNDICE 3

UNIMEDS SEGUNDO DATA DE FUNDAÇÃO, UNIDADE DA FEDERAÇÃO E NÚMERO DE COOPERADOS, USUÁRIOS E MUNICÍPIOS ATENDIDOS EM 2000.

Unimeds fundadas até 1975

Unimeds singulares	UF	data fundação	2000		
			coop.	usuários	Municípios atendidos
UNIMED SANTOS	SP	18/12/67	1.598	118.120	8
UNIMED PIRACICABA	SP	14/12/70	433	143.420	10
UNIMED CAMPINAS	SP	17/12/70	2.484	446.598	12
UNIMED SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	SP	13/02/71	709	112.594	9
UNIMED LONDRINA	PR	11/03/71	926	122.459	27
UNIMED BELO HORIZONTE	MG	01/04/71	3.837	344.253	9
UNIMED RIBEIRÃO PRETO	SP	30/04/71	749	141.387	8
UNIMED FRANCA	SP	01/05/71	229	66.298	11
UNIMED CRUZEIRO	SP	03/05/71	96	21.168	9
UNIMED ABC	SP	13/05/71	756	90.189	7
UNIMED RIO CLARO	SP	14/05/71	175	58.572	6
UNIMED UBERLÂNDIA	MG	15/05/71	826	129.864	11
UNIMED ARARAQUARA	SP	15/05/71	325	75.562	7
UNIMED SÃO CARLOS	SP	16/05/71	217	77.342	7
UNIMED CATANDUVA	SP	18/05/71	238	36.959	17
UNIMED SÃO GONÇALO- NITERÓI	RJ	03/06/71	1.270	96.794	5
UNIMED SOROCABA	SP	04/06/71	648	53.688	11
UNIMED MONTES CLAROS	MG	05/06/71	233	56.137	27
UNIMED GUARATINGUETÁ	SP	09/06/71	198	25.298	4
UNIMED UBERABA	MG	19/06/71	511	77.652	7
UNIMED BAURU	SP	06/07/71	529	143.300	13
UNIMED NOVA IGUAÇU	RJ	13/07/71	475	63.092	7
UNIMED BOTUCATU	SP	13/07/71	133	41.834	7
UNIMED RECIFE	PE	24/07/71	1.380	118.000	11
UNIMED CURITIBA	PR	06/08/71	3.431	309.071	11
UNIMED FLORIANÓPOLIS	SC	31/08/71	1.342	162.599	20
UNIMED BLUMENAU	SC	28/09/71	404	99.133	11
UNIMED JOINVILLE	SC	28/09/71	431	82.459	5
UNIMED ERECHIM	RS	05/10/71	183	63.373	25
UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	SP	18/10/71	970	126.352	18
UNIMED IJUÍ	RS	20/10/71	314	46.160	51

Unimed's singulares	UF	data fundação	2000		
			coop.	usuários	Municípios atendidos
UNIMED PRESIDENTE PRUDENTE	SP	10/11/71	434	94.589	13
UNIMED RIO	RJ	08/12/71	3.391	378.625	2
UNIMED VALES DO TAQUARI E RIO PARDO	RS	11/12/71	464	89.872	46
UNIMED JOÃO PESSOA	PB	16/12/71	1.115	103.934	13
UNIMED CAMPINA GRANDE	PB	21/12/71	472	59.084	13
UNIMED PORTO ALEGRE	RS	23/12/71	4.624	360.448	18
UNIMED PETRÓPOLIS	RJ	28/02/72	344	46.086	1
UNIMED MISSÕES	RS	24/03/72	196	18.207	17
UNIMED TAUBATÉ	SP	23/05/72	388	76.000	5
UNIMED PLANALTO MÉDIO	RS	15/06/72	508	19.331	43
UNIMED SANTA ROSA	RS	19/06/72	117	7.265	12
UNIMED SANTA MARIA	RS	13/07/72	769	59.794	24
UNIMED VALE DO CAÍ	RS	05/09/72	124	24.000	15
UNIMED NORDESTE (RS)	RS	14/11/72	867	244.341	17
UNIMED JUIZ DE FORA	MG	08/01/73	789	112.236	12
UNIMED VARGINHA	MG	15/01/73	248	66.361	7
UNIMED CAMPO GRANDE	MS	12/05/73	1.267	94.472	14
UNIMED BARRA MANSA	RJ	17/05/73	218	11.379	2
UNIMED CACHOEIRA DO SUL	RS	01/11/74	188	25.000	10
UNIMED NOVA FRIBURGO	RJ	13/01/75	299	27.120	12
UNIMED VALE DO SINOS	RS	01/05/75	ign	ign	11
UNIMED CUIABÁ	MT	20/10/75	938	163.000	33

Unimeds fundadas entre 1975 e 1980

Unimeds singulares	UF	data fundação	2000		
			coop.	usuários	Municípios atendidos
UNIMED PINDAMONHANGABA	SP	14/03/76	99	28.150	3
UNIMED SANTA BÁRBARA D'OESTE E AMERICANA	SP	10/11/76	268	101.000	3
UNIMED CENTRO SUL	RS	10/04/77	131	19.984	13
UNIMED CRUZ ALTA	RS	02/08/77	128	12.366	6
UNIMED NATAL	RN	15/10/77	1.678	117.885	8
UNIMED FORTALEZA	CE	09/01/78	2.906	210.100	8
UNIMED NORTE FLUMINENSE	RJ	10/01/78	225	14.313	9
UNIMED GOIÂNIA	GO	21/02/78	1.963	172.523	46
UNIMED MACEIÓ	AL	28/02/78	848	68.073	53
UNIMED BRASÍLIA	DF	26/03/78	593	77.671	19
UNIMED SÃO PAULO	SP	30/05/78	ign	ign	26
UNIMED BAGÉ	RS	02/06/78	190	18.792	6
UNIMED PONTA GROSSA	PR	07/06/78	326	37.047	15
UNIMED SANTOS DUMONT	MG	02/10/78	50	1.780	7
UNIMED ARAÇATUBA	SP	12/10/78	261	53.799	5
UNIMED AVARÉ	SP	13/10/78	97	18.219	15
UNIMED PELOTAS	RS	18/12/78	854	27.230	8
UNIMED TRÊS LAGOAS	MS	22/02/79	121	26.766	11
UNIMED GUARAPUAVA	PR	16/05/79	219	18.232	13
UNIMED CABO FRIO	RJ	06/06/79	163	16.209	5
UNIMED DOURADOS	MS	30/07/79	263	23.635	14
UNIMED MANAUS	AM	05/08/79	767	112.320	1
UNIMED VITÓRIA	ES	27/08/79	1.790	161.348	9
UNIMED PARANAGUÁ	PR	01/03/80	72	25.560	7
UNIMED VALE DO AÇO	MG	19/05/80	217	33.000	11
UNIMED REGISTRO	SP	29/06/80	63	12.010	15
UNIMED CONSELHEIRO LAFAIETE	MG	10/07/80	189	25.760	21
UNIMED PATOS	PB	16/08/80	58	2.609	22
UNIMED MOSSORÓ	RN	15/12/80	145	16.353	13

Unimeds fundadas entre 1981 e 1985

Unimeds singulares	UF	data fundação	2000		
			coop.	usuários	Municípios atendidos
UNIMED BELÉM	PA	28/04/81	1.087	63.448	9
UNIMED LORENA	SP	26/08/81	104	19.925	3
UNIMED CAÇAPAVA	SP	01/10/81	73	21.607	2
UNIMED JACUÍ	RS	28/10/81	108	5.798	9
UNIMED REGIONAL DA BAIXA MOGIANA	SP	04/11/81	213	76.169	6
UNIMED LIMEIRA	SP	25/02/82	146	62.091	3
UNIMED OURINHOS	SP	12/04/82	163	29.505	12
UNIMED SALVADOR	BA	28/04/82	1.160	32.391	2
UNIMED MARINGÁ	PR	05/08/82	527	63.407	25
UNIMED SÃO LUÍS	MA	03/10/82	380	24.530	70
UNIMED BATATAIS	SP	12/10/82	59	13.597	6
UNIMED TERESINA	PI	10/03/83	479	14.385	1
UNIMED IMPERATRIZ	MA	08/04/83	135	5.881	23
UNIMED ALTO DA SERRA	RS	15/05/83	115	11.360	14
UNIMED ITABUNA	BA	18/05/83	203	14.696	25
UNIMED OESTE DO PARANÁ	PR	01/07/83	88	14.102	12
UNIMED FEIRA DE SANTANA	BA	12/07/83	236	48.203	32
UNIMED SÃO BORJA	RS	15/09/83	49	4.480	3
UNIMED FERNANDÓPOLIS	SP	26/09/83	112	14.676	16
UNIMED RONDÔNIA	RO	09/12/83	117	27.973	3
UNIMED SERGIPE	SE	17/01/84	727	46.949	84
UNIMED LESTE PAULISTA	SP	27/01/84	ign	ign	8
UNIMED VOTUPORANGA	SP	01/03/84	144	17.323	13
UNIMED CARIRI	CE	06/04/84	296	7.901	30
UNIMED BETIM	MG	31/05/84	174	44.199	8
UNIMED SOBRAL	CE	03/08/84	165	7.780	34
UNIMED NOROESTE FLUMINENSE	RJ	25/08/84	134	8.350	6
UNIMED JEQUIÉ	BA	24/10/84	72	5.418	27
UNIMED ARAGUARI	MG	29/10/84	115	20.227	7
UNIMED CATALÃO	GO	08/11/84	68	12.957	7
UNIMED COSTA OESTE	PR	14/11/84	167	32.805	15
UNIMED ASSIS	SP	28/02/85	149	22.735	15
UNIMED NORTE PIONEIRO	PR	19/04/85	148	7.065	21
UNIMED CENTRO OESTE DO PARANÁ	PR	21/04/85	25	3.814	5
UNIMED AQUIDAUANA	MS	23/05/85	65	5.850	10
UNIMED MACAPÁ	AP	30/06/85	92	17.097	2
UNIMED BOA VISTA	RR	16/07/85	85	8.262	1
UNIMED EXTREMO OESTE CATARINENSE	SC	25/07/85	105	21.221	26
UNIMED CURRAIS NOVOS	RN	05/09/85	49	2.010	13
UNIMED ARARAS	SP	17/09/85	146	35.027	4

Unimeds fundadas entre 1986 e 1990

Unimeds singulares	UF	Fundação	2000		
			Cooperados	Usuários	Municípios atendidos
UNIMED					
INCONFIDENTES	MG	26/02/86	148	17.841	6
UNIMED IGUATÚ	CE	05/04/86	49	3.961	10
UNIMED JUNDIAÍ	SP	06/08/86	398	75.234	12
UNIMED OESTE DO PARÁ	PA	12/09/86	33	3.124	12
UNIMED SUL DO PARÁ	PA	12/11/86	89	4.758	16
UNIMED ORLÂNDIA	SP	20/11/86	40	18.440	6
UNIMED TUPÃ	SP	01/12/86	84	8.436	10
UNIMED ITAPETININGA	SP	29/01/87	105	15.551	10
UNIMED ITAJUBÁ	MG	08/05/87	130	25.605	13
UNIMED SENHOR DO BONFIM	BA	13/05/87	35	744	12
UNIMED PIRAPORA	MG	10/07/87	23	2.087	9
UNIMED SETE LAGOAS	MG	08/09/87	176	18.552	9
UNIMED RONDONÓPOLIS	MT	22/09/87	111	10.197	1
UNIMED DIVINÓPOLIS	MG	22/10/87	407	58.761	28
UNIMED VALE DO PIQUIRI	PR	25/11/87	30	2.882	6
UNIMED VALE DAS ANTAS	RS	18/12/87	92	13.908	21
UNIMED SALTO / ITU	SP	10/03/88	134	34.413	2
UNIMED SÃO JOÃO DEL REI	MG	29/04/88	159	18.775	17
UNIMED PARNAÍBA	PI	29/04/88	62	1.797	6
UNIMED LIVRAMENTO	RS	19/05/88	145	11.615	3
UNIMED CAPIVARI	SP	31/05/88	2.209	19.312	4
UNIMED CORNÉLIO PROCÓPIO	PR	06/07/88	78	8.300	18
UNIMED CIRCUITO DAS ÁGUAS	MG	09/07/88	189	19.620	15
UNIMED POUSO ALEGRE	MG	10/07/88	290	30.098	29
UNIMED APUCARANA	PR	09/08/88	146	10.396	27
UNIMED PARANAVAÍ	PR	11/08/88	104	7.418	28
UNIMED UBÁ	MG	17/08/88	179	10.901	15
UNIMED PERNAMBUCO CENTRAL	PE	05/10/88	108	1.920	35
UNIMED CASCAVEL	PR	30/01/89	331	28.152	20
UNIMED BARBACENA	MG	14/02/89	247	25.524	18
UNIMED PARQUE CIMENTEIRO	MG	16/02/89	95	12.500	7

Unimed's singulares	UF	Fundação	2000		
			Cooperados	Usuários	Municípios atendidos
UNIMED MACAÉ	RJ	08/05/89	202	16.303	5
UNIMED ARAXÁ	MG	11/05/89	124	26.772	8
UNIMED BEBEDOURO	SP	18/05/89	80	14.973	6
UNIMED SUDOESTE DA BAHIA	BA	24/05/89	225	12.067	26
UNIMED MURIAÉ	MG	17/07/89	115	4.967	8
UNIMED ALTO OESTE POTIGUAR	RN	03/08/89	45	1.737	33
UNIMED FOZ DO IGUAÇU	PR	04/08/89	139	13.871	1
UNIMED UMUARAMA	PR	22/08/89	129	14.678	19
UNIMED CURVELO	MG	12/09/89	142	10.910	25
UNIMED GUAXUPÉ	MG	27/09/89	93	9.453	9
UNIMED VOLTA REDONDA	RJ	28/09/89	347	29.396	1
UNIMED FRANCISCO BELTRÃO	PR	04/10/89	130	9.034	22
UNIMED REGIONAL DE CAMPO MOURÃO	PR	24/10/89	83	5.497	11
UNIMED ITUMBIARA	GO	08/11/89	114	16.179	9
UNIMED CIANORTE	PR	09/11/89	74	12.288	11
UNIMED CARUARU	PE	16/11/89	128	20.640	22
UNIMED CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	ES	27/12/89	324	40.869	24
UNIMED CARATINGA	MG	27/12/89	94	6.801	16
UNIMED PATOS DE MINAS	MG	25/01/90	180	31.511	15
UNIMED SERRA GERAL	BA	10/02/90	65	211	32
UNIMED SOUSA	PB	14/02/90	43	2.971	17
UNIMED ANÁPOLIS	GO	05/03/90	252	13.682	13
UNIMED PATO BRANCO	PR	02/04/90	162	20.465	15
UNIMED OESTE DA BAHIA	BA	05/04/90	57	6.981	29
UNIMED NORTE CAPIXABA	ES	09/05/90	203	13.166	13
UNIMED MONTE CARMELO	MG	23/05/90	36	12.700	8
UNIMED CATAGUASES	MG	20/08/90	83	8.268	9
UNIMED TRÊS PONTAS	MG	18/09/90	57	12.556	4
UNIMED AMPARO	SP	28/09/90	96	58.968	6
UNIMED ARAPIRACA	AL	28/11/90	81	4.420	23

Unimeds fundadas entre 1991 e 1995

Unimeds singulares	UF	Fundação	2000		
			Cooperados	Usuários	Municípios atendidos
UNIMED BIRIGUI	SP	08/01/91	72	23.953	12
UNIMED ITABIRA	MG	28/02/91	82	13.287	13
UNIMED CRICIÚMA	SC	07/03/91	200	27.000	8
UNIMED JOÃO MONLEVADE	MG	16/04/91	110	16.996	9
UNIMED TRÊS VALES	MG	11/06/91	279	13.264	1
UNIMED CAMPOS	RJ	14/06/91	425	17.473	5
UNIMED VIÇOSA	MG	02/07/91	95	5.261	11
UNIMED CAICÓ	RN	17/07/91	45	3.277	13
UNIMED PLANALTO NORTE	SC	25/07/91	53	20.946	3
UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO	PE	08/08/91	180	17.500	6
UNIMED PATROCÍNIO	MG	22/08/91	84	23.520	4
UNIMED MARÍLIA	SP	30/08/91	369	44.529	18
UNIMED PEDRO LEOPOLDO	MG	06/09/91	76	10.707	3
UNIMED LENÇÓIS PAULISTA	SP	13/09/91	47	54.331	3
UNIMED VALE DO JAGUARIBE	CE	09/10/91	81	3.065	13
UNIMED REGIONAL DE CRATEUS	CE	15/10/91	45	1.590	16
UNIMED RIO BRANCO	AC	16/10/91	145	15.718	1
UNIMED ILHÉUS	BA	17/10/91	100	11.700	8
UNIMED REGIONAL DE ARACATI	CE	06/11/91	50	1.824	9
UNIMED SERTÃO CENTRAL DO CEARÁ	CE	13/11/91	25	774	13
UNIMED LAGES	SC	22/11/91	159	26.888	18
UNIMED VALE DO SÃO PATRÍCIO	GO	28/11/91	73	6.276	14
UNIMED POÇOS DE CALDAS	MG	05/12/91	203	78.409	7
UNIMED GUARARAPES	PE	12/12/91	1.063	30.661	3
UNIMED TUBARÃO	SC	14/12/91	170	17.893	19
UNIMED VALE DO CAPIBARIBE	PE	18/12/91	97	782	20
UNIMED SANTO ANTÔNIO DE JESUS	BA	05/02/92	61	4.484	21
UNIMED CHAPECÓ	SC	20/02/92	131	28.583	24
UNIMED ITUIUTABA	MG	25/02/92	125	31.090	8
UNIMED MONTE ALTO	SP	01/03/92	24	9.368	4
UNIMED PALMAS	TO	01/03/92	186	5.635	8

Unimed's singulares	UF	Fundação	2000		
			Cooperados	Usuários	Municípios atendidos
UNIMED CHAPADA DIAMANTINA	BA	07/03/92	32	1.800	26
UNIMED BARRA DO GARÇAS	MT	27/03/92	61	4.866	18
UNIMED COSTA VERDE	RJ	02/04/92	68	6.997	3
UNIMED VALENÇA	BA	15/04/92	58	1.114	14
UNIMED RIO VERDE	GO	29/04/92	161	11.588	15
UNIMED LUZIÂNIA	GO	30/04/92	55	17.124	7
UNIMED LITORAL	SC	02/06/92	199	37.655	13
UNIMED FORMIGA	MG	08/06/92	72	5.673	10
UNIMED TRÊS CORAÇÕES	MG	10/06/92	68	15.884	5
UNIMED REGIONAL FLORIANO	PI	23/06/92	53	1.783	21
UNIMED PARÁ DE MINAS	MG	15/07/92	79	9.300	10
UNIMED CAMPO BELO	MG	15/07/92	41	3.160	5
UNIMED GOVERNADOR VALADARES	MG	24/07/92	355	31.445	46
UNIMED ALFENAS	MG	30/07/92	105	6.334	13
UNIMED DRACENA	SP	01/08/92	82	12.478	12
UNIMED BARRA DO PIRAÍ	RJ	11/08/92	150	10.989	7
UNIMED LEOPOLDINA	MG	17/08/92	68	7.199	5
UNIMED ITUVERAVA	SP	01/09/92	62	10.000	5
UNIMED RESENDE	RJ	10/11/92	117	9.093	4
UNIMED NORTE GOIANO	GO	18/11/92	37	2.523	5
UNIMED URUGUAIANA	RS	20/11/92	92	8.417	1
UNIMED ITAQUI	RS	21/11/92	31	11.799	2
UNIMED MACAU	RN	27/11/92	55	2.087	9
UNIMED EXTREMO SUL	BA	29/11/92	107	6.447	13
UNIMED SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO	MG	16/12/92	35	7.105	6
UNIMED ALTO JACUÍ	RS	18/12/92	61	8.190	8
UNIMED ALÉM PARAÍBA	MG	01/01/93	51	4.480	5
UNIMED ALTO URUGUAI	RS	22/01/93	42	3.575	9
UNIMED LAVRAS	MG	04/02/93	142	17.968	12
UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PARDO	SP	06/02/93	35	15.995	4
UNIMED JATAÍ	GO	03/03/93	53	7.913	13
UNIMED REGIONAL DE PICOS	PI	18/03/93	74	994	26
UNIMED SUDOESTE DE MINAS	MG	22/03/93	91	8.258	14
UNIMED VALE DO RIO DOCE	ES	30/03/93	184	27.595	7

Unimeds singulares	UF	Fundação	2000		
			Cooperados	Usuários	Municípios atendidos
UNIMED BARRETOS	SP	20/04/93	120	13.922	5
UNIMED OESTE GOIANO	GO	20/04/93	42	681	19
UNIMED ITAÚNA	MG	22/04/93	84	8.140	4
UNIMED PALMEIRA DOS ÍNDIOS	AL	05/05/93	51	2.623	22
UNIMED LINS	SP	17/05/93	53	27.083	11
UNIMED VALE DO JAURÚ	MT	05/06/93	ign	ign	16
UNIMED ARAGUAÍNA	TO	06/06/93	71	1.754	57
UNIMED ENCOSTA DA SERRA	RS	16/06/93	171	11.639	7
UNIMED JALES	SP	24/06/93	58	6.798	18
UNIMED CORUMBÁ	MS	27/06/93	56	1.125	2
UNIMED CAMPOS DO JORDÃO	SP	29/06/93	27	3.974	3
UNIMED JABOTICABAL	SP	03/07/93	54	42.514	7
UNIMED SÃO JOÃO NEPOMUCENO	MG	07/07/93	50	899	4
UNIMED DUQUE DE CAXIAS	RJ	14/07/93	199	13.007	1
UNIMED TERESÓPOLIS	RJ	21/09/93	186	11.555	3
UNIMED MINEIROS	GO	23/09/93	54	4.649	5
UNIMED GUARUJÁ	SP	20/10/93	172	10.288	3
UNIMED PORANGATU	GO	26/10/93	46	304	10
UNIMED NORTE DO MATO GROSSO	MT	04/11/93	100	9.328	6
UNIMED SÃO ROQUE	SP	16/11/93	92	15.690	6
UNIMED PENEDO	AL	09/12/93	31	1.610	12
UNIMED VERTENTE DO CAPARAÓ	MG	14/12/93	123	4.004	17
UNIMED VERA CRUZ	BA	03/01/94	74	7.662	7
UNIMED GUARULHOS	SP	19/01/94	180	60.559	5
UNIMED NOROESTE DE MINAS	MG	11/03/94	64	5.155	4
UNIMED TATUÍ	SP	05/04/94	72	19.000	5
UNIMED REGIONAL DO BREJO PARAIBANO	PB	08/04/94	41	1.696	23
UNIMED ARARUAMA	RJ	28/04/94	110	10.398	3
UNIMED PENÁPOLIS	SP	10/05/94	71	6.152	5
UNIMED FERRABRAZ	RS	24/05/94	43	1.282	3
UNIMED VALE DO CARANGOLA	MG	25/05/94	51	3.357	1
UNIMED LITORAL SUL	RS	11/06/94	258	12.054	4

Unimed's singulares	UF	Fundação	2000		
			Cooperados	Usuários	Municípios atendidos
UNIMED REGIÃO SISALEIRA	BA	07/07/94	34	6.175	21
UNIMED MACHADO	MG	02/08/94	34	5.387	2
UNIMED ADAMANTINA	SP	10/08/94	53	4.877	6
UNIMED REGIONAL DE ITAPAGÉ	CE	09/10/94	22	1.238	24
UNIMED AGRESTE MERIDIONAL	PE	13/10/94	74	4.218	20
UNIMED PIRAQUEAÇU	ES	15/10/94	114	8.510	1
UNIMED MATA SUL	PE	25/10/94	42	700	19
UNIMED ANDRADAS	MG	11/11/94	38	5.729	3
UNIMED CALDAS NOVAS	GO	21/11/94	26	2.046	1
UNIMED ALTO VALE	SC	30/11/94	126	15.821	28
UNIMED IBITINGA	SP	01/12/94	68	7.639	5
UNIMED MOCOCA	SP	05/12/94	55	31.500	1
UNIMED MARQUÊS DE VALENÇA	RJ	09/12/94	112	3.711	4
UNIMED ITAPEVA	SP	27/12/94	64	7.372	9
UNIMED REGIÃO DA PRODUÇÃO	RS	29/12/94	84	17.277	9
UNIMED ALTO PARANAÍBA	MG	01/01/95	26	7.151	1
UNIMED JI-PARANÁ	RO	13/04/95	85	5.817	18
UNIMED IPAMERI	GO	08/05/95	31	852	5
UNIMED PONTAL DO TRIÂNGULO	MG	01/06/95	54	13.360	4
UNIMED TRÊS RIOS	RJ	21/06/95	110	10.693	5
UNIMED PIRASSUNUNGA	SP	28/06/95	45	4.512	2
UNIMED ABOLIÇÃO	CE	30/06/95	27	899	7
UNIMED SÃO MIGUEL DOS CAMPOS	AL	25/07/95	35	1.038	5
UNIMED ARIQUEMES	RO	28/09/95	32	1.200	1
UNIMED PAULO AFONSO	BA	12/10/95	40	2.521	13
UNIMED ALEGRETE	RS	31/10/95	69	10.050	2
UNIMED SERTÃO CENTRAL	PE	20/11/95	32	641	16
UNIMED BRAGANÇA PAULISTA	SP	22/11/95	108	3.419	9
UNIMED ALAGOINHAS	BA	06/12/95	101	4.413	19
UNIMED PONTE NOVA	MG	07/12/95	46	707	14

Unimeds fundadas entre 1996 e 2000

Unimeds singulares	UF Fundação	2000		
		Cooperados	Usuários	Municípios atendidos
UNIMED CÁCERES	MT 25/01/96	35	1.418	1
UNIMED GOIANÉSIA	GO 27/01/96	33	1.009	5
UNIMED SANTA BÁRBARA	MG 13/03/96	27	1.939	3
UNIMED AÇAILÂNDIA	MA 27/03/96	26	355	1
UNIMED GURUPI	TO 02/04/96	71	2.316	16
UNIMED JOAÇABA	SC 21/05/96	71	9.416	16
UNIMED VALE DO URUCUIA	MG 13/06/96	44	2.140	9
UNIMED SERTÃOZINHO	SP 21/09/96	43	4.128	3
UNIMED CAÇADOR	SC 18/10/96	48	10.718	7
UNIMED VILHENA	RO 15/11/96	ign	ign	7
UNIMED BRUSQUE	SC 02/01/97	87	27.000	3
UNIMED MORRINHOS	GO 19/04/97	27	9.309	9
UNIMED ARARANGUÁ	SC 01/05/97			9
UNIMED FRUTAL	MG 08/08/97	37	368	5
UNIMED REGIONAL DE JAÚ	SP 12/08/97	241	24.378	12
UNIMED ANGRA DOS REIS	RJ 31/10/97	68	5.988	2
UNIMED VALE DO AÇU	RN 15/06/98	29	1.372	9
UNIMED LITORAL NORTE	PB 29/07/98			1
UNIMED METROPOLITANA DE SALVADOR	BA 17/08/98	317	14.142	5
UNIMED SANTA RITA, STA ROSA E SAO SIMAO	SP 09/12/98	39	3.049	3
UNIMED ALTO IRANI	SC 14/05/99	ign	ign	16
UNIMED PITANGUEIRAS	SP 27/07/99	ign	ign	2
UNIMED VIDEIRA	SC 22/02/00	30	731	
UNIMED DE ALTO URUGUAI CATARINENSE	SC 23/02/00	ign	ign	14
UNIMED VALE DO IGUAÇU	SC 01/03/00	ign	ign	8
UNIMED RIO MAFRA	SC 01/09/00	ign	ign	11

APÊNDICE 4**CONSTITUIÇÃO UNIMED****PREÂMBULO**

As Cooperativas de todos os graus do SISTEMA UNIMED e do SISTEMA UNICRED, as cooperativas USIMED e as empresas do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED, reunidas em GRANDE PLENÁRIA NACIONAL em Salvador, Estado da Bahia, na XXIV Convenção Nacional UNIMED, para dotar o COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED de documento conceitual, principiológico e operacional, promulgam, sob a proteção de Deus, a **CONSTITUIÇÃO UNIMED**.

Salvador, Estado da Bahia, em 28 de outubro de 1994.

Grande Plenária Nacional

Edmundo Castilho - Presidente

Nilo Marciano de Oliveira - Relator

CONSTITUIÇÃO UNIMED

TITULO I DOS CONCEITOS E DOS PRINCÍPIOS

CAPÍTULO I DOS CONCEITOS

Seção I

Da natureza, regulamentação e alteração da CONSTITUIÇÃO UNIMED

Art. 1º. A CONSTITUIÇÃO UNIMED é a carta de conceitos, princípios e operações do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED.

§ 1º. Os princípios e normas operacionais desta CONSTITUIÇÃO, que não sejam auto-aplicáveis, serão regulamentados, na forma por que nela disposto, por normas derivadas.

§ 2º. A alteração desta CONSTITUIÇÃO obedecerá ao processo nela previsto.

Seção II

Do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED

Art. 2º. O COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED compreende:

I - o SISTEMA UNIMED, integrado exclusivamente pelas cooperativas médicas detentoras do direito de uso do nome e marcas UNIMED;

II - o SISTEMA UNICRED, integrado exclusivamente pelas cooperativas de economia e crédito mútuo detentoras do direito de uso do nome e marcas UNICRED;

III- as cooperativas USIMED de usuários de assistência médica UNIMED, detentoras do direito de uso do nome e marcas USIMED;

IV- o SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED, integrado por sociedades com ou sem fins econômicos e com ou sem fins lucrativos, cooperativas ou não, destinadas ao atendimento de objetivos acessórios ou complementares das cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e das cooperativas USIMED.

CAPITULO II DOS PRINCÍPIOS

Seção I

Dos princípios gerais

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

I - da dignidade humana, como criação do homem;

II - da liberdade, como grupo social;

III- da democracia, como instituição.

Seção II

Dos princípios do cooperativismo

Art. 4º. As cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e as cooperativas USIMED regem-se pelos princípios:

I - da livre adesão, como forma associativa;

II - da gestão democrática, como forma política;

III- do compromisso doutrinário, como participantes das organizações cooperativistas nacionais e internacionais;

IV- da proporcionalidade às operações, como forma distributiva de resultados;

V - da ação integrada e interdependente, como Sistemas.

Seção III

Dos princípios do cooperativismo médico

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

I -no campo da ética médica:

a) da relação direta médico/paciente:

b) da independência do médico como juiz único, diante de sua consciência, dos atos médicos que deva praticar;

c) da inexploração do trabalho médico com fins lucrativos, políticos ou religiosos;

II - no campo do compromisso comunitário:

a) da colocação de medicina ética e de qualidade, acessível ao maior número de pessoas;

b) da interação entre os médicos, prestadores de serviços, e os usuários, tomadores desses serviços;

III - no campo do compromisso público:

- a) da integração com os serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças;
- b) da complementaridade contratual dos serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças;
- c) da complementaridade voluntária dos serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças.

Seção IV

Dos princípios do cooperativismo creditício

Art. 6º. As cooperativas do SISTEMA UNICRED regem-se pelos princípios:

I - no campo da ética financeira:

- a) do absoluto respeito aos ativos dos cooperados e dos investidores;
- b) da justa remuneração dos investimentos;

II - no campo do compromisso comunitário:

- a) da distribuição mutualista das riquezas;
- b) da colocação de serviços financeiros às pequenas economias;

III - no campo do compromisso público:

- a) da credibilidade das atividades financeiras;
- b) da democratização do sistema financeiro.

Seção V

Dos princípios do cooperativismo usuário

Art. 7º. As cooperativas USIMED regem-se pelos princípios:

I no campo da ética:

- a) da dignidade do usuário;
- b) do respeito nas relações usuário/prestador de serviço;

II no campo do compromisso comunitário:

- a) da acessibilidade de todos à assistência médica;
- b) da redução de custos;

III - no campo do compromisso público:

- a) da integração com os serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças;
- b) da complementaridade voluntária dos serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças.

TÍTULO II DAS ESTRUTURAS

CAPÍTULO I DO SISTEMA UNIMED

Seção I

Da organização

Art. 8º. As cooperativas médicas do SISTEMA UNIMED são:

I - Singulares, destinadas à prestação de serviços aos cooperados:

- a) constituídas por médicos;
- b) com área de ação em um ou mais municípios, referidos expressamente no estatuto;

II - Federações, destinadas à prestação de serviços às Singulares e aos cooperados, próprios ou das Singulares:

- a) constituídas por Singulares e, excepcionalmente, por médicos, associados individuais, integrantes de grupos seccionais;
- b) com área de ação referida expressamente no estatuto;

III- Federações Interfederativas, destinadas à prestação de serviços às Singulares e Federações e a seus cooperados, constituídas por Federações e por Singulares, com área de ação em região referida expressamente no estatuto;

IV- Confederação, destinada à prestação de serviços às Singulares e Federações e a seus cooperados e às Federações Interfederativas, constituída por todas as Federações e Federações Interfederativas, com área de ação em todo o território brasileiro.

§ 1º. A admissão de associados e cooperativas e a realização de negócios limitam-se à área de ação expressamente referida no estatuto.

§ 2º. Nenhuma cooperativa terá área de ação coincidente, no todo ou em parte, com a de outra cooperativa, ressalvada a hipótese de coincidência parcial da área de ação das Federações em relação à das Federações Interfederativas.

§ 3º. As cooperativas Singulares filiar-se-ão à Federação em cuja área de ação se situem e, satisfeita essa condição prévia, à Federação interfederativa a que sua Federação esteja filiada.

§ 4º. As Federações filiar-se-ão à Federação Interfederativa em cuja área de ação se situem e, satisfeita essa condição prévia, à Confederação.

§ 5º. Na hipótese de inexistência de Federação Interfederativa, as Federações filiar-se-ão diretamente à Confederação.

- § 6º. A Federação que se desfiliar da Federação Interfederativa perderá a condição de cooperada da Confederação.
- § 7º. A área de ação da Federação Interfederativa que resultar da criação de novas Federações em um mesmo Estado limitar-se-á ao território desse Estado.
- § 8º. É vedado às Federações aceitar filiação de cooperativa Singular dissidente de outra.
- § 9º. A excepcionalidade de cooperação de que trata a alínea “a” do inciso II deste artigo será autorizada pela Federação interessada, por deliberação fundamentada do Conselho de Administração, observada a finalidade de transformação do grupo seccional em nova Singular ou de sua integração a Singular já existente.
- § 10. Os grupos seccionais só poderão ser instalados em municípios que não pertençam à área de ação de nenhuma Singular.

Seção II

Dos direitos

- Art. 9º. Observada a respectiva área de ação e atendidos os princípios e normas desta CONSTITUIÇÃO, são direitos:

I das Singulares:

- a) deliberarem sobre a admissão de cooperados e organizarem o quadro associativo e a forma de gestão;
- b) definirem formas e valores dos contratos de prestação de assistência médica que firmarem em nome dos cooperados, assegurando-lhes condições de sua execução;
- c) remunerar diretamente seus cooperados;
- d) viabilizarem aos cooperados, com recursos próprios ou de terceiros, mediante contratos, a utilização de hospitais e de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia;
- e) deliberarem sobre participação ou não, com ou sem ônus, em projetos federativos ou confederativos;
- f) deliberarem sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse;

II das Federações:

- a) deliberarem sobre a admissão de Singulares e de associados individuais e organizarem o quadro associativo e a forma de gestão;
- b) definirem formas e valores dos contratos federativos de prestação de assistência médica que firmarem em nome das Singulares e associados individuais, assegurando-lhes condições de sua execução;
- c) definirem formas e valores dos repasses às Singulares e associados individuais dos resultados dos contratos federativos;
- d) decidirem as dissensões entre Singulares das respectivas áreas de ação, observado o disposto no art. 21, § 4º.;
- e) divulgarem informações técnicas de interesse das Singulares de sua área de ação;

- f) orientarem as Singulares na realização de auditorias administrativa, contábil e financeira;
- g) deliberarem sobre participação ou não, com ou sem ônus, em projetos confederativos;
- h) elaborarem projetos federativos em consonância com a respectiva Federação Interfederativa e com a Confederação;
- i) deliberarem sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse;

III das Federações Interfederativas:

- a) deliberarem sobre a admissão de Federações e Singulares e organizarem o quadro associativo e a forma de gestão;
- b) definirem formas e valores dos contratos interfederativos de prestação de assistência médica que firmarem em nome das Singulares e Federações, assegurando-lhes condições de sua execução;
- c) definirem formas e valores dos repasses às Singulares e Federações dos resultados dos contratos interfederativos;
- d) decidirem as dissensões entre Singulares de Federações diferentes e entre Federações das respectivas áreas de ação, observado o disposto no art. 21 § 4º;
- e) divulgarem informações técnicas de interesse das Federações e Singulares de sua área de ação;
- f) auxiliarem as Federações de sua área de ação na orientação às Singulares de realização de auditorias administrativa, contábil e financeira;

g) deliberarem sobre participação ou não, com ou sem ônus, em projetos confederativos;

h) elaborarem projetos interfederativos em consonância com a Confederação;

i) deliberarem sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse;

IV - da Confederação:

a) o comando político do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;

b) deliberar sobre a admissão de Federações e Federações Interfederativas e organizar o quadro associativo e a forma de gestão:

c) definir formas e valores, para o intercâmbio, no primeiro caso, e para a execução, no segundo caso, dos contratos nacionais e confederativos de prestação de assistência médica que firmar em nome das Singulares, Federações e Federações Interfederativas, assegurando-lhes condições de sua execução;

d) definir formas e valores dos repasses às Singulares, Federações e Federações Interfederativas dos resultados dos contratos confederativos

e) elaborar projetos confederativos, nacionais, regionais ou locais, com ou sem ônus para Singulares, Federações e Federações Interfederativas;

f) divulgar informações técnicas de interesse de todas as cooperativas do SISTEMA UNIMED;

g) elaborar manuais de auditorias administrativa, contábil e financeira;

h) deliberar sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse.

- § 1º. É vedado às Federações, Federações Interfederativas e Confederação firmar contratos federativos e confederativos com pessoas jurídicas que já mantenham contratos com Singulares, Federações ou Federações Interfederativas, sem prévia negociação com essas cooperativas.
- § 2º. Se não houver conveniência para as Singulares, Federações ou Federações Interfederativas em participar do contrato federativo ou confederativo, ele poderá ser firmado com sua exclusão, operando-se os recíprocos atendimentos entre elas e as demais cooperativas pelas normas do intercâmbio.

Seção III Dos deveres

Art. 10. São deveres constitucionais, sem prejuízo dos estatutários:

I - das Singulares:

- a) prestarem à Confederação e às respectivas Federação Interfederativa e Federação, nos prazos que lhes forem assinados, todas as informações de interesse do Sistema que lhes forem solicitadas;
- b) cumprirem as normas e as deliberações suas e da Federação e Federação Interfederativa respectivas ou da Confederação decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;
- c) respeitarem, as normas e as deliberações das demais Federações Interfederativas, Federações e Singulares de todo o Brasil decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;
- d) darem execução, por intermédio dos cooperados, aos contratos federativos, interfederativos, confederativos e nacionais;

e) atenderem os usuários das demais cooperativas pelo intercâmbio, salvo expressa manifestação em contrário da cooperativa de origem;

II - das Federações:

a) prestarem à Confederação e à Federação Interfederativa respectiva, no prazo que lhes for assinado, e às Singulares de sua área de ação, no prazo estatutário ou convencionado, todas as informações, de qualquer natureza, que lhes forem solicitadas;

b) cumprirem as normas e as deliberações suas e da Federação Interfederativa respectiva ou da Confederação decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;

c) respeitarem as normas e as deliberações das Singulares e das demais Federações e Federações Interfederativas de todo o Brasil decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;

III - das Federações Interfederativas:

a) prestarem à Confederação, no prazo que lhes for assinado, e às Federações e Singulares de sua área de ação, no prazo estatutário ou convencionado, todas as informações, de qualquer natureza, que lhes forem solicitadas;

b) cumprirem as normas e as deliberações suas e da confederação decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;

c) respeitarem as normas e as deliberações das Singulares, Federações e demais Federações Interfederativas de todo o Brasil decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;

IV - da Confederação:

- a) prestar às Federações Interfederativas e às Federações, no prazo estatutário ou convencionado, e às Singulares, no prazo convencionado, todas as informações, de qualquer natureza, que lhe forem solicitadas;
- b) cumprir suas normas e deliberações;
- c) respeitar as normas e as deliberações das Federações Interfederativas, Federações e Singulares decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO.

V - de todas as cooperativas do SISTEMA UNIMED:

- a) guardarem sigilo de todas as informações de que disponham ou venham a dispor sobre todas as sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED, ressalvada a expressa autorização de sua divulgação;
- b) cumprirem as normas derivadas elaboradas pelo FÓRUM UNIMED e cumprirem e observarem suas decisões, nos termos do TÍTULO III;
- c) colaborarem reciprocamente e com as demais sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;
- d) respeitarem a área de ação das demais cooperativas;
- e) cumprirem os compromissos, pecuniários ou não, dos projetos nacionais, regionais ou locais a que tenham aderido;
- f) absterem-se de, sem prejuízo da garantia fundamental da Constituição da República de acesso ao Poder Judiciário e ressalvados os institutos jurídicos da prescrição e decadência e o esgotamento dos meios negociais e decisórios previstos

nesta CONSTITUIÇÃO, intentar contra quaisquer sociedades do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED:

1 - cobranças judiciais e protestos de títulos;

2 - quaisquer outras medidas judiciais;

g) não tornarem públicas, por quaisquer meios, dissensões com quaisquer sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED.

CAPITULO II DO SISTEMA UNICRED

Seção 1

Da organização

Art. 11 As cooperativas de economia e crédito mútuo do SISTEMA UNICRED são:

I - Singulares, destinadas à prestação de serviços aos cooperados:

a) constituídas por médicos, pelos empregados das próprias Singulares, por cooperativas singulares integradas por médicos e, excepcionalmente, por pessoas jurídicas conceituadas pela legislação vigente como micro e pequenas empresas, que tenham por objetivo as mesmas ou correlatas atividades econômicas das pessoas físicas, ou ainda por pessoas jurídicas sem fins lucrativos, cujos sócios também integrem as Singulares;

b) com área de ação em um ou mais municípios, referidos expressamente no estatuto;

II - Centrais, destinadas à prestação de serviços às Singulares e a seus cooperados:

a) constituídas por Singulares;

b) com área de ação referida expressamente no estatuto;

III- Confederação, destinada à prestação de serviços a suas filiadas, às Centrais e às Singulares e a seus cooperados, constituída por todas as Centrais e pelas filiadas estatutárias e com área de ação em todo o território brasileiro.

§ 1º. A admissão de associados e cooperativas e a realização de negócios limitam-se à área de ação expressamente referida no estatuto.

§ 2º. Nenhuma cooperativa terá área de ação coincidente, no todo ou em parte, com a de outra cooperativa.

§ 3º. As cooperativas Singulares filiar-se-ão à Central em cuja área de ação se situem.

§ 4º. É vedado às Centrais aceitarem filiação de cooperativa Singular dissidente de outra.

§ 5º. A criação de Singular UNICRED só se dará em municípios da área de ação de Singular UNIMED, sob sua supervisão no ato de criação e com sua participação.

Seção II

Dos direitos

Art. 12. Observada a respectiva área de ação e atendidos os princípios e normas desta Constituição, são direitos:

I - das Singulares:

- a) deliberarem sobre a admissão de cooperados e organizarem o quadro associativo e a forma de gestão;
- b) deliberarem sobre participação ou não, com ou sem ônus, em projetos das Centrais ou da Confederação;
- c) deliberarem sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse;

II das Centrais:

- a) deliberarem sobre a admissão de Singulares e organizarem o quadro associativo e a forma de gestão;
- b) decidirem as dissensões entre Singulares das respectivas áreas de ação, observado o disposto no art. 21, § 4º;
- c) deliberarem sobre participação ou não, com ou sem ônus, em projetos confederativos;
- d) deliberarem sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse;

III- da Confederação:

- a) o comando político do Sistema UNICRED;
- b) deliberar sobre a admissão de filiadas e organizar o quadro associativo e a forma de gestão;
- c) elaborar projetos confederativos, nacionais, regionais ou locais, com ou sem ônus para Singulares e Centrais;
- d) deliberar sobre todos os assuntos de seu peculiar interesse.

Seção III

Dos deveres

Art. 13. São deveres constitucionais, sem prejuízo dos estatutários:

I - das Singulares:

- a) prestarem à Confederação e às Centrais respectivas, nos prazos que lhes forem assinados, todas as informações de interesse do Sistema que lhes forem solicitadas;
- b) cumprirem as normas e as deliberações suas e das Centrais respectivas ou da Confederação decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;
- c) respeitarem as normas e as deliberações das demais Centrais e Singulares de todo o Brasil decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;

II - das Centrais:

- a) prestarem à Confederação, no prazo que lhes for assinado, e às Singulares de sua área de ação, no prazo estatutário ou convencionado, todas as informações, de qualquer natureza, que lhes forem solicitadas;
- b) cumprirem as normas e as deliberações suas e da Confederação decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;
- c) respeitarem as normas e as deliberações das Singulares e das demais Centrais de todo o Brasil decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;

III - da Confederação:

a) prestar às filiadas, no prazo estatutário ou convencionado, e às Singulares, no prazo convencionado, todas as informações, de qualquer natureza, que lhe forem solicitadas;

b) cumprir suas normas e deliberações;

c) respeitar as normas e as deliberações das Centrais e das Singulares decorrentes do exercício dos direitos previstos nesta CONSTITUIÇÃO;

IV - de todas as cooperativas do SISTEMA UNICRED:

a) guardarem sigilo de todas as informações de que disponham ou venham a dispor sobre todas as sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED, ressalvada a expressa autorização de sua divulgação;

b) cumprirem as normas derivadas elaboradas pelo FORUM UNIMED e cumprirem e observarem suas decisões, nos termos do TÍTULO III;

c) colaborarem reciprocamente e com as demais sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;

d) cumprirem os compromissos, pecuniários ou não, dos projetos nacionais, regionais ou locais a que tenham aderido;

e) absterem-se de, sem prejuízo da garantia fundamental da Constituição da República de acesso ao Poder Judiciário e ressalvados os institutos jurídicos da prescrição e decadência e o esgotamento dos meios negociais e decisórios previstos nesta CONSTITUIÇÃO, intentar contra quaisquer sociedades do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED:

1 - cobranças judiciais e protestos de títulos;

2 - quaisquer outras medidas judiciais;

f) não tornarem públicas, por quaisquer meios, dissensões com quaisquer sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED.

Art. 14. O dever de prestar informações das alíneas “a” dos incisos I, II e III do artigo 13 encontra limite no dever da alínea “a” do inciso IV do mesmo artigo 13 e não inclui informações das operações de investidores, sobre as quais as cooperativas devem manter sigilo.

CAPÍTULO III

DO SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED

Art. 15. As sociedades integrantes do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED organizam-se pela forma jurídica compatível com seus fins.

Art. 16. O controle das sociedades com fins econômicos, com ou sem fins lucrativos, integrantes do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED deverá ser sempre de uma ou mais cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e de uma ou mais cooperativas USIMED que as constituírem ou a elas se filiarem e fará:

I - diretamente ou

II- por intermédio de outra sociedade do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED que essas cooperativas já controlam

Art. 17. A direção das sociedades do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED será exercida, sempre que não houver impedimento legal, por médicos cooperados do SISTEMA UNIMED.

Art. 18. As cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e as cooperativas USIMED poderão, por deliberação própria, participar de sociedades não integrantes do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED observada, nessa hipótese, a regulamentação por norma derivada do uso dos nomes e das marcas UNIMED, UNICRED e USIMED e de quaisquer outros nomes ou marcas das cooperativas ou sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED.

TITULO III DO FORUM UNIMED

CAPITULO I DOS OBJETIVOS

Art. 19. A competência deferida neste TÍTULO ao FÓRUM UNIMED tem por objetivos:

I - preservar os princípios do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;

II - manter:

- a) a integridade dos SISTEMAS e
- b) a harmonia entre as sociedades que os compõem;

III - garantir ações integradas.

Par. único. O FÓRUM UNIMED elaborará regulamento, que se inclui em sua competência normativa, das atividades deste TÍTULO.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO

Art. 20. O FÓRUM UNIMED compõe-se de todos os membros do Conselho de Administração da UNIMED DO BRASIL - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, com os direitos de voz e voto previstos no estatuto dessa CONFEDERAÇÃO, ressalvado o disposto no parágrafo único deste artigo.

Par. único. Sempre que a norma derivada em elaboração ou a questão sob decisão versar sobre assunto específico do Sistema UNICRED ou relativo às cooperativas USIMED, o Diretor responsável pela área respectiva terá direito de voto.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA

Seção 1

Normativa

Art. 21. Compete ao FÓRUM UNIMED elaborar regulamentos sobre os seguintes assuntos, que não se consideram do peculiar interesse das Singulares, Federações e Federações Interfederativas do SISTEMA UNIMED, das Singulares, Centrais e Confederação do SISTEMA UNICRED e das cooperativas USIMED:

I - uso do nome e marcas UNIMED, UNICRED e USIMED e de outros nomes e marcas de cooperativas ou sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;

II - assuntos internacionais, de qualquer natureza;

III- tributos e contribuições sociais, federais, estaduais ou municipais;

IV- Plano de Extensão Assistencial - PEA;

V - intercâmbio nacional;

VI- Centro de Estudos Unimed;

VII - uniformização nacional de procedimentos e rotinas;

VIII- relacionamento intercooperativo nacional;

IX- relacionamento não associativo das cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e das cooperativas USIMED com empresas do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;

X - participação das cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e das cooperativas USIMED em sociedades, cooperativas ou não, em que se envolvam por qualquer forma o nome e as marcas UNIMED, UNICRED e USIMED e outros nomes e marcas de cooperativas ou sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;

XI- dissensões de qualquer natureza entre as cooperativas de quaisquer graus (§ 4º deste artigo);

XII - quaisquer outros assuntos incluídos em rol que obedeça à mesma elaboração da regulamentação prevista neste artigo.

§ 1º. Os regulamentos de que trata este artigo são normas derivadas (Art. 1º, § 1), compõem com esta CONSTITUIÇÃO complexo normativo e têm cogência igual à dela.

- § 2º. A falta de regulamentação de qualquer assunto deste artigo implicará em que a cooperativa interessada estabeleça com o FÓRUM UNIMED, por intermédio da Federação ou Central respectiva, se for Singular dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e se essa intermediação não for incompatível com o assunto, ou diretamente, se for Singular USIMED, a forma de atendimento a seus interesses.
- § 3º. As questões decorrentes da regulamentação dos assuntos deste artigo serão decididas, observadas as disposições da seção II deste capítulo, pelo FÓRUM UNIMED.
- § 4º. O regulamento do assunto do inciso XI deste artigo não poderá subtrair às Federações ou Federações Interfederativas e às Centrais a competência originária para decisão da dissensão entre Singulares ou Federações, conforme o caso, de sua área de ação (alínea “d” do inciso II e alínea “d” do inciso III do artigo 9º e alínea “b” do inciso II do Art. 12).

Seção II

Decisória

Art. 22. Compete ao FÓRUM UNIMED decidir quaisquer divergências internas do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED e suas decisões:

I - obrigam as partes envolvidas;

II-exigem observância por todas as sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED.

Par. único. A responsabilização e a imposição de penas de que trata o TÍTULO IV não esgota a competência decisória do FÓRUM UNIMED, que poderá impor obrigações de dar, fazer e não fazer.

Art. 23. As decisões do FORUM UNIMED limitam-se pelos princípios gerais de direito, pela lei, por esta CONSTITUIÇÃO e pelas normas derivadas que a regulamentem.

Art. 24. Na consecução dos objetivos do art. 19, o FÓRUM UNIMED poderá decidir além e fora do pedido

Par. único. Nas hipóteses deste artigo, a parte interessada, sem prejuízo do direito de recurso, poderá requerer novo julgamento, oferecendo razões e produzindo provas para elidir os fundamentos da decisão.

Art. 25. A competência do artigo 22 não elide as competências contratuais das sociedades integrantes do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED em suas relações societárias com os associados e nas relações societárias dos associados entre si.

Art. 26. Têm legitimidade para postular ao FÓRUM UNIMED:

I - como requerente:

a) qualquer sociedade integrante do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED;

b) qualquer cooperado do SISTEMA UNIMED;

II - como requerida, qualquer cooperativa ou sociedade integrante do COMPLEXO EMPRESARIAL COOPERATIVO UNIMED.

Par. único. A postulação inicial se fará por escrito e conterà descrição dos fatos, fundamentação e pedido.

Art. 27. São princípios das atividades do FORUM UNIMED disciplinadas nesta seção:

I - o contraditório;

II - a ampla defesa, com os meios de prova a ela inerentes;

Par. único. As despesas com as provas serão custeadas:

I - por quem as queira produzir;

II- pelo requerente, quando as provas houverem de ser produzidas por deliberação de ofício do FÓRUM UNIMED.

Art. 28. O FÓRUM UNIMED poderá instituir comissões de instrução processual, integradas por cooperados do SISTEMA UNIMED, e valer-se de assessoria técnica, a cujas conclusões não estará adstrito nas decisões.

Art. 29. Das decisões do FÓRUM UNIMED caberá recurso à ASSEMBLÉIA GERAL da UNIMED DO BRASIL - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, interponível em 15 (quinze) dias contados da ciência da decisão.

Par. único. Compete à Diretoria Executiva da UNIMED DO BRASIL - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS decidir, em cada caso, em quais efeitos o recurso de que trata este artigo será recebido.

TÍTULO IV
DAS RESPONSABILIDADES E PENAS

- Art. 30. A infração de quaisquer deveres desta CONSTITUIÇÃO ou de normas derivadas implica na responsabilização da sociedade infratora por perdas e danos a que der causa, em favor da sociedade prejudicada.
- Art. 31. Independentemente da responsabilização do artigo anterior, as cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e as cooperativas USIMED sujeitam-se às penas previstas em norma derivada elaborada na forma do artigo 21.
- Art. 32. A responsabilização e a imposição das penas de que trata este título serão de competência do FÓRUM UNIMED (TÍTULO III), sem prejuízo de a sociedade interessada, na hipótese de recusa de cumprimento da decisão, ingressar com a ação própria (Art. 10, V, f e art. 13, IV, e).

TÍTULO V
DA PLENÁRIA NACIONAL CONSTITUINTE

- Art. 33. A PLENÁRIA NACIONAL CONSTITUINTE é integrada por todas as cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e as cooperativas USIMED e reunir-se-á, sempre que houver proposta de alteração desta CONSTITUIÇÃO, na Convenção Nacional UNIMED.
- Art. 34. É da exclusiva competência da PLENÁRIA NACIONAL CONSTITUINTE a alteração desta CONSTITUIÇÃO, que só se dará com a presença mínima de 50% (cinquenta por cento) dos representantes-delegados com direito a voto e pelo voto da maioria absoluta dos representantes-delegados presentes, mediante proposta subscrita por no mínimo 1/5 (um quinto) do conjunto de

cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e das cooperativas USIMED, da qual conste na íntegra a nova redação dos dispositivos alterandos.

Art. 35. A proposta de alteração deverá ser entregue na UNIMED DO BRASIL - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS até 180 (cento e oitenta) dias antes da data de início da Convenção Nacional em que deva ser analisada.

Par. único. A UNIMED DO BRASIL - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MEDICAS providenciará para que, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias em relação à data de início da Convenção, as cooperativas com voto na PLENÁRIA NACIONAL CONSTITUINTE recebam a íntegra da proposta, acompanhada de parecer não vinculativo que dará sobre ela.

Art. 36. A alteração desta CONSTITUIÇÃO, salvo disposição em contrário, entrará em vigor na data da aprovação.

TÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 37. As atuais cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED, as cooperativas USIMED e as sociedades do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED aderirão à CONSTITUIÇÃO a partir da promulgação.

Art. 38. As cooperativas que pretenderem integrar os SISTEMAS UNIMED e UNICRED e o conjunto das cooperativas USIMED e as sociedades que vierem a integrar o SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED firmarão documento solene de adesão a esta CONSTITUIÇÃO.

Par. único. A adesão a esta CONSTITUIÇÃO é condição inderrogável para a outorga às novas cooperativas do direito de uso dos nomes e marcas UNIMED, UNICRED e USIMED e dos demais nomes e marcas das cooperativas ou sociedades integrantes do SISTEMA EMPRESARIAL UNIMED.

Art. 39. A todas as cooperativas que aderirem a esta CONSTITUIÇÃO será fornecida CARTA CONSTITUTIVA, firmada pelo Presidente da UNIMED DO BRASIL - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS e, nas hipóteses de cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED, pelos Presidentes da Federação ou Central e da Federação Interfederativa respectivas.

Art. 40. As cooperativas dos SISTEMAS UNIMED e UNICRED e as cooperativas USIMED, sem prejuízo da adesão de que trata o art. 37, adaptarão os estatutos a esta CONSTITUIÇÃO em 180 (cento e oitenta) dias contados da data de adesão.

Art. 41. Os atuais regulamentos da UNIMED DO BRASIL- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, até nova regulamentação de cada assunto nos termos do art, 21, continuarão vigendo como normas derivadas.

TÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Esta CONSTITUIÇÃO, aprovada pela GRANDE PLENÁRIA NACIONAL CONSTITUINTE, entra em vigor na data da promulgação.

Par. único. Sem prejuízo do disposto no TITULO V, esta CONSTITUIÇÃO, após 02 (dois) anos de vigência, será revisada pela PLENARIA NACIONAL

CONSTITUINTE, na forma estabelecida pelo FÓRUM UNIMED,
observado o inciso XII do art. 21.

Salvador, Estado da Bahia, em 28 de outubro de 1 994.

Grande Plenária Nacional

Edmundo Castilho
Presidente

Nilo Marciano de Oliveira
Relator

APÊNDICE 5

SUMÁRIO DAS CARACTERÍSTICAS DO UNIPLAN DE 1997 E DE 2001

**PLANO BÁSICO - 1997
“NOVO UNIPLAN EMPRESARIAL”**

LOCAIS DE ATENDIMENTO	Consultas:	Atendimentos clínicos cirúrgicos ou ambulatoriais:			Exames complementares e serviços auxiliares:		
	consultórios de cooperados e cooperativas que integram o sistema Unimed	consultórios, clínicas ou serviços próprios ou contratados. No módulo básico está excluído o acesso a hospitais “de categoria diferenciada”			serviços próprios ou contratados		
BENEFÍCIOS ESPECIAIS	Seguro por morte acidental ou natural				Plano de Extensão Assistencial – PEA Ocorrendo o falecimento do usuário titular, inscrito há mais de seis meses, os dependentes inscritos terão direito aos serviços contratados, pelo prazo de até cinco anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades, respeitadas as carências contratuais.		
CUSTOS PARA O USUÁRIO	preço médio				reajustes por idade:		
	R\$ 52,90 (outubro de 1998)				após 60 anos as mensalidades são cobradas em dobro		
CARÊNCIAS (INCLUSIVE PARA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)	Consultas e serviços de diagnóstico e terapia	Internações e cirurgias ambulatoriais	Parto normal e cesária	Tratamento de patologias diferenciadas(*)	PEA	Morte acidental e natural	Acidentes pessoais
	30 dias	180 dias	300 dias	360 dias	365 dias	180 dias	180 dias

continua

<p>COBERTURA</p>	<p>Atendimento nas seguintes especialidades clínicas ou cirúrgicas:</p> <p>Alergologia e imunologia; anestesiologia; angiologia; cardiologia (excluídas as cirurgias); citopatologia; clínica médica ou medicina interna; dermatologia; endocrinologia e metabologia; fisioterapia; gastroenterologia; geriatria; genética clínica; ginecologia e obstetrícia; hematologia homeopatia (somente consultas); infectologia; nefrologia; neurofisiologia clínica; neurologia; oftalmologia; oncologia; ortopedia; otorrinolaringologia; pediatria; pneumologia; proctologia; psiquiatria (somente consultas); reumatologia; traumatologia; urologia.</p> <p>Cirurgia plástica reparadora somente para restauração de funções em órgãos, membros e regiões atingidos em virtude de acidentes pessoais ocorridos na vigência do contrato</p> <p>Patologias diferenciadas(*) respeitada a carência contratual</p>			
<p>INTERNAÇÃO</p>	<p>Durante a internação estão garantidos:</p> <p>Assistência médica através de médicos cooperados; medicamentos prescritos; alimentação, inclusive dietética, parenteral e enteral; serviço de enfermagem; diárias em quarto coletivo, taxas de internação e salas; material de sala; exames complementares, exceto os não cobertos pelo contrato; anestésicos, oxigênio e hemoterapia.</p>	<p>Diárias de enfermaria:</p> <p>limitadas a 60 dias prorrogáveis por mais 30 dias, desde que justificada.</p>	<p>Permanência em UTI:</p> <p>Limitada a 15 por usuário, por ano, não acumuláveis de ano para ano e não intercambiáveis com as diárias de enfermaria</p>	
<p>SERVIÇOS AUXILIARES</p>	<p>Serviços assegurados, quando solicitados por médico cooperado:</p> <p>Analgesia de parto; análises clínicas; cintilografia de tireóide^(a), densitometria óssea^(a), ecocardiograma uni e bidimensional, com doppler convencional, não colorido^(a); eletrocardiograma convencional; eletroencefalograma convencional; eletromiografia^(a); endoscopia convencional; eletromiografia^(a); endoscopia; espirometria; exames anatomopatológicos e citológicos, exceto necrópsia; exames radiológicos, exceto radiologia intervencionista; exames e testes alergológicos; exames e testes oftalmológicos; exames e testes otorrinolaringológicos; fisioterapia^(c); hemodiálise e diálise peritoneal^(d); holter^(a); litotripsia^(e); potencial evocado^(a); prova de função pulmonar^(e); quimioterapia e radioterapia; teste ergométrico; tococardiografia (durante o trabalho de parto); tomografia computadorizada^(a); ultrassonografia^(b), ultrassonografia obstétricas^(f).</p> <p>Limitações:</p> <p>(a) limitado a um por usuário/ano; (b) limitada a uma por ano, por patologia; (c) limitada a 20 sessões por ano, por modalidade e patologia; (d) limitadas a seis sessões por usuário/ano cada uma, não estando cobertos os casos crônicos, mesmo em fase aguda; (e) limitada a um tratamento ou prova completos por usuário/ano; (f) limitadas a duas por gestação.</p>			
<p>MÓDULOS OPCIONAIS</p>	<p>1 – acomodação diferenciada (quarto privativo com acompanhante)</p>	<p>2 – procedimentos especiais de diagnóstico e terapia</p>	<p>3 – Procedimentos especiais em cardiologia</p>	<p>4 – hospitais de categoria diferenciada</p>

Continua

<p>PRINCIPAIS SERVIÇOS EXCLUÍDOS E NÃO SEGURADOS</p>	<p>Tratamentos, cirurgias, exames e medicamentos experimentais, cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, vacinas, medicamentos importados, exceto os sem similar nacional ou cujos custos sejam inferiores ou iguais aos nacionais;</p> <p>Atendimento nos casos de epidemias, calamidade pública, conflitos sociais, guerras, envenenamentos de caráter coletivo ou outras perturbações da ordem pública; tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou emanações nucleares ou ionizantes.</p> <p>Cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial; tratamento odontológico ou ortodontológico; tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, tratamentos e exames laboratoriais diagnósticos para impotência sexual; cirurgias para miopia, hipermetropia e astigmatismo; tratamentos para patologias congênitas, exceto para os nascidos durante a vigência do contrato, desde que o parto esteja coberto pelo contrato; transplantes e implantes; tratamentos fonoaudiológicos e com psicólogos; enfermagem em caráter particular; cirurgias plásticas, exceto as descritas no contrato, tratamentos cirúrgicos por motivo de senilidade, para rejuvenescimento, prevenção de envelhecimento, emagrecimento ou ganho de peso, tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, inclusive a mamoplastia, mesmo com repercussões sobre a coluna vertebral; “check-up, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necrópsias, radiologia intervencionista e monitoragem fetal (exceto tococardiografia), medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo, exames para piscina e ginástica; marca-passo, lente intra-ocular, aparelhos ortopédicos válvulas, próteses e órteses de qualquer natureza; tratamento esclerosante, laserterapia e micro cirurgia de varizes;</p> <p>acidentes, lesões ou qualquer entidade mórbida provocados por embriaguez ou uso de drogas de qualquer espécie; qualquer ato ilícito devidamente comprovado, inclusive suicídio; betaterapia, imunoterapia, diálise e hemodiálise, para pacientes crônicos, mesmo em fase aguda; acidentes de trabalho e suas conseqüências, doenças profissionais, exceto primeiros socorros; exames admissionais, demissionais e periódicos;</p> <p>Doenças psíquicas que exijam internação, psicanálise e psicoterapia, exceto o primeiro atendimento;</p> <p>Tratamento clínico ou cirúrgico de moléstias infecto-contagiosas e de notificação compulsória, inclusive AIDS;</p> <p>Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;</p> <p>Remoção ou transporte de pacientes;</p>
---	--

(*) São consideradas **patologias diferenciadas**: adenoidectomia; amidalectomia; tireoidectomia; ooplastia; ooforectomia; criptorquidia; septoplastia; herniorrafia; hipospádia; histerectomia e miomectomia uterina; postectomia; exereses de tumores da pele; turbinectomia; prostatectomia; safenectomia; halux valgus e tratamentos cirúrgicos para: aderências e bridas, cálculos renais e de vesícula biliar, otite média crônica e tumores mamário

PLANO BÁSICO - 2001

“UNIPLAN MÚLTIPLO” (AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM COBERTURA OBSTÉTRICA)

LOCAIS DE ATENDIMENTO	Consultas:		Atendimentos clínicos cirúrgicos ou ambulatoriais:	Exames complementares e serviços auxiliares:	
	consultórios de cooperados e cooperativas que integram o sistema Unimed		consultórios, clínicas ou serviços próprios ou contratados.	serviços próprios ou contratados	
BENEFÍCIOS ESPECIAIS	Seguro Unimed garantia funeral		Plano de Extensão Assistencial – PEA Ocorrendo o falecimento do usuário titular, inscrito há mais de seis meses, os dependentes inscritos terão direito aos serviços contratados, pelo prazo de até cinco anos, contados da data do óbito, sem o pagamento das mensalidades, respeitadas as carências contratuais.		
CUSTOS PARA O USUÁRIO	Preço médio	Co-participação	Reajuste ou revisão:	Reajustes por idade:	Reembolso
	—	Em aberto, disposto na Proposta de Admissão. Paga pela empresa contratante.	vinculada à alteração nos custos dos componentes que basearam a fixação dos valores iniciais; reajuste anual ou a prazo menor, conforme legislação; revisão anual do cálculo atuarial, com exceção da primeira que ocorrerá após seis meses de vigência do contrato	Sete faixas de idade, com percentual de aumento entre elas em aberto, disposto na Proposta de Admissão. Usuários com mais de 60 anos, no plano há mais de 10 anos, não terão aumento.	Assegurado nos limites do contrato, exclusivamente nos casos de urgência/emergência, quando for comprovada a impossibilidade de utilização de serviços próprios contratados ou credenciados. Assegurado para anestesistas onde as entidades não permitam seu credenciamento junto a empresas de planos de saúde.

continua

CARÊNCIAS	Em aberto. Especificado na Proposta de Adesão. Módulos opcionais também sujeitos à carência.		
DOENÇAS OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES	Para modalidade de contratação coletiva empresarial com mais de 50 usuários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária nem será exigida carência. Na modalidade coletiva por adesão, com mais de 50 usuários não poderá haver cláusula de agravo ou cobertura parcial temporária, mas poderá ser exigida carência. As carências dos planos empresariais por adesão estarão dispostas na Proposta de Admissão.		
COBERTURA	<p>Atendimento para o rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.</p> <p>Para consultas: número ilimitado as clínicas básicas e especialidades reconhecidas pelo CFM</p> <p>Atendimentos de urgência/emergência, que demandem atenção continuada, incluindo remoção.</p> <p>Procedimentos básicos e especiais; cirurgia buco-maxilo-facial que necessite de ambiente hospitalar; cirurgia plástica reparadora, em caso de acidentes na vigência do contrato, para casos em que haja problemas funcionais; transplante de córnea e rim com despesas associadas.</p> <p>Psicoterapia de crise (atendimento intensivo logo após o atendimento em emergência, limitado a 12 semanas, restrito a 12 seções por ano de contrato.</p> <p>Internações psiquiátricas, em estabelecimentos ou unidades especializadas, em situações de crise ou surto psicótico agudo com necessidade de internação, isento de co-participação para o prazo máximo de 30 dias, contínuos ou não , durante o período de 12 meses a contar do primeiro dia de internação. Em casos de alcoolismo e outras formas de dependência química, estão cobertas as internações circunscritas ao tratamento de “desintoxicação”, isentas de co-participação até 15 dias, contínuos ou não , durante o período de 12 meses a contar do primeiro dia de internação.</p>		
INTERNAÇÃO	<p style="text-align: center;">Durante a internação estão garantidos:</p> <p>Assistência médica através de médicos cooperados; medicamentos prescritos; alimentação, inclusive dietética, parenteral e enteral; serviço de enfermagem; diárias em quarto coletivo, taxas de internação e salas; material de sala; exames complementares, exceto os não cobertos pelo contrato; anestésicos, oxigênio e hemoterapia.</p> <p>Utilização de leitos especiais, monitores e demais aparelhagem e material indispensáveis ao tratamento; acomodação e alimentação para acompanhante de usuário menor de 18 anos, exceto para UTI; remoção em ambulância de acordo com área geográfica e abrangência do plano; atendimentos de urgência/emergência que evoluem para internação, incluindo os necessários para preservação da vida, órgãos e funções.</p>	<p style="text-align: center;">Diárias de enfermagem:</p> <p>Sem limite de prazo, valor máximo e quantidade, desde que justificada por cooperado/assistente.</p> <p>O prazo inicial autorizado é a média para casos idênticos. Caso seja necessária prorrogação, a solicitação deverá ser apresentada à Unimed</p>	<p style="text-align: center;">Permanência em UTI:</p> <p>Sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade.</p>

<p>PRINCIPAIS SERVIÇOS EXCLUÍDOS E NÃO SEGURADOS</p>	<p>Consultas, tratamentos e internações realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas; despesas não vinculadas diretamente à cobertura do contrato; procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior ou fora da área geográfica de abrangência contratada.</p> <p>Tratamentos, cirurgias, exames e medicamentos experimentais e não reconhecidos, cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais, vacinas, medicamentos importados, exceto os sem similar nacional ou cujos custos sejam inferiores ou iguais aos nacionais;</p> <p>Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, envenenamentos de caráter coletivo ou outras perturbações da ordem pública; tratamentos e cirurgias decorrentes de danos físicos ou lesões causados por radiações ou emanções nucleares ou ionizantes.</p> <p>Cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial; tratamentos e cirurgias para controle de natalidade, infertilidade, esterilidade e suas conseqüências, tratamentos e exames laboratoriais diagnósticos para impotência sexual; enfermagem em caráter particular; tratamentos cirúrgicos por motivo de senilidade não previstas no rol de procedimentos, para rejuvenescimento, prevenção de envelhecimento, emagrecimento (exceto relacionado à obesidade mórbida) ou ganho de peso; cirurgias plásticas, exceto as reparadoras, decorrentes de acidentes ocorridos na vigência do contrato e que estejam causando problemas funcionais; tratamentos com finalidade estética, cosmética ou para alterações somáticas, ficando claro que a mamoplastia está assegurada somente nos casos de hipertrofia mamária, desde que possa repercutir sobre a coluna vertebral, após avaliação por auditoria médica da Unimed; “check-up, investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar, necrópsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo, exames para piscina e ginástica; tratamentos em SPA, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casos sociais e clínicas de idosos.</p> <p>Acidentes de trabalho e suas conseqüências, doenças profissionais, exceto primeiros socorros; exames admissionais, demissionais e periódicos (podem ser contratados à parte)</p> <p>Consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência; medicamentos e materiais cirúrgicos que não sejam ministrados em internações ou em atendimentos em pronto-socorros; aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses não ligadas ao ato cirúrgico; aluguel de equipamentos hospitalares e similares;</p> <p>Tratamentos de lesões ou doenças causadas por atos reconhecidamente perigosos, praticados pelo usuário e que não sejam motivados por necessidade justificada ou ainda causados por competição com veículos, inclusive treinos preparatórios, ou outras atividades esportivas de risco voluntário.</p> <p>Implantes e transplantes, exceto os de córnea e rim.</p>
---	--

<p>SERVIÇOS AUXILIARES</p>	<p>Serviços assegurados, quando solicitados por médico cooperado: Incluídos no rol de procedimentos da ANS. Cobertura de serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados por médico cooperado/assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar.</p>	
<p>MÓDULOS OPCIONAIS</p>	<p>1 – acomodação diferenciada (quarto privativo com acompanhante) Carências dependentes do prazo decorrido entre o início da vigência do contrato e a contratação do módulo: Até 30 dias isento. Após 30 dias: 300 dias para parto e 180 dias para demais cirurgias.</p>	
<p>CONDIÇÕES DE PERMANÊNCIA NO PLANO</p>	<p style="text-align: center;">Demitidos</p> <p>Para quem contribuiu para o plano, em prazos limitados a até 24 meses e custeado integralmente pelo usuário. As modalidades de co-participação do usuário e para os planos custeados pelas empresas são automaticamente desligados</p>	<p style="text-align: center;">Aposentados</p> <p>para quem contribuiu por pelo menos 10 anos, permanência ilimitada; em casos com menos de 10 anos, 1 ano de permanência para cada ano de contribuição. As modalidades de co-participação do usuário e para os planos custeados pelas empresas são automaticamente desligados.</p>