

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO
RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Hélio Possamai

UNIÃO DOS MÉDICOS – UNIMED:
AMBIVALÊNCIAS E CONTRADIÇÕES

Porto Alegre
2009

Hélio Possamai

UNIÃO DOS MÉDICOS – UNIMED:
AMBIVALÊNCIAS E CONTRADIÇÕES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: Prof. Ph. Dr. Pedrinho Guareschi

Porto Alegre
2009

**Dados Internacionais de
Catalogação na Publicação (CIP)**

P856u Possamai, Hélio
União dos médicos – Unimed : ambivalências e
contradições / Hélio Possamai. – Porto Alegre, 2009.
211 f.

Tese (Doutorado) – Faculdade Psicologia, Pós-Graduação em
Psicologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Ph. Dr. Pedrinho Guareschi.

1. Psicologia Social. 2. Cooperativismo Médico - Unimed. 3.

Competição. I. Guareschi, Pedrinho. II. Título.

CDD 301.1

Bibliotecário Responsável

Ginamara Lima Jacques Pinto

CRB 10/1204

Hélio Possamai

União dos Médicos – Unimed: ambivalências e contradições

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Professor PhD. Pedrinho Guareschi
Orientador
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre

Professor Dr. José Odelso Schneider
Professor Examinador
Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Professora Dra. Marília Veríssimo Veronese
Professora Examinadora
Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Professora Dra. Helena B. Kochenborger Scarparo
Professora Examinadora
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre

Jerusa, teu amor incondicional
foi a força que me sustentou e
me iluminou. Só um grande
amor faria isso, e você fez.

Vinicius e Daniel, filhos que me
orgulham em ser pai e que,
em sua juventude
me estimulam a buscar novos conhecimentos.

Muitas foram as pessoas que encontrei no caminho durante o tempo de doutorado. Algumas foram especialmente importantes e por isso quero manifestar meus agradecimentos.

Ao mestre Pedrinho A. Guareschi, meu orientador, que com sua sabedoria e sensibilidade soube interpretar e compreender cada momento pelos quais passei durante o período da realização do meu doutorado, especialmente os mais difíceis.

Ao professor e amigo José Odelso Schneider, que me auxiliou a encontrar os caminhos que me conduziram ao mundo do cooperativismo.

Aos dirigentes da Unimed/RS – Federação, que acreditaram, liberaram e me auxiliaram no contato com os presidentes das três cooperativas onde a pesquisa foi realizada, especialmente o professor Sérgio Lara.

Aos presidentes das cooperativas Unimed de Passo Fundo Dr. Rudy Hairton Goellner, de Carazinho; Dr. Luiz Carlos Colle Thomé e, de Erechim, Dr. Alcides Mandelli Stumpf, que, além de me acolherem, disponibilizaram todas as informações necessárias para a realização da pesquisa.

Aos médicos cooperativados que aceitaram participar da pesquisa, pois, ao narrarem suas experiências de vida como associados da cooperativa Unimed, permitiu que pudéssemos compreender um pouco a complexa dinâmica das relações psicossociais presentes nela.

Aos meus familiares, amigos, colegas de curso e funcionários da secretaria do Programa de Pós-Graduação que direta ou indiretamente também contribuíram para a realização deste projeto.

RESUMO

O problema que subjaz à presente tese é tentar compreender se é possível que uma cooperativa que, idealmente falando, se orienta por valores de auto-ajuda, responsabilidade, democracia, igualdade, equidade e solidariedade, possa se estruturar dentro de uma profissão, no caso a profissão médica, que, tradicionalmente, enfatiza valores liberais, como o individualismo e a competição como guias de suas ações na prática. Como compreender essa aparente ambivalência e contradição? Estaria se constituindo um paradigma mais cooperativo e solidário dentro de novas relações sociais de trabalho, promovido justamente por profissionais que tradicionalmente se reconhecem como liberais? Estaríamos diante de uma possível experiência de mediação entre as cosmovisões do “liberalismo individualista” e do “centralismo coletivista”, a primeira fortemente influenciada pelo individualismo e pela competitividade, e a segunda que se orienta por valores baseados numa burocracia anônima que leva a massificação? Procura-se investigar até que ponto a experiência de trabalho da cooperativa Unimed se coloca diante dessas aparentes contradições e ambivalências. Participaram da pesquisa trinta e cinco médicos de três cooperativas localizadas no norte do estado do Rio Grande do Sul. As informações foram obtidas por meio de entrevistas individuais e consulta a documentos oficiais da Unimed. As questões norteadoras que nos serviram de guia nas entrevistas foram: Como o cooperativado define a Unimed? Como foi o seu ingresso e quais as exigências? Em que sentido a Unimed é importante para o cooperativado? Como se dá a participação do cooperativado? Quanto ao futuro, quais as perspectivas? Os resultados indicam a existência de ambivalências/contradições tanto na estrutura da cooperativa, quanto nas práticas dos médicos. Foi também possível identificar os elementos de três cosmovisões, e a que mais se destacou foi a do liberalismo individualista, além de elementos de um centralismo burocrático. Mas houve também sinais de uma cosmovisão comunitário-solidária, não apenas como resultado de um processo natural, mas incentivado pela necessidade de resistirem aos planos de saúde privados, por um lado, e pelas novas políticas públicas no campo da saúde, trazidas pelo Estado, por outro lado.

Palavras-chave: 1. Cooperativa Unimed. 2. Psicologia Social Crítica. 3. Liberalismo. 4. Centralismo burocrático. 5. Comunitarismo social. 6. Cooperação. 7. Competição.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 (Psicologia). Sub-áreas conforme classificação CNPq: 7.07.05.00-3 (Psicologia Social).

ABSTRACT

The problem underlying this thesis is to analyze how a cooperative that, ideally speaking, is oriented towards values of self-help, responsibility, democracy, equality and solidarity, can be structured within a profession, in this case the medical profession, that traditionally emphasizes liberal values such as individualism and competition as guides of their actions in practice. How to understand this apparent ambivalence and contradiction? Are we in front of the birth of a more cooperative and solidary paradigm, within new labor social relations, promoted by a possible new experience of mediation between the “individualistic liberalism” and the “collectivistic centralism” cosmovisions, the first strongly influenced by individualism and competition, and the second oriented on an anonymous bureaucracy that brings through massifications values? The aim is to investigate to what extent the labor experience of the Unimed cooperative sees itself in front of such apparent contradictions and ambivalences. Thirty five doctors belonging to three cooperatives located in the North of the State of Rio Grande do Sul participated in the research. Information was collected through individual interviews and through search in official documents of the Unimed. The guiding questions for the interviews were: how the member of the cooperative defines the Unimed? How was his admission into the cooperative and which were the requisites? In which sense the Unimed is important for the member of the cooperative? How is his participation? With respect to the future, which are the perspectives? The results indicate the existence of ambivalences/contradictions in the structure of the cooperative as well as in the practices of the doctors. It was possible to identify elements of three cosmovisions. The one with more influence is the individualistic liberalism. A second, less generalized, presents elements of a bureaucratic centralism. But clear signs of a communitarian and solidary cosmovision were also identified, not only as a result of a natural process, but emphasized by the necessity of resistance to the private health plans, in one side, and by the new public policies in the health field, brought by the state, in the other side.

Key words: Unimed cooperative 2. Social Psychology 3. Individualistic liberalism 4. Bureaucratic centralism 5. Social comunitarism 6. Cooperation 7. competition.

Area according to classification CNPq: 7.07.00.00-1 (Psychology)

Sub-areas according to classification CNPq: 7.07.05.00-3 (Social Psychology)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: As cosmovisões e seus elementos	32
Quadro 2: Perfil das cooperativas selecionadas para o estudo	68
Quadro 3: Planilha dos nomes dos participantes escolhidos aleatoriamente com base as listas fornecidas pelas Cooperativas Unimed	71
Quadro 4: Exemplo de localização de um participante substituto no caso de alguém não confirmado.....	72
Quadro 5: Síntese dos contatos realizados que definiu o número de entrevistas que foram realizadas	72
Quadro 6: Agrupando as temáticas com base nas sínteses das entrevistas	78
Quadro 7: Quadro final integrativo	86
Quadro 8: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes.	146
Quadro 9: Indicativos da presença das cosmovisões com base nas falas dos participantes...	146
Quadro 10: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes relacionadas à cooperativa Unimed.....	154
Quadro 11: Cosmovisões identificadas nas falas dos participantes relacionadas à cooperativa Unimed.....	155
Quadro 12: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes relacionadas ao médico no seu processo de ingresso na Unimed.....	162
Quadro 13: Indicativos da presença das cosmovisões a partir das falas dos participantes relacionadas ao médico cooperativado no seu processo de ingresso na Unimed	163
Quadro 14: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes na sua relação com a Unimed	167
Quadro 15: Indicativos da presença das cosmovisões a partir das falas dos participantes na sua relação com a Unimed	168
Quadro 16: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes na relação/vínculo entre o médico cooperativado e o usuário.....	173

Quadro 17: Indicativos da presença das cosmovisões a partir das falas dos participantes na relação/vínculo entre o médico cooperativado e o usuário.....	174
Quadro 18: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes relacionadas ao poder na cooperativa Unimed.....	177
Quadro 19: Indicativos da presença das cosmovisões a partir das falas dos participantes relacionadas ao poder na cooperativa Unimed.....	178
Quadro 20: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes em relação à educação cooperativista.....	180
Quadro 21: Indicativos da presença das cosmovisões a partir das falas dos participantes em relação à educação cooperativa.....	181
Quadro 22: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes sobre o futuro.....	184
Quadro 23: Indicativos da presença das cosmovisões a partir das falas dos participantes sobre o futuro da Unimed.....	185

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Dinâmica da cooperativa Unimed, representada pelas três grandes cosmovisões....	79
Figura 2: Relação entre a cooperativa, cooperativados e usuários	80
Figura 3: Os espaços do “Eu”, do “Eles” e do “Nós”	81
Figura 4: Espaços de significação da cooperativa Unimed na perspectiva de futuro	83

LISTA DE SIGLAS

ACI –	Associação Cooperativa Internacional (ACI)
HP –	Hermenêutica de Profundidade
INPS –	Instituto Nacional de Previdência Social
AMB –	Associação Médica Brasileira
APM –	Associação Paulista de Medicina
ANS –	Agência Nacional de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
UNIMED –	União dos Médicos (Cooperativa Unimed)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 O REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
1.1 Psicologia social crítica	24
1.2 As cosmovisões do mundo contemporâneo	31
1.2.1 Cosmovisão do liberalismo individualista.....	34
1.2.2 Cosmovisão do totalitarismo coletivista.....	39
1.2.3 O pensamento comunitário na contemporaneidade: como o marisco, entre o mar e o rochedo	44
2 METODOLOGIA	58
2.1 Pressupostos epistemológicos	59
2.2 Procedimentos metodológicos	64
2.2.1 Situando novamente o problema de pesquisa.....	64
3 COM A PALAVRA, OS COOPERATIVADOS.....	87
3.1 A cooperativa Unimed: que sistema é este?.....	90
3.2 O médico cooperativado	98
3.3 O que leva o médico a entrar na Unimed.....	100
3.4 O ingresso.....	102
3.4.1 Restrições para o ingresso	102
3.4.2 Ingresso universal.....	105
3.4.3 Curso de cooperativismo	106
3.5 Relação médico cooperativado <i>versus</i> Unimed.....	109
3.5.1 Fidelidade	109
3.5.2 Um convênio	111
3.5.3 Uma cooperativa.....	114
3.6 Relação cooperado <i>versus</i> usuário	117
3.6.1 O vínculo médico <i>versus</i> paciente	118
3.6.2 O médico cooperativado.....	118
3.6.3 O usuário	121
3.7 Administrando a cooperativa Unimed	125
3.7.1 Unimed no papel da secretária.....	125
3.7.2 O poder como dominação/burocracia.....	127

3.7.3 O poder como serviço.....	129
3.8 Educação cooperativa	131
3.9 O futuro.....	136
4 ANALISANDO E INTERPRETANDO OS RESULTADOS.....	145
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
5.1 Ambivalências/contradições	188
5.2 As cosmovisões.....	191
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	200
APÊNDICES	203

APRESENTAÇÃO

Um lugar chamado Vale da Harmonia

Esta é uma história que começou num lugar chamado Vale da Harmonia. Ainda quando pequeno, lembro que um dia perguntei aos meus pais por que aquele lugar se chamava “Vale da Harmonia”. A resposta começou devagar, do jeito que todas as histórias começam. Era uma vez... “há muitos anos atrás, vindos da longínqua Itália, chegaram até aqui nossos avós e os avós dos nossos amigos que também moram neste lugar e aqui decidiram ficar. Com o tempo, sentiram a necessidade de dar um nome a este vale”...

O nome “Vale da Harmonia” foi dado por aqueles imigrantes a partir do desejo de que aquele lugar, onde haviam decidido morar, pudesse ser um lugar bom para se trabalhar e viver. Mas, afinal, que lugar era aquele? Como o próprio nome diz, era um vale. Um vale protegido no alto por duas longas montanhas. Em suas encostas se podiam ver os desenhos das pequenas roças e dos parreirais, intercalados pela mata nativa, que protegia os mananciais d’água, os animais e pássaros silvestres.

Na parte mais baixa do vale corria um rio de águas cristalinas, povoado por pequenos peixes, utilizado para lavar as roupas, saciar a sede dos animais que passavam por ele no caminho das roças, para as pescarias de anzol, para os bons banhos de cachoeira no final do dia ou nas longas e quentes tardes de domingo, depois das boas peladas de futebol nos poteiros, que, além de ser um lugar de pastagem para o gado, também nos servia de campo de futebol. Seguindo o sinuoso traçado do rio estendia-se a estrada, elo de comunicação entre as vinte e cinco famílias que ali moravam.

Essa, sem dúvida, era uma comunidade que se diferenciava das demais, pois, no Vale da Harmonia, além do rio, da pequena escola municipal e do capitel de Santo Antônio, localizava-se a sede da cooperativa dos pequenos agricultores daquela região, proprietária de um moinho, uma serraria, uma bodega - pequeno armazém de secos e molhados – e uma casa de moradia. Ah! Não poderia esquecer do velho caminhão de carga, que servia para levar para as outras localidades os excedentes do que era produzido pelos agricultores e trazia destas os produtos de que a comunidade necessitava.

Tudo isso para mim teve um significado muito especial, pois foi naquele lugar e naquela casa de propriedade da cooperativa que eu nasci e onde morei com meus pais e minha irmã até os onze anos de idade. Portanto, posso afirmar que, literalmente, nasci e cresci dentro de uma cooperativa. Mas, só agora, ao refazer alguns “pedaços” da minha infância, é que fui

tomando consciência de que aquele período da minha vida foi inteiramente “impregnado” com o mais genuíno espírito de cooperativismo, o que, sem dúvidas, deixou marcas em mim para o resto da minha vida

O fato de ter nascido na casa que pertencia à cooperativa tem uma explicação. Meus pais, que eram agricultores, quando casaram, foram convidados a trabalhar como funcionários da cooperativa. Minha mãe era responsável pela bodega; meu pai, pelo funcionamento e manutenção do moinho e da serraria. Então, aquele pequeno rio, que já era importante para aquela comunidade, passou a sê-lo ainda mais quando uma pequena parte de suas águas foi desviada para fazer funcionar o moinho e movimentar a grande roda d’água que colocava em funcionamento a serraria.

O moinho construído próximo ao rio, num terreno com desnível, era uma construção de quatro andares; nos dois de baixo, com paredes de pedra, estavam localizadas as máquinas e, nos dois de cima, todo construído de madeira, funcionava a moagem dos grãos. Para nós, que éramos crianças, tudo aquilo era grandioso, era um prédio que impressionava. No moinho passei muito do meu tempo de criança, acompanhando meu pai e aprendendo com ele, observando a maneira como realizava seu trabalho.

A serraria, próxima do moinho, ficava do outro lado do rio; unindo-os havia uma pinguela. A primeira de que lembro era feita com um tronco de árvore sobre o qual eram pregadas tábuas, onde as pessoas pisavam. O funcionamento da serraria dependia das necessidades dos agricultores, visto que, quando precisavam construir ou reformar suas casas, ou os paióis e galpões para armazenar os produtos ou para criar e proteger os animais, cortavam as árvores no mato de suas terras e as traziam para a serraria. Ali, depois de secas, eram transformadas em tábuas.

Na bodega, sob os cuidados da mãe, eram comercializados alimentos, tecidos, algumas ferramentas e utensílios necessários para o trabalho e para as casas. Ali eu a acompanhava no atendimento às pessoas que vinham vender e comprar produtos. Assim como no moinho e na serraria, ali era um espaço de encontros, de conversas, de saber das notícias sobre tudo. Na bodega também havia algumas mesas onde os que chegavam podiam apoiar o copo de água fresca que a mãe pedia para eu buscar na fonte do outro lado do rio, construída entre as pedras e protegida pelas árvores da mata nativa. As mesas também serviam para apoiar o prato de comida que minha mãe fazia para os que vinham de longe ou para os que, chegados pela manhã, teriam um longo caminho a percorrer na volta para a sua casa. Essas mesas também eram utilizadas para o jogo aos sábados e domingos à tarde, quando os moradores do vale se reuniam para jogar cartas, ou a “mora”.

Ao acompanhar minha mãe em suas tarefas, eu observava o modo respeitoso como ela se relacionava com as pessoas. Era durante as compras que muitas vezes as pessoas falavam de seus sentimentos, de suas alegrias, conquistas, mas também das suas angústias, sofrimentos e fracassos. Foi ali que eu aprendi o valor das pequenas coisas, de uma escuta, de uma palavra, de um sorriso, de um silêncio.

E o velho caminhão? Às vezes, nas manhãs de inverno, teimava em não funcionar. Nessas horas sempre havia alguém para ajudar. Com o caminhão fazia-se o transporte dos produtos das casas dos agricultores para a cooperativa, da cooperativa para outras cooperativas. Foi com esse meio que fui descobrindo o mundo que existia além daquelas duas montanhas que protegem o vale. Um mundo que foi se revelando à medida que eu ia entrando em contato com outras comunidades, outras cidades e outras cooperativas, pois muitos dos produtos que o caminhão transportava eram levados para outras cooperativas maiores. Foi naquele ambiente que cresci e vivi os primeiros anos da minha vida.

Passados tantos anos, agora, ao final do meu doutorado, fui me dando conta de que esta pesquisa junto à cooperativa Unimed me fez despertar lembranças da minha infância, levando-me de volta àquele lugar chamado Vale da Harmonia. Ao resgatar essa parte da história da minha vida, percebo que ali se constituiu uma experiência singular, pois toda a organização e funcionamento da minha comunidade natal sempre manifestava um sentido coletivo. Não que tenha sido organizada previamente para esta finalidade. Já estava institucionalmente constituída e nela tudo tinha um sentido de ser, porque a condição primeira de um grupo de pessoas se constituírem como uma comunidade é que todos saibam o nome de todos. E no vale todos se conheciam e se chamavam pelo nome.

Era uma comunidade que soube construir motivos para se encontrar e partilhar. Essas inúmeras ocasiões de encontros eram momentos de aproximação, de confraternização. Assim eram as festas da escola, do capitel de Santo Antônio, da cooperativa por ocasião das assembleias anuais, os “filós” e as “partilhas” entre vizinhos.

As festas se constituíam em eventos marcantes. Eram uma data esperada por todos, principalmente pelas crianças. Desde a véspera havia grande movimentação. Víamos os nossos pais envolvidos na preparação das carnes para o churrasco e as mulheres, das saladas e dos doces. As garrafas de bebidas eram depositadas em grandes tinas de madeira e, sobre elas colocadas barras de gelo que vinham de longe, transportadas em caminhão e protegidas com serragem de madeira. Era assim que também eram condicionadas nas tinas para que pudessem se manter por mais tempo gelando as bebidas. Assim, nos dias de festa havia bebida gelada..., mas só nessas ocasiões.

Assim como as festas comunitárias, as festas de aniversário dos adultos também tinham seus atrativos e eram sempre cheias de mistérios, pois o aniversariante, embora previsse que alguma coisa seria preparada para ele, nunca sabia o que era. Eram sempre festas-surpresa organizadas pela família, juntamente com os parentes e vizinhos.

Havia também os “filós”. À noite, as famílias, após o jantar, utilizando-se de lanternas a querosene, saíam de casa para visitar os vizinhos. Não havia motivo especial para essas visitas, nem aconteciam em data estipulada, pois por qualquer motivo se fazia um “filó”. Os adultos se encontravam para falar de questões que diziam respeito à vida de adultos, como plantação, preço dos produtos, um nascimento, uma morte, uma doença, um projeto, e também para dar continuidade àquele jogo de cartas interrompido no último encontro e que, certamente, seria recomeçado no próximo, e assim por diante. As crianças aproveitavam para brincar e inventar brincadeiras. Junto a esse burburinho das conversas dos adultos e das brincadeiras das crianças sempre havia pipoca, rapadura, chimarrão, o “brodo” acompanhado pelo vinho, sem esquecer que, dependendo da situação, havia também o terço, que as pessoas, respeitosamente, rezavam ajoelhadas e apoiadas nas cadeiras de madeira com assento de palha de trigo. Muitas vezes, aproveitando-se desses momentos, depois de um dia de muito trabalho, não faltava alguém que desse uma cochilada. Nessas visitas também se aproveitava para combinar os mutirões de trabalho para fazer a colheita das plantações, para trilhar o trigo, colher a uva e fazer o vinho. Até as estradas eram conservadas por meio de mutirões.

Outra experiência de comunidade que tinha um sentido cooperativo e solidário era o ato da partilha. Esse era o ritual pelo qual as famílias doavam parte de alguma comida especial ou de algum animal abatido aos vizinhos. Por sua vez, este também retribuía à família doadora uma oferta de comida ou carne de algum animal quando fazia o abate.

É impressionante que, passados tantos anos, as lembranças dessa experiência ainda estejam vivas em minha memória. Refletindo sobre essa experiência me dou conta de que essas imagens ainda presentes foram produzidas no fazer cotidiano de uma comunidade. Isso dá a idéia de como uma comunidade pode construir um jeito de viver e de fazer sua história. Essa história foi produzida na vida de cada pessoa, de cada família e na comunidade como um todo. Penso que a fundação da cooperativa naquela comunidade apenas imprimiu um caráter oficial à organização que ali já existia. A comunidade já vivia uma espécie de um *comunitarismo solidário*. Penso que não foi a cooperativa que levou à organização daquela comunidade; ao contrário, foi a comunidade que naturalmente se instituiu como uma cooperativa. Todos se sentiam pertencentes, todos eram efetivamente os donos, todos eram fiéis e mantinham sua fidelidade àquela idéia.

A cooperativa foi o primeiro sistema social do qual participei e onde tive a noção de que tudo tinha um sentido de ser; nada era de um só, tudo era o resultado de uma coletividade. Por isso, fico pensando na frase dita por um dos participantes da pesquisa: “Ninguém nasce cooperativista”. Eu responderia: “Será?” Se as pessoas não nascem cooperativistas, também é possível pensar que nascem individualistas? Ou será que é natural que nasçam individualistas e que a condição de se tornarem cooperativistas, solidárias, é necessariamente algo que deve ser aprendido? Com isso estaríamos aceitando que o normal é ser individualista e que o cooperativismo, não sendo natural no ser humano, é um desvio e, por isso, deve ser ensinado, deve ser aprendido?

Voltando à minha experiência, dou-me conta de que a vivência que tive na comunidade onde nasci e onde vivi durante onze anos me proporcionou um aprendizado, um conhecimento que me deu as ferramentas para construir minha história de vida pessoal, familiar e profissional.

Esta reflexão que acabei de narrar, como comentei anteriormente, não surgiu do nada. Teve um motivo, que foi a pesquisa que realizei com médicos cooperativados da Unimed. Como cheguei até a cooperativa Unimed? É a história que passarei a contar a partir de agora.

Um caminho... uma escolha...

Definir por onde se quer caminhar quando se decide fazer um doutorado é sempre difícil e arriscado. Difícil, porque a decisão está permeada pelas dúvidas, expectativas, angústias, esperanças e, ao mesmo tempo, arriscado, porque nem sempre se sabe qual o tipo de terreno que estamos pisando. Será este um terreno firme? Será um terreno escorregadio? Enfim, um caminho de possibilidades. Qual delas seguir? Eis a questão.

Há um velho ditado que diz “a fruta nunca cai longe do pé”. Se considerarmos o espírito do cooperativismo como sendo o pé, este ditado, para mim, está correto, pois nos inúmeros caminhos que percorri e em todas as minhas experiências de trabalho e participação em grupos de convivência os valores e os princípios do cooperativismo sempre estiveram presentes em minhas práticas, inclusive agora nesta minha experiência do doutorado. Então, ao me decidir por fazer o doutorado, de uma coisa eu tinha certeza, a pesquisa deveria contemplar um tema voltado para o mundo do trabalho, pois, desde a minha formação em psicologia até hoje, meus investimentos, tanto pessoais como profissionais, sempre estiveram voltados para a área do trabalho.

A possibilidade de que minha investigação pudesse contemplar um tema voltado ao cooperativismo não estava presente inicialmente. Comecei a pensar nisso a partir dos encontros que tive com meu orientador. Foram essas conversas que me motivaram a pensar que a pesquisa poderia contemplar a questão do cooperativismo pela importância que tem mostrado como uma real possibilidade de as pessoas superarem a questão do desemprego. Sim, poderia ser uma possibilidade. Mas a idéia de realizar um estudo dentro desta temática continuou sendo discutida até que chegamos ao nome de uma cooperativa, a cooperativa de trabalho – Unimed, tendo como justificativa alguns pontos que a seguir serão colocados e que nos pareceram ser bastante consistentes para um projeto de pesquisa.

A Unimed é hoje, no Brasil, o maior plano de saúde entre os planos complementares do Sistema Único de Saúde (SUS); é uma experiência de cooperativa que está se constituindo há mais de quarenta anos, assim, uma primeira pergunta que surgiu foi: O que há nessa experiência de trabalho que se mantém há tanto tempo, de forma tão crescente e que agrega milhões de brasileiros como usuários do seu plano de saúde?

É do conhecimento do senso comum que a profissão de médico se constitui como sendo uma profissão liberal vivenciada e introjetada tanto nos aspectos pessoais de auto-imagem como nas características sociais que se constroem a seu respeito. Por outro lado, existe o pressuposto de que as pessoas que constituem uma cooperativa estão buscando, em conjunto, alternativas econômicas e sociais por meio de redes de solidariedade.

O que queremos investigar encontra-se justamente na intersecção dessas duas dimensões: a dimensão de trabalho liberal e individual do médico, fortemente influenciada pelo individualismo e competitividade, e a dimensão do trabalho realizado por meio de uma cooperativa, que é social, coletiva e participativa. As questões que se colocam é: É possível conciliar estes dois universos aparentemente tão antagônicos? Até que ponto é possível afirmar que a Unimed é uma cooperativa, tendo em vista a forma como é organizada e o perfil dos seus sócios? É possível a existência de uma cooperativa com essas características?

Com base nessas e em outras questões é que buscamos identificar os motivos que levam os médicos a aderir ao trabalho cooperativo; como a cooperativa prepara os novos sócios; como os médicos percebem e compreendem o significado do seu trabalho como donos de uma cooperativa; como os cooperativados estão enfrentando os desafios de trabalhar num sistema cooperativo e solidário e, também, identificar as estratégias utilizadas para superar essa aparente contradição entre o individual e o social/coletivo.

A pesquisa, por meio deste estudo, também busca produzir elementos para o entendimento dos processos e estratégias das pessoas e grupos sociais para enfrentar limites,

os bloqueios das novas formas de produzir subjetividade no campo do trabalho. Entendemos que o cooperativismo, que nasceu no passado como uma reação ao capitalismo nascente, tem potencial para transformar-se numa forma superior de empresa, porque cada vez mais as relações mais importantes são as estabelecidas entre as pessoas, e a cooperativa é uma organização de pessoas.

Após o relato de “pedaços” da história sobre a experiência cooperativa e solidária vivida por mim na comunidade do Vale da Harmonia, que deixou suas marcas no caminho da minha vida, e da definição de que a cooperativa Unimed seria o tema da minha pesquisa, outra questão se colocou: Que caminho teórico me daria o suporte para dar conta desta investigação?

É muito importante e necessário nos determos sobre esta questão do referencial teórico e metodológico, porque se apresenta neste estudo de um modo bastante peculiar. Voltemos ao ano de 2004, quando iniciei o curso de doutorado. É sempre bom salientar que o ano em que se inicia o doutorado é sempre especial, pois fazemos projetos do que será investigado, enfim, é um momento que “mexe” com a nossa vida. Eu estava nesse processo quando me deparei com um livro, aparentemente desprezioso, mas que na primeira leitura me provocou tão intensamente que passou a ser minha referência, e assim segue até hoje. E é esse encontro que passarei a escrever, tendo como ponto de partida os versos de Carlos Drummond de Andrade, que assim escreveu: “No meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho. [...] Nunca me esquecerei desse acontecimento”.

É com essa referência que inicio o próximo passo, que começa assim...

O encontro com um livro...

No início do doutorado encontrei um livro, encontrei um livro no início do doutorado. Nunca me esquecerei desse acontecimento.

O nome do livro? Psicologia Social Crítica. Autor? Pedrinho A. Guareschi. Ano? 2004. De que trata? Do compromisso da Psicologia Social em tornar as pessoas felizes.

Comecei a ler o livro. Li muitas vezes. Cada vez que lia, mais me convencia de que o livro era especial. O que eu estava buscando, pelas leituras que fazia, era poder sistematizá-lo e transformá-lo num instrumento, num roteiro, num esquema, que me indicasse um caminho, me desse uma orientação no sentido de conhecer e analisar o momento histórico em que vivemos; de questionar: “o que somos”, “o que fazemos e como fazemos”; “de superar

dicotomias, tais como indivíduo e sociedade; externo e interno; corpo e mente; individual e social, e, também, de refletir e buscar as razões do porquê de as coisas serem assim”.

Após muitas leituras e reflexões, além das conversas com o autor, comecei a esboçar pequenos esquemas do que entendia que poderia ser um caminho metodológico que o livro estava propondo, de análise da realidade social, que, no nosso caso, seria a análise e interpretação da experiência de trabalho da cooperativa Unimed. Dos esboços iniciais resultou um esquema bastante amplo, dividido em quatro etapas, como será descrito a seguir, e que serviu como o caminho metodológico que adotamos nesta pesquisa.

Primeira etapa:

De onde partimos? Do mistério da consciência. Do mistério de nós mesmos, da família, do grupo, das instituições/organizações, da comunidade, dos movimentos sociais e políticos, enfim, da sociedade. Todas essas circunstâncias orientam e ensinam às pessoas os modos de se comportarem e de agirem em suas vidas concretas.

Partimos das perguntas: Quem sou eu, afinal? Quem somos nós? Quem é a comunidade? Quem são a escola, o ambulatório, a creche, o grupo? Quem são as pessoas que vivem na /da / com a comunidade? O quanto de respostas que as pessoas conseguem dar a essas perguntas vai depender da sua consciência, que pode ser uma consciência intencional ou reificada.

Ao investigador caberá coletar os dados e, com base neles, compreender e analisar os fenômenos sociais.

Segunda etapa:

Qual referencial teórico dará sustentação à investigação? O da Psicologia Social Crítica, que tem como pressuposto que todas as ações e todos os fenômenos possuem, ao menos, dois lados. Nada é absoluto, tudo tem sua contradição. E também o conceito de “relação”, com o qual seria possível compreender quem é ser humano, o que é o social, a sociedade e o que é um grupo.

Terceira etapa:

O que investigar? Investigar com maior profundidade o “conteúdo” das nossas consciências, que são nossas cosmovisões. Para isso será necessário iniciar nos perguntando: Afinal, o que é uma cosmovisão? É um entendimento geral, global, do mundo em que estamos inseridos. Quatro são os elementos de análise de uma cosmovisão: concepção de ser humano, os valores, o valor historicamente materializado e a dimensão da prática. Três parecem ser as cosmovisões mais salientes que habitam o mundo: a cosmovisão do liberalismo individualista, onde o ser humano é assumido e definido como sendo um

“indivíduo”; a cosmovisão do totalitarismo coletivista, na qual o que vale é o todo, a totalidade, o coletivo, a instituição, o partido, o Estado; e a cosmovisão do comunitarismo solidário, em que o ser humano é visto como pessoa=relação, isto é, singular, mas ao mesmo tempo impossível de existir sem “outro”.

Quarta etapa:

Aonde queremos chegar? À ação e mudança, sendo a ação o sinônimo de prática. À ética, que é a dimensão presente em todos os fenômenos humanos e que nos diz se estes são bons ou ruins. À consciência social, onde se discute como a pessoa está inserida na sociedade, qual a consciência que ela tem dessa inserção.

Este é o caminho que construímos e que nos guiou em toda a nossa investigação, desde a fundamentação teórica, passando pelos procedimentos metodológicos até chegar à análise, interpretação e às considerações finais. No próximo passo descrevemos como integramos o método proposto com o problema de nossa pesquisa.

O desafio: um livro e um problema de pesquisa...

Tínhamos um problema de pesquisa que buscava compreender como o médico cooperativado da Unimed revela sua concepção de ser humano, quais os seus valores e a sua percepção da cooperativa Unimed com base na sua prática, entendida socialmente como eminentemente liberal, e sua participação na cooperativa, cujos ideais associativos demandam uma participação solidária. Também tínhamos um livro, *Psicologia Social Crítica*, que nos levou a construir uma proposta de metodologia para a análise da realidade social.

O problema da pesquisa estava claro para nós, mas a metodologia, ao contrário, ainda se apresentava como um desafio. Então, o encontro com a obra foi a chave que abriu nosso caminho. Foi por meio dele que construímos o método que utilizamos na pesquisa, o qual nos permitiu vislumbrar a possibilidade de analisar e interpretar os dados numa dimensão da qual até então não tínhamos idéia. Este método deu-nos a possibilidade de introduzir no relatório da tese um texto produzido somente pelas falas dos médicos que participaram da pesquisa, a partir do Quadro 7, elaborado no primeiro processo de análise das próprias falas dos participantes. Este material, por si só, revela aspectos extremamente importantes que, de outra forma, estariam apenas ao alcance do investigador, impedindo o leitor de ter acesso a ele. Com isso, possibilitamos ao leitor dialogar com o pesquisador e, ao mesmo tempo, construir sua própria análise, tendo como referência o texto das falas dos participantes.

Além de possibilitar uma participação maior do leitor, este método nos possibilitou verdadeiramente revelar, com base nas falas transcritas, os aspectos contraditórios presentes, o que nos possibilitou trazer, sempre que possível, os dois lados da experiência relatada pelos médicos cooperativados. Com isso, garantimos o processo dialético, isto é, trazer os dois lados da questão, como o leitor poderá constatar desde o capítulo da metodologia até as conclusões. Ao garantir que os dois lados da questão aparecessem, também nos foi possível explicitar a existência das ambivalências e a presença de indicativos das cosmovisões.

Ao concluir esta apresentação que iniciou com o relato de lembranças de “pedaços” de minha infância, que continuou descrevendo o processo da escolha da cooperativa Unimed como tema de nossa investigação, e o encontro com o livro *Psicologia Social Crítica*, pelo qual construímos o caminho que nos guiou nesta investigação, esperamos que tenha ficado claro ao leitor de onde partimos e por qual caminho teórico e metodológico caminhamos para fazer a análise e interpretação das informações fornecidas pelos participantes da pesquisa.

A seguir detalharemos o que o leitor irá encontrar nos próximos capítulos que formam o conjunto deste documento.

O trajeto percorrido...

No primeiro capítulo apresentaremos o referencial teórico, iniciando com a Psicologia Social Crítica e o conceito de relação, com os quais podemos compreender as representações que as pessoas constroem de si, dos grupos sociais e da sociedade em que vivem e trabalham e que de tempos em tempos podem assumir a forma de cosmovisões. Também serão apresentadas as três grandes cosmovisões propostas por Guareschi (2004): a cosmovisão do liberalismo individualista, a cosmovisão do totalitarismo coletivista e a cosmovisão do comunitarismo solidário. A cosmovisão do comunitarismo solidário será apresentada sob o título, “O pensamento comunitário na contemporaneidade: como o marisco entre o mar e o rochedo”. Entendemos que esta cosmovisão merece um destaque especial pelo fato de apresentar-se como a possibilidade do modo como a sociedade poderá se organizar no futuro.

O segundo capítulo é dedicado à metodologia, sendo dividido em duas partes. Na primeira parte, serão explicitados os pressupostos epistemológicos, que, juntamente com a fundamentação teórica, são importantes por esclarecem ao leitor quais são as idéias e os conceitos que nos servirão de referência para a organização e as análises e interpretação dos dados. Na segunda parte abordaremos os procedimentos metodológicos. Iniciaremos com a apresentação do problema e, após, faremos uma descrição detalhada do caminho percorrido

desde a concordância da Unimed/RS – Federação para a realização da pesquisa, até a transcrição das entrevistas, passando pela proposta da análise das informações até chegar ao Quadro 7, que constitui a última etapa do percurso dos procedimentos metodológicos onde é possível observar o conjunto das complexas relações que hoje se estabelecem na Unimed.

O terceiro capítulo, diferentemente dos demais, foi organizado com base nas falas dos participantes, num texto construído tendo como referencial o Quadro 7 elaborado e apresentado no segundo capítulo. As falas foram organizadas em textos que tratam dos temas centrais e dos subtemas laterais. Este capítulo, ao reproduzir as falas dos participantes da pesquisa, dá também ao leitor o acesso ao texto que serviu de base para as nossas análises apresentadas no quarto capítulo.

O quarto capítulo traz as análises e interpretações produzidas a partir das falas transcritas do terceiro capítulo. As mesmas foram organizadas em forma de pequenos textos a partir dos temas e subtemas apresentados no Quadro 7. Neste capítulo também serão apresentados os quadros das ambivalências/contradições e das cosmovisões, reveladas a partir da análise que realizamos do material produzido, tanto pelos participantes da pesquisa como pelos textos e documentos impressos.

No capítulo quinto serão apresentados os resultados e conclusões coerentes com o referencial teórico e metodológico que nos serviu de orientação neste estudo, mas temos consciência da possibilidade de que novas análises e interpretações possam ser feitas, tendo como base outros referenciais teóricos, pois “todo ponto de vista é sempre vista de um ponto”.

Esperamos que este estudo tenha trazido elementos importantes para uma reflexão sobre a dinâmica psicossocial presentes no espaço institucional/organizacional das cooperativas hoje, em especial o papel da cooperativa Unimed, tendo em vista a grande responsabilidade que tem na medida em que milhões de brasileiros buscam nela a possibilidade de ter acesso aos serviços de saúde e, por sua vez, milhares de médicos cooperativados também buscam nela a possibilidade de acessar o trabalho e através dele a realização pessoal e profissional.

1 O REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Psicologia social crítica

Muitos são os caminhos teóricos que a Psicologia nos oferece para que possamos compreender e explicar a natureza do vínculo social na ação humana. São enfoques que partem de diferentes pressupostos filosóficos, muitas vezes antagônicos, dos quais nem sempre o investigador está ciente. Por isso, ao iniciarmos o relato do estudo que realizamos junto aos médicos cooperativados de três cooperativas Unimed no norte do estado do Rio Grande do Sul, é preciso esclarecer o suporte teórico e os autores que iluminaram o caminho da nossa investigação.

Buscamos na Psicologia Social Crítica e em autores como Guareschi (2004), Moscovici (2003), Lane (1994), Martín-Baró (1988) e Jovchelovitch (2008), entre outros, a sustentação do referencial teórico do presente estudo, pois entendemos que a Psicologia Social Crítica, ao conceber o caráter social como uma construção histórica, é capaz de explicar a dinâmica relação entre o ser humano e a sociedade, mostrando que não há um sem outro. Logo, em razão desse caráter histórico, é capaz de mostrar

o que está aí, juntamente com o que não está aí, com a relatividade e a precariedade de todo o presente, tendo sempre a percepção de que tudo é incompleto, tudo contém sua contradição, tudo tem seu outro lado, sua contrapartida, que completa o presente [...] pois, diante do que está aí, lembra também tudo o que não está aí, o lado oculto, não iluminado, silenciado, mas que também é parte da totalidade do fato e do fenômeno, da realidade. (GUARESCHI, 2004, p. 16 - grifo do autor).

Ao estudar os fenômenos sociais, a Psicologia Social Crítica parte do pressuposto de que pessoa e sociedade se constituem mutuamente; por conseguinte, negando-se uma e outra, afirmam-se como tais. “O indivíduo se constitui como pessoa porque existe uma sociedade (não individual) que o torna pessoa; porém a sociedade, ela só é sociedade porque existem indivíduos (negação da sociedade) que a plasmam e dão realidade”. (GUARESCHI, 2004, p. 68).

É uma Psicologia que busca compreender o campo das práticas sociais (SILVA, 2004, p. 1); que se interessa pelos aspectos mais profundos da realidade cotidiana vivenciada pelas pessoas produtoras de suas histórias, ligadas aos outros e que atuam sobre redes de múltiplas vinculações sociais; que se ocupa da dinâmica geral do conhecimento, “através do qual certos

conceitos são destruídos e novos são criados”, cujo objetivo deve ser “não apenas sistematizar o conhecimento existente, mas propor conceitos inteiramente novos”. (MOSCOVICI, 2003, p. 164).

Essas novas realidades sociais e históricas das quais a Psicologia Social deve dar conta podem ser concebidas segundo três aspectos: a) “o papel essencial das particularidades espaço-temporal próprias de cada situação e o processo social; b) o caráter fundamentalmente ativo do sujeito na determinação de seu próprio desenvolvimento e dos processos sociais; e c) a abertura de todos os processos ao novo”. (MARTÍN-BARÓ, 1988, p. 60). O autor refere que focar o caráter social do ser humano dessa perspectiva consiste em analisar as necessidades dos grupos e pessoas. O indivíduo é visto, antes de tudo, como um membro de um grupo social, sem deixar, contudo, de ser uma pessoa singular. Assim, no ser humano se descobre a forma particular de como a realidade do grupo social se faz pessoa, o que equivale a dizer que seu ser e seu atuar estão referidos ou vinculados ao ser e atuar dos demais.

É importante, entretanto, não confundir “social” com “sociável”: que o ser humano seja por natureza social não significa dizer que todos e cada um dos seres humanos sejam de fato, sociáveis. Tendo crescido numa sociedade “raivosamente” competitiva, onde a concorrência entre as pessoas e grupos passa a ser um valor e onde o domínio sobre a propriedade privada é valorizado acima de tudo, não é de surpreender que a sociabilidade das pessoas termine onde começam seus interesses particulares. Nesse sentido, Martin-Baró (1988, p. 50) refere que a “sociabilidade dos seres humanos se mostra tanto na aceitação como no rechaço, na solidariedade como na agressão, na cooperação como na concorrência”. Independentemente de ser amigo ou inimigo, companheiro ou rival, toda a ação das pessoas está vinculada ao outro.

O social se constitui, portanto, no fator fundamental nas relações humanas e está constituído, primeiro, pela situação objetiva que a pessoa ocupa na rede de relações estruturais de uma determinada sociedade, e, segundo, pelo processo que a própria pessoa como sujeito vai realizando de acordo com esse ponto de vista. É nessa relação entre o ser humano e a sociedade que buscamos os subsídios necessários para conhecer melhor o momento em que vivemos e os desafios e alternativas que se nos apresentam. (MARTIN-BARÓ, 1988).

Portanto, a Psicologia Social da qual estamos falando é aquela que trata da atividade humana enquanto forjada no atuar das pessoas. Em relação a isso, Moscovici argumenta que

o campo da psicologia social consiste de objetos sociais, isto é, de grupos e indivíduos que criam sua realidade social (que é, na realidade, sua única realidade), controlam-se mutuamente e criam tanto seus laços de solidariedade, como suas diferenças. Ideologias são seus produtos, a comunicação é o seu meio de intercâmbio e consumo e a linguagem é sua moeda. (MOSCOVICI, 2003, p. 159-160).

Entre os objetos sociais referidos por Moscovici na citação transcrita queremos destacar a importância da ideologia nas relações sociais. A ideologia na ciência tem se tornado mais importante do que nunca: “É surpreendente que, em uma época em que ideologias sociais e políticas desempenham um papel tão importante nos assuntos humanos, tão pouco interesse tenha sido mostrado por seus efeitos nas condutas sociais e na definição da natureza destas diferenças”. (p. 124).

Para Moscovici, a ideologia cumpre uma série de funções, tais como, oferecer uma interpretação da realidade; suprir esquemas práticos de ação; justificar a ordem social existente; legitimar essa ordem como válida para todos, isto é, atribuir a categoria de natural ao que é simplesmente histórico; estabelecer na prática a relação de dominação e reproduzir o sistema social instituído. Mesmo quando afirmamos nosso interesse pelos problemas da sociedade, por vezes ignoramos as desigualdades sociais, a violência política, as guerras, o subdesenvolvimento e o conflito racial. Embora o papel da ideologia na ciência tenha se tornado importante nos assuntos humanos, pouco interesse tem sido demonstrado por seus efeitos nas condutas sociais e na definição da natureza dessas diferenças.

Thompson (1995, p. 363) argumenta que “a ideologia é um elemento essencial da ação humana na medida em que ela também está ligada a formas simbólicas relacionadas a contextos sócio-históricos [...] e podem ser usadas para estabelecer e sustentar relações de dominação”.

A ideologia constitui-se, portanto, num fator dinâmico, porque esclarece as situações, dá sentido à ação em prol do bem comum; é uma realidade recorrente que perpassa e penetra toda a realidade social. A ideologia coloca-se no centro do estudo da Psicologia Social, ocupando o espaço entre nossa mente, nossa subjetividade e a realidade social que nos rodeia; é a prática que realiza a conexão entre dois campos: a estrutura pessoal e a estrutura social. (GUARESCHI, 2004).

A ação humana, pelas forças sociais operantes numa determinada história, é, por natureza, ideológica; por isso, ao aceitar a ação como objeto de estudo da Psicologia Social, também é necessário analisar e compreender a ação como ideológica. Isso levará a que busquemos a superação das intenções positivistas de “entender, prever e controlar a

conduta”. Esse processo possibilitará uma maior liberdade individual e grupal em razão da tomada de consciência sobre os determinismos sociais da ação. Um maior conhecimento desses determinismos abrirá a possibilidade de opções mais pessoais e de uma ação mais consciente. (MARTIN-BARÓ, 1988, p. 51). Ao abordar este tema, Martin-Baró propõe que a Psicologia Social é o estudo científico da ação enquanto ideologia, pois a ideologia não é algo externo à ação, seja individual, seja grupal.

Aceitar que as ações entre as pessoas são dinâmicas é aceitar que elas podem ser fator de união como também de confrontação, como sustenta Guareschi (2004, p. 70) ao afirmar que as ações, também designadas de “relações”, entre pessoas e grupos numa sociedade nem sempre são tranqüilas e pacíficas. “Na maioria das vezes, são de tensão, pois as pessoas e grupos são diferentes.” Essa forma de compreender a sociedade sustenta que a realidade social deve ser vista como o produto de uma confrontação de forças sociais, e a ordem social, como o resultado da imposição de algumas forças sobre outras.

A ação humana, portanto, não pode ser adequadamente explicada sem se referir às relações do sujeito com as outras pessoas e grupos. Desse modo, uma ação, seja individual, seja grupal, para ser entendida deve fazer referência às demais pessoas e, nessa medida, é social. Toda ação consiste, então, num fazer, num produzir, ou gerar algo, e este produto afeta a totalidade social. A pergunta central poderia ser assim formulada: “Em que medida uma determinada ação se configurou pela influência de outros sujeitos, de que maneira seu sentido total vem precisamente de sua referência do ser e do fazer dos demais?”. (MARTIN-BARÓ, 1988, p. 9).

Se assumirmos as pessoas, os grupos, instituições, comunidade e a sociedade como algo que se constrói continuamente como resultado das relações que se dão entre as pessoas, a ação passa a ser algo inerente a esse processo. Para Guareschi (2004, p. 108), “somos nós que damos origem, criamos, constituímos e institucionalizamos uma sociedade a partir de nossas ações, de nossas práticas, sejam elas quais forem”. Afirma ainda que “existem ao menos quatro diferentes tipos de ação, dois tipos de ação positiva onde se coloca um ato e dois tipos de ação negativa, onde não se coloca um ato”. No primeiro tipo as pessoas *agem* positivamente, colocando um ato específico e visível; *agem* e algo acontece. O segundo tipo de ação positiva é quando as pessoas *impedem* que algo seja realizado; elas *agem* e, por isso, nada acontece. No primeiro tipo de ação negativa, elas não fazem nada ativamente, não colocam nenhum ato, mas *permitem* que alguém o faça e, por isso, algo acontece. No segundo tipo de ação negativa, as pessoas não praticam nenhum tipo de ação, ninguém faz nada e, por isso, nada acontece. “O simples fato de *não fazer* nada já é uma ação, pois faz com que as

relações que estão ocorrendo naquele momento se reproduzam, continuem, se perpetuem. Essa é uma ação que acontece quando me *omito*. Eu não faço nada ativamente e *nada* acontece”. (p. 107). Portanto, para o autor, uma ação humana não é apenas a simples concatenação de movimentos, mas a colocação em movimento de um sentido. A idéia fundamental, portanto, consiste em analisar a ação como parte de uma estrutura ou de um sistema social.

Uma forma concreta de focar o caráter social do ser humano dessa perspectiva é analisar as necessidades dos grupos e pessoas não como um dado prévio, universal e hierarquizado biologicamente, mas como uma construção histórica. O indivíduo não deve ser visto somente como uma pessoa com suas características particulares, mas como um membro de um grupo.

Ao buscar compreender essa dinâmica do que compete à sociedade como tal e o que é próprio ao indivíduo, devemos ter o cuidado, como refere Martin-Baró (1988), de não abandonar a perspectiva interdisciplinar e “cair na tentação” de se deixar absorver apenas pela dinâmica de um dos dois pólos. É em razão dessa tendência de se investigar os fenômenos com base em apenas num dos lados que continua existindo uma psicologia “sociológica” e uma sociologia “psicológica”. Em princípio, as duas perspectivas são aceitas como ponto de partida, porém o problema se coloca quando se passa a absolutizar esses pólos, perdendo-se o caráter de relatividade. Segundo esse olhar, é comum aceitarmos que na sociologia se acentua mais o “fora”, a sociedade, e que na Psicologia há uma tendência de se acentuar mais o “dentro”, o indivíduo. A isso denominamos de “reducionismo psicológico” ou “sociológico”.

O reducionismo psicológico se constitui no psicologismo, que é uma das tendências culturais mais acentuadas atualmente nos países capitalistas. A análise centrada na pessoa tende a atribuir aos indivíduos e às suas características a causalidade dos fatos; assim, problemas sociais se convertem em problemas das pessoas. Incorre-se num liberalismo individualista¹ que explica tanto o êxito como, sobretudo, o fracasso na perspectiva do indivíduo, pois, ao não se analisarem os problemas estruturais de fundo, o problema passa a ser individualizado. Podemos citar como exemplos: a culpa que recai sobre os jovens drogados que vivem nas ruas; o desempregado que não se qualificou e, por isso, não está trabalhando; a adolescente grávida que não se “cuidou”, etc. Desse modo, as soluções sociais e as políticas recomendadas por este tipo de análise tendem, sempre, a assumir como

¹ Liberalismo individualista é a denominação de uma cosmovisão nominada por Guareschi (2004) e que será detalhada no próximo capítulo.

intocável o sistema social estabelecido e a estimular os indivíduos a se submeterem às suas exigências.

O psicologismo é uma das tendências culturais mais acentuadas nos países capitalistas. Martin-Baró (1988) resume com muita propriedade os aspectos que estão presentes quando se realiza a análise “centrada nas pessoas” na perspectiva do reducionismo psicológico: transformação do objeto de estudo ao se redefinir um problema com base em variáveis psicológicas (é diferente quando se fala de mudança social e mudança de atitudes); descontextualização e abstração dos problemas sociais; análise centrada na pessoa que tende a atribuir a causalidade dos fatos aos indivíduos e suas características, “que no fundo é consequência da ideologia política liberal-burguesa”. (p. 23-24).

Por sua vez, o reducionismo sociológico, conhecido também como “sociologismo”, que pode também ser identificado, em alguns casos, com o totalitarismo coletivista², explica todos os problemas com variáveis sociais, de tal modo que a pessoa “não é mais que” uma simples expressão de forças estruturais ou sistêmicas. (MARTIN-BARÓ, 1988, p. 24). O sociologismo é o oposto do psicologismo, pois reduz todos os problemas a variáveis sociais, até o ponto em que a pessoa não seja mais que a simples expressão de forças sistêmicas.

O psicologismo e o sociologismo são as duas tendências mais utilizadas pelos psicólogos e sociólogos ocidentais na análise das relações sociais contemporâneas. Contudo, acreditamos existir uma terceira “força” que pode dar conta de analisar e compreender a dinâmica das relações sociais o “comunitarismo solidário”³, que é coerente com a definição da Psicologia Social ao estudar a ação enquanto ideológica. Ao adotar a perspectiva do comunitarismo solidário na análise da realidade social, pretendemos ir além da visão estritamente psicológica, que vincula os problemas aos indivíduos, ou estritamente sociológica, na qual os problemas são reduzidos a variáveis sociais, negando-se a participação ativa dos homens.

O liberalismo individualista tem como valor que só haverá lugar para os mais competitivos, para os que conseguem superar obstáculos e apresentar os melhores resultados, não importando as estratégias utilizadas para consegui-los. Contrapondo-se ao liberalismo individualista coloca-se o totalitarismo coletivista, no qual “o ser humano é ‘peça na

² Totalitarismo coletivista é a denominação de uma cosmovisão nominada por Guareschi (2004) e que será detalhada no próximo capítulo

³ Comunitarismo solidário é a denominação de uma cosmovisão nominada por Guareschi (2004) e que será detalhada num capítulo à parte.

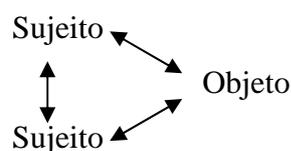
engrenagem da máquina’, o que vale é o todo, a totalidade, o conjunto, o coletivo, a instituição, o partido, o Estado”. (GUARESCHI, 2004, p. 45).

O mundo apresentado pela maioria dos psicólogos ainda é o mundo onde a realidade cotidiana parece depender mais dos esquemas perceptivos individuais do que dos processos de produção e reprodução social, consagrando-se como os ideais para a vida humana as tendências mais individualistas das pessoas. Na perspectiva de uma possível superação da dicotomia entre um reducionismo psicológico e um reducionismo sociológico é que se coloca a dimensão do comunitarismo solidário, tendo como referência a Psicologia Social, que junta os dois, o indivíduo e a sociedade, e mostra que um é impossível sem o outro. Assim, passa a ser a ciência do “entre”, como nos diz Jovchelovitch (2004):

Isso significa dizer que o lugar privilegiado do inquérito psicossocial não é nem o indivíduo nem a sociedade, mas precisamente aquela zona nebulosa e híbrida que comporta as relações entre os dois. É nesta zona mais subterrânea de mediações, profundamente relacionada, contudo, com a superfície que ao mesmo tempo ela cobre e revela, é que reside o psicossocial. Categorias como a identidade, o eu, o discurso, a representação e a ação, para citar apenas algumas, são todas produzidas lá, no espaço do “entre”. Sem dúvida, este espaço constitui o objeto específico do inquérito psicossocial e é o entendimento detalhado deste espaço que a psicologia social pode oferecer a um diálogo interdisciplinar. (p. 21).

Pelo que a autora afirma, a Psicologia Social examina o momento em que o social se converte em pessoal e o pessoal, em social. Eis aqui um dado importante, que é a relevância de uma abordagem psicossocial para entender melhor os processos sociais, da cooperação e da ajuda mútua.

Nessa mesma perspectiva, Moscovici (2003, p. 150) sustenta que a Psicologia busca definir “o social” como uma interação entre dois sujeitos e um objeto e que o “triângulo Sujeito – Outro – Objeto é crucial para essa discussão, pois é o único esquema capaz de explicar e sistematizar os processos de interação”. Aqui, a relação entre Sujeito e Objeto é mediada pela intervenção de outro sujeito; essa relação se torna uma relação triangular complexa, em que cada um dos termos é totalmente determinado pelos outros dois, situação que o autor representa por meio do seguinte esquema:



Entendemos que aqui está a centralidade da Psicologia Social, que busca ser a ponte, o elo, entre o individual e o social:

Um individual que se concretiza num liberalismo exacerbado e um social que se reifica e naturaliza num totalitarismo coletivizante. Ambas as posturas, no nosso entender, são reducionistas. Um comunitarismo solidário poderia resgatar esses extremismos redutores e mostrar, através do conceito de *relação*, ser possível um caminho alternativo, embasado, também ele, em valores específicos. Uma Psicologia Social Crítica é chamada a dar conta dessa tarefa. (GUARESCHI, 2004, p.59)

Se a Psicologia Social Crítica nos fornece os subsídios para compreendermos os fenômenos sociais, é em Guareschi (2004) que encontramos o caminho que nos auxiliará a compreender as práticas dos médicos agentes sociais que pertencem à cooperativa Unimed, tendo como referência de análise as três grandes cosmovisões de mundo que habitam nas mentes das pessoas e que se revelam por meio de suas práticas. Será este o caminho que seguiremos para dar conta do problema de pesquisa proposto, que busca compreender de que forma o médico cooperativado constrói sua subjetividade na prática de sua profissão, entendida socialmente como eminentemente liberal, e seu engajamento como participante de uma cooperativa cujos ideais associativos demandam uma participação solidária.

Para que nossa reflexão teórica possa ser estruturada com maior clareza, nos próximos tópicos passaremos a detalhar as três cosmovisões: a do liberalismo individualista e a do coletivismo totalitário. Em relação à cosmovisão do comunitarismo solidário será apresentada sob o título: “O pensamento comunitário na contemporaneidade: como o marisco, entre o mar e o rochedo”.

1.2 As cosmovisões do mundo contemporâneo

Antes de especificar as características de cada uma das duas cosmovisões que descreveremos neste capítulo, é necessário oferecer ao leitor algumas informações sobre o caminho que seguiremos na abordagem desta temática. Primeiramente, definiremos o que é uma cosmovisão e, em seguida, tendo como referência o Quadro 1, explicaremos os quatro elementos que nos servirão de referência para a análise de cada uma das cosmovisões detalhadas a seguir.

Para iniciar é importante clarear o que é uma cosmovisão. Guareschi, (2004, p. 28) define “cosmovisão” como sendo “a visão que temos do mundo, isto é, idéias que temos de nós, do mundo e da sociedade. Um entendimento geral de determinadas realidades.” São “forças históricas” que “reivindicam, de tempos em tempos, uma hegemonia sobre as pessoas e os povos”. Para Moscovici, (2003, p. 42), são as representações que “circulam na sociedade”, das quais de algumas temos consciência, porém de outras, não. “Elas são sociais e ao mesmo tempo individuais”; estão presentes “tanto nas mentes das pessoas como na mídia”.

Quadro 1: As cosmovisões e seus elementos⁴

Coluna 1:	Coluna 2:	Coluna 3:	Coluna 4:
Elementos de uma cosmovisão	Liberalismo Individualista	Totalitarismo Coletivista	Comunitarismo Solidário
Concepção de Ser Humano	Indivíduo	“Peça da máquina”	Pessoa=relação
Valores	Liberalismo Individualista	Totalitarismo Coletivista	Solidarismo Amorismo Comunitarismo
Tipo de Sociedade	Capitalismo liberal	Fascismos Nazismos	Comunidade
Condutas	Individualismo Egocentrismo	Massificação Anonimato	Solidariedade Cooperação
Relações	Competitividade	Burocracia	Participação

Fonte: GUARESCHI, P. A. *Psicologia social crítica*. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 29

Pelo quadro é possível identificar três grandes conjuntos de “idéias-força” que povoam nossas consciências, a que denominamos de “cosmovisões”. A primeira denominamos de “liberalismo individualista”; a segunda, de “totalitarismo coletivista”; e a terceira, de “comunitarismo solidário”. As duas primeiras, pelo fato de já existirem na sociedade e pelas características que apresentam, são mais fáceis de serem identificadas; a terceira, segundo o autor, é uma cosmovisão que ainda não se estruturou integralmente no mundo contemporâneo como as duas primeiras, mas é possível imaginar que ainda possa vir a se constituir como uma nova “idéia-força”.

Na coluna 1 estão dispostos os quatro elementos pelos quais é possível se realizar a análise das cosmovisões, embora, segundo o autor, possam existir outros. No nosso estudo adotamos os elementos de análise propostos por Guareschi.

⁴ No quadro original elaborado pelo autor a cosmovisão do totalitarismo coletivista está localizado na coluna quatro e o comunitarismo solidário, na coluna três. A inversão que fizemos deve-se à forma como iremos abordar as três cosmovisões: a do liberalismo individualista e a do totalitarismo coletivista e a cosmovisão do comunitarismo solidário.

O primeiro elemento a ser considerado quando se realiza a análise de uma cosmovisão é a *concepção de ser humano*. Em qualquer ação ou pensamento de uma pessoa sempre estará subjacente o pressuposto da visão de ser humano que ela tem. O segundo elemento importante na análise de uma cosmovisão são os *valores*. É o valor ético, moral, que leva as pessoas a realizar práticas que tanto podem ajudar como prejudicar outras pessoas. É o valor que conduz as pessoas a se sentirem indignadas quando presenciam cenas de maus-tratos a alguém. Os valores, racionais ou não, são as forças que nos impulsionam, que nos estimulam e nos fazem agir; estão intimamente ligados à vida das pessoas, porque é impossível viver sem valores; são fundamentais na construção da nossa individualidade e da nossa subjetividade; são profundamente psicossociais, pois se colocam na interface entre nossa consciência e a realidade social que nos rodeia. Guareschi (2004, p. 30) refere que os valores “são as *forças* sociais presentes na sociedade, nos códigos, nos escritos e, ao mesmo tempo, na mente e nos corações das pessoas. Eles nos penetram, nos fazem e nos produzem”.

O terceiro elemento é o “valor” historicamente materializado. Podemos citar como exemplo os movimentos sociais, os regimes sociais e políticos e determinados tipos de sociedade. Este elemento é importante na análise das cosmovisões porque as concepções de ser humano e os valores que se tornam hegemônicos num determinado tempo e numa determinada sociedade não permanecem somente nas falas e nas idéias, mas se concretizam e se materializam em regimes políticos, econômicos, além de serem aqueles que imprimem as características às instituições.

O quarto elemento está relacionado às condutas e às relações que se estabelecem entre as pessoas e grupos. É aquele que pode ser observado, visualizado e descrito: são os comportamentos, as condutas. É a “dimensão da *prática*”. É no comportamento e nas relações que podemos ver e sentir o significado dos gestos concretos e das ações das pessoas; neles se revelam a concepção de ser humano, os valores e o tipo de sociedade que as pessoas e grupos possuem.

Apresentados os quatro elementos presentes nas cosmovisões, passaremos a analisar as três grandes dimensões definidas por Guareschi como “idéias-força” que buscaremos identificar na cooperativa Unimed pela análise dos resultados obtidos nas 35 entrevistas realizadas.

1.2.1 Cosmovisão do liberalismo individualista

Pelas características e abrangência social que apresenta, podemos inferir que a cosmovisão do liberalismo individualista é a principal força a comandar o nosso mundo de hoje, por ser a cosmovisão assumida pela filosofia liberal. Iniciaremos a análise pela concepção de ser humano contida nesta cosmovisão de mundo; em seguida, abordaremos os valores que sustentam esta idéia-força, os tipos de sociedade e, por fim, os comportamentos que se revelam de acordo com essa visão de mundo.

Concepção do ser humano

Aqui o ser humano é definido como sendo um “indivíduo” que se assume como centro, que é suficiente em si mesmo e que não tem nada a ver com mais ninguém; não necessita de outros para sua definição e compreensão, basta-se a si mesmo; não há nada nele que o relacione ou ligue a alguma coisa. Esta designação de “indivíduo” assumida pela filosofia liberal é diferente da designação dada pela filosofia, que define “indivíduo” como sendo “um”, único, singular, isto é, indivisível em si mesmo. No liberalismo individualista assume-se que ele é “um”, mas acrescenta-se que ele não mantém relação com mais nada.

Os valores que dão sustentação a esta concepção

A idéia de que o ser humano se constitui como sendo um “indivíduo”, separado de todo o resto, independente, auto-suficiente, com total liberdade sobre seus atos, sem ter nenhum compromisso com os demais seres humanos, teve seu início da modernidade, mais precisamente nos séculos XV e XVI, quando as idéias e os valores do liberalismo individualista começaram a se concretizar por meio dos regimes sociais, econômicos e políticos. O filósofo Descartes, ao representar os pensamentos e as idéias da época, afirmava que o que deveria ser considerado como um valor não era mais a tradição ou a autoridade, mas, sim, o indivíduo, que pensa e que reflete. Logo, só era aceito como plausível o que fosse defensável pela razão individual. Guareschi (2004, p. 36) argumenta que Descartes, em sua famosa frase *penso, logo existo*, “explicitou os três grandes e novos valores da modernidade: o *individualismo* (*cogito* – penso – é a primeira pessoa do singular, *eu*), o *racionalismo* (penso – razão) e a *experiência* pessoal”, pois dizia que “podemos duvidar de tudo; de uma coisa, contudo, não podemos duvidar: é duvidar que duvidamos. O novo valor que surge a partir desse fato é que o indivíduo não passa mais a valer pelo seu passado, pela sua origem, mas

pelo que consegue produzir em si mesmo, pelo que constrói e pelo que obtém por meio do seu trabalho.

Até então, a tradição e a autoridade se constituíam como um valor e as diferenças entre os indivíduos eram aceitas como naturais, pois se acreditava que eram produzidas por Deus e, por isso, não cabia aos homens questioná-las. Contudo, a sociedade moderna, a partir dos avanços tecnológicos da ciência, pouco a pouco, abandonou o teocentrismo e a visão secularizada do ser humano, encontrando, no enfoque positivista o caminho com o qual poderia responder a qualquer pergunta e resolver qualquer problema relacionado à existência humana. Então, já não se aceitava que as diferenças entre os indivíduos ou grupos fossem resultado do mistério divino, mas deveriam ser explicadas em termos humanos, e a ciência, num sentido positivista, assumiu essa tarefa. (MARTIN-BARÓ, 1988, p. 30).

À medida que a humanidade passou a caminhar em direção ao avanço tecnológico associado ao liberalismo e capitalismo econômico, novas relações, necessidades e interesses foram sendo constituídos entre os seres humanos. Não há como negar os extraordinários avanços técnicos que multiplicaram a produção de bens, contudo também se constataram inúmeros abusos e desvios. A liberdade econômica ilimitada levou a que houvesse o predomínio dos interesses dos grandes empresários sobre os interesses da maioria da população.

Tipos de sociedade

Esses pensamentos e idéias “liberais” não ficaram apenas no nível do indivíduo. Durante o século XIX, difundiram-se o individualismo, o liberalismo e o capitalismo. A materialização do “penso, logo existo” também acabou se transferindo para outras áreas da sociedade como a econômica e a política, traduzida por outra afirmativa, o *laissez-faire*, *laissez-passer*, que significa “deixe fazer, deixe passar” e se fundamenta na iniciativa dos indivíduos, restringindo ao máximo a intervenção governamental. Esta frase contém em si o sentido de que ninguém deve se intrometer no particular de cada um, ou seja, ao indivíduo deve-se deixar plena liberdade. Essas idéias de liberdade, de iniciativa, de conquista acabaram absolutizando as coisas, endeusando o indivíduo e tornando-o o único ser em si mesmo, não considerando a existência dos outros junto com ele.

A questão é que, quando se assume a pessoa como “indivíduo”, a tendência será atribuir a causalidade dos fatos aos indivíduos. Os problemas sociais convertem-se, assim, em problemas das pessoas tanto no que diz respeito ao êxito como, sobretudo, ao fracasso. O

problema passa a ser individualizado, personalizado. Assim, por exemplo, qualificam-se as pessoas do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra como os vadios “sem terra” (POSSAMAI; GUARESCHI, 2007); as crianças que vivem nas ruas, como drogadas, e o desempregado, como culpado por não ter se qualificado. Portanto, as soluções sociais e as políticas recomendadas por este tipo de análise tendem sempre a assumir como intocável o sistema social estabelecido. (MARTIN-BARÓ, 1988, p. 24).

A realidade passa, então, a ser estudada tomando-se o indivíduo como unidade de análise e como princípio epistemológico. O social é visto e entendido desde o individual, tendo-se o pressuposto implícito de que a sociedade se constitui como um dado prévio e, como tal, não se questiona; logo, é o indivíduo que deve se adaptar à estrutura social, não a estrutura que deve mudar. (MARTIN-BARÓ, 1988, p. 40). A lei máxima do liberalismo, instituída, reproduzida e legitimada, passa a ser a competição, de tal modo que tudo o mais deverá se subordinar a essa máxima. E é na dimensão das relações que a análise dessa cosmovisão se torna mais interessante. A expressão mais empregada para designar a “alma” do liberalismo é “competitividade”, ou competição, termo que significa lutar com outros, um contra o outro, um tipo de rivalidade ou guerra.

Nas últimas décadas, principalmente no mundo ocidental, foi possível observar o quanto se intensificou, de forma dramática, a competição. Guareschi (2004, p. 37-38) argumenta que esta nova fase, denominada de “neoliberalismo”, retomou as premissas do liberalismo com a exclusão do Estado na economia e a privatização dos bens públicos. Para o liberal, o Estado só tem sentido quando passa a defender os interesses particulares dos indivíduos. Logo, a concentração de bens nas mãos de apenas algumas pessoas ou organizações passa a ser uma consequência natural da competição.

A maioria das organizações, de uma forma ou de outra, assume a existência de tais práticas, as quais são observadas em todas as esferas da sociedade. Nessa perspectiva, não interessa se todas as organizações estão trabalhando bem; o importante, e o que interessa mesmo, é que existam algumas melhores que as outras para que possam competir e lutar entre si e, assim, conduzir ao desenvolvimento. (GUARESCHI, 2004, p. 41).

O liberalismo afirma, entre outras leis ou normas econômicas: a) a lei do interesse pessoal ou princípio hedonista, pela qual o indivíduo atua na vida econômica com o propósito de obter o máximo de benefício com o menor esforço, isto é, busca o máximo de satisfação com o mínimo de esforço; b) a lei da oferta e da procura, com o que se espera que a própria economia de mercado estabeleça o equilíbrio dos preços dos produtos ou serviços; c) a lei do

livre jogo da concorrência, pela qual se espera que ela consiga estabelecer a “harmonia natural”. (DRIMER; DRIMER, 1981, p. 296).

Nalebuff e Brandenburger (1996, p. 51) argumentam que, nos negócios pensados como guerra, há vitoriosos e derrotados. Nessa visão de mundo dividido entre vencedores e vencidos, não basta ser bem-sucedido, é necessário fazer com que os outros fracassem. O truque é ser, então, cada vez mais ágil.

Não é a posição onde você se encontra; é a rapidez com que você se movimenta. [...] Não é uma questão de posicionamento; é uma questão de velocidade. Você nunca permanece imóvel; você é um alvo em constante movimento. Não é sobre onde você está ou sobre a rapidez com que você se movimenta. É sobre a rapidez com que você pode aumentar a velocidade. Não é sobre posição ou velocidade. É sobre aceleração. (NALEBUFF; BRANDENBURGER, 1996, p. 171).

Há um aspecto, entretanto, que devemos lembrar em relação à competição: ela nem sempre é destrutiva. É possível aceitar a competição que acontece na natureza ou nas relações comerciais, onde se estimula a qualidade dos produtos produzidos e consumidos; porém, quando esta competição se dá *entre pessoas*, cujo resultado é a exclusão ou eliminação do ser humano, estamos diante de um sério problema ético. Nesta situação, tudo o mais passa a se subordinar a essa máxima, inclusive as relações entre pessoas. Poderíamos, então, perguntar: Mas a cooperação e a colaboração também não podem levar ao progresso? Embora seja incontestável que o individualismo se mantém como um valor social que ainda define a forma como as pessoas se relacionam no mundo ocidental, não podemos esquecer também que a cooperação entre os seres humanos sempre existiu na história da humanidade. Para o liberalismo, contudo, a única prática aceita e válida é a competitividade porque, sem competição não haverá progresso. (GUARESCHI, 2004).

Houve uma tentativa, pelo sistema liberal, de fazer uso de cooperativas para se legitimar, afirmando que existiriam para preservar as características essenciais do sistema liberal; por isso, são organizações “capazes de fazer retornar o liberalismo ou capitalismo a suas bases originais, ao procurar o exercício adequado da propriedade privada, a liberdade individual e a livre concorrência”. (DRIMER; DRIMER, 1981, p. 290-291).

Longe de substituir o sistema econômico liberal ou capitalista, as cooperativas serviriam, pois, segundo esta corrente doutrinária, para protegê-lo, aperfeiçoá-lo e, assim, assegurar sua indefinida permanência. Por intermédio das cooperativas, o liberalismo busca proporcionar a possibilidade de que a propriedade privada seja mais acessível a um número

cada vez maior de pessoas. (DRIMER; DRIMER, 1981, p. 296). Por isso, o capitalismo, embora tenha como pressuposto o individualismo, em determinadas situações aceita a ocorrência de certo tipo de agrupamento social denominado de “corporativismo”, pelo qual pessoas pertencentes a uma mesma categoria são motivadas a agir em torno de interesses e objetivos comuns. (PALMIERI; BRANCO, 2004, p. 192).

Esse argumento da possibilidade de que ações coletivas sejam realizadas pelos indivíduos no sentido de poderem alcançar apenas ganhos individuais sem visar ao bem comum é descrito por Mladenatz (1969) ao discorrer sobre as idéias do liberal alemão Hermann Schultze-Delitsch. Contemporâneo dos “Pioneiros de Rochdale”, Schultze-Delitsch trabalhou entre artesãos e pequenos comerciantes, especialmente nos Estados alemães, e na década de 1850 deu início ao banco cooperativo. Adepto incondicional da concepção econômica liberal e individualista, ele considerava os princípios da ordem capitalista imutáveis. Para ele a associação cooperativa não visava à ação solidária, pois não se podia mudar a ordem econômica em vigor. Insistiu muito no princípio do *self-help* (auto-ajuda) e na liberdade de associação, vendo nos princípios do individualismo um caráter fundamental da cooperativa e considerando o movimento cooperativo um meio de combater o socialismo de Estado. Argumentava:

Somente quando as forças dos indivíduos podem não bastar, em razão de sua situação desfavorável, para alcançar o objetivo, intervém a associação cooperativa livre, como complemento, afim de que, por uma associação de forças, seja possível obter o que não pôde atingir a força isolada. (MLADENATZ, 1969, p. 167).

Devemos, pois, estar atentos às formas como o liberalismo busca alcançar suas metas. Aos menos avisados poderá soar como algo positivo o fato de o liberalismo referir que, de certa forma, aceita a cooperação como uma prática entre os indivíduos e grupos. Na realidade, quando propõe uma ação coletiva, não está necessariamente garantindo o pressuposto do bem comum, como seria de se esperar; ao contrário, poderá estar propondo buscar na realidade apenas prevenir os defeitos nocivos e comprovados na organização capitalista da sociedade, no sentido de oportunizar às pessoas e aos empreendedores a possibilidade de também eles gozarem as vantagens do sistema capitalista moderno.

Comportamento, condutas e valores

O quarto elemento importante da cosmovisão do liberalismo individualista refere-se ao exame dos comportamentos e das relações das pessoas. O comportamento mais coerente com tal concepção de ser humano é o que se poderia chamar de “individualismo”, ou, até mesmo, de “egoísmo” ou “egocentrismo”. Ao assumir como normal que as pessoas manifestem tais características, está se aceitando também que seja próprio da natureza humana apresentar ação egoísta e competitiva; ao contrário, a ação socializadora, a tendência comunitária, a atividade altruísta representariam uma anormalidade, algo que necessitaria ser explicado, quando não interpretado. A ganância à custa das necessidades essenciais, ou, mesmo, a violência moral e física são consideradas manifestações normais, próprias do ser humano e, portanto, atos compreensíveis em si mesmos. Ao contrário, quando alguém acolhe em sua casa a um desconhecido, ou devolve ao seu proprietário dinheiro que ele tenha perdido, são essas ações ditas surpreendentes, não como características do ser humano. (MARTIN-BARÓ, 1988).

É com o pressuposto da motivação entendida como um processo individual e intrapessoal que muitos psicólogos têm baseado sua intenção de explicar o comportamento humano. A motivação como uma força gerada por uma situação de necessidade leva o indivíduo a atuar para conseguir sua satisfação pessoal. Assim, tanto a pergunta “original” quanto a resposta “psicológica” ainda têm como influência o marco de uma cosmovisão individualista. (GUARESCHI, 2004).

Ao concluir, não podemos deixar de expor a seguinte questão proposta por Guareschi (2004): Por tudo o que foi dito, não haverá nada de bom no liberalismo individualista? A resposta é que existe, sim, pois, no seu início, lembrou dimensões importantes do ser humano, como sua subjetividade, sua criatividade, a importância da iniciativa, mas, pelo fato de ter sido levado ao seu extremo, suas conseqüências radicais continuam a produzir guerras, competições, miséria, pobreza e fome.

1.2.2 Cosmovisão do totalitarismo coletivista

A cosmovisão do totalitarismo coletivista já não é mais tão presente e abrangente em nível mundial como a do liberalismo individualista, mas já existiu e deixou traços profundos na história e ainda exerce forte influência em nós, talvez não como um macrossistema, mas

em microsistemas, representados em organizações, associações, instituições, cooperativas e outras mais.

A concepção do ser humano

Na cosmovisão do totalitarismo coletivista que existiu na fase do “socialismo real” nos países da “cortina-de-ferro”, o ser humano não constitui uma unidade autônoma em si mesma, mas é apenas “parte” do todo. Aqui o que vale é a totalidade, o coletivo, a organização, a instituição, o partido, o Estado. Esse “todo” sempre terá preponderância sobre as partes; logo, a pessoa humana está subordinada a um conjunto maior que lhe dá sentido. (GUARESCHI, 2004).

Os valores

Os valores e as justificativas que dão sustentação à concepção do ser humano do totalitarismo coletivista começaram a ganhar forma durante o século XVIII a partir das propostas dos grandes pensadores e criadores da sociologia, que se opunham à doutrina liberal e, ao mesmo tempo, propunham a reformulação da sociedade. Em consequência dessas idéias surgiu o “social”, que acabou se constituindo como uma alternativa aos excessos da competição urbano-industrial do capitalismo nascente. (PINHO, 1977, p. 71).

O “social” foi se constituindo, então, como uma “força”, que veio para se opor ao liberalismo, o qual pregava a total liberdade dos indivíduos, de modo a cada um se dar a liberdade de alcançar seus objetivos e resolver seus problemas por conta própria, sem se importar com os outros. Essa forma de pensar e organizar os indivíduos instituída pelo liberalismo teve como consequência um grande problema social, no sentido de que poucos passaram a ter acesso a tudo que desejassem; em oposição, a maioria da população não tendo acesso aos mínimos recursos para suprir as suas necessidades básicas.

A realidade colocava em evidência, de maneira brutal, a oposição entre o interesse individual e o interesse social: de um lado, um pequeno grupo de indivíduos enriquecia-se cada vez mais; de outro, a crescente classe operária vivia miseravelmente. (PINHO, 1977, p. 72).

Na Inglaterra e na França os pensadores socialistas sugeriam o socialismo como a saída para se contrapor aos defeitos da organização individualista e capitalista da sociedade preconizando a substituição da sociedade liberal por uma organização coletiva, baseada no sentimento de fraternidade e de ajuda recíproca dos membros da sociedade. Tendo, então,

como base as inúmeras experiências já existentes na época, de entreajuda e de auxílio mútuo, o “social” foi sendo aos poucos instituído na sociedade. Filósofos e pensadores sociais, numa postura crítica em relação à ordem econômica e social então vigente, não só denunciavam em suas obras literárias as causas dos problemas sociais, mas propunham transformações nos modelos alternativos de sociedades, bem como nos conceitos originais de governo, propriedade privada, trabalho, família e educação. (MLADENATZ, 2003).

As implicações dessa ideologia, que propunha uma nova sociedade, a qual contestava a propriedade privada, entendia dever ser a posse dos bens coletiva, trouxeram para a Inglaterra do nascente capitalismo motivos de sobra para a preocupação das classes dominantes. O movimento associacionista europeu que passou a se constituir então como uma reação ao liberalismo, ao individualismo e aos demais aspectos que caracterizavam a situação econômico-social imperante revelou-se por meio de três principais manifestações: a) o sindicalismo na área do trabalho; b) o socialismo na área política e socioeconômica; c) a criação das cooperativas como forma de organização dos operários atingidos pelas péssimas condições de trabalho e de vida. (DRIMER; DRIMER, 1981, p. 19).

Então, diante dessa realidade, na qual poucos tinham tudo e a grande massa da população não tinha nada, foi proposta a possibilidade de se instituir um “coletivo” que pudesse dar conta dessas diferenças. Várias foram, então, as sugestões no sentido de se viabilizar essa mudança. A mais abrangente foi a proposta da organização de um Estado com todos os poderes necessários para a realização da tarefa de “equilibrar o que estava em desequilíbrio”, isto é, retirar dos que tinham muito para dar aos que não tinham nada. Guareschi (2004) nos alerta que, se, por um lado, esta proposta trouxe benefícios à grande massa desassistida social e economicamente, por outro essa mesma sociedade transformou o Estado, por assim dizer, numa entidade possuidora de tamanho poder que ela passou a ser pensada e organizada como se fosse uma grande máquina e numa perspectiva de um poder absoluto, incontestável.

Tipos de sociedade

Essa maneira de pensar levou a que alguns passassem a chamar aos valores que dão sustentação a essa cosmovisão de “sociologismo”, além de “coletivismo” ou “totalitarismo”. Foi o mesmo que se deu em relação ao valor que dá sustentação à cosmovisão do liberalismo

individualista, que poderia ser chamado de “psicologismo”⁵, visto que o indivíduo é o centro de tudo e explica toda a realidade.

Essas idéias e valores que buscavam contemplar o social em oposição ao individualismo foram se materializando na sociedade por meio de experiências denominadas de “totalitarismos”. Podemos citar como exemplo o nazismo, o fascismo, o stalinismo, assim como, em geral, todos os Estados que se estruturam a partir de um “partido único”. São chamados de totalitários, coletivistas, porque, em princípio, não aceitam as diferenças, não aceitam que possa existir alguma coisa além do coletivo, do “partido único”. (GUARESCHI, 2004).

Esses “traços” nazistas, fascistas, absolutistas, etc. não se materializam apenas em modelos de sociedade; também podem ser identificados no cotidiano das nossas práticas sociais, sempre que tivermos dificuldade de aceitar o “diferente”. Quando, por exemplo, os pais, professores ou quaisquer outras pessoas assumem a postura de impor suas idéias como sendo as verdadeiras, as únicas, aquelas que todos devem seguir sem questionar, revelam essa postura autoritária, que por consequência, passa a servir também de modelo na formação de outras pessoas totalitárias, discriminadoras, racistas.

Essa “união” das pessoas por meio de um regime autoritário não se constitui de forma espontânea, natural, como muitas vezes se tenta passar; ao contrário, concretiza-se pela ideologia criada pelos governantes e difundida junto à população em intensas campanhas dos meios de comunicação, pela educação e por todas as instituições dominantes, que exercem seu papel de influenciar as pessoas. O apelo à emoção e à paixão é agregado a intensa campanha publicitária; assim, impede-se que as pessoas pensem e reflitam sobre aquilo que está acontecendo com elas.

Nessa cosmovisão as pessoas não conseguem a liberdade que leva à autonomia, pois os comportamentos e as relações predominantes impedem que isso se realize. A liberdade e a responsabilidade só são alcançadas por elas quando têm a possibilidade de participar ativamente do planejamento e das decisões em que estão envolvidas.

Guareschi (2004) nos mostra como essas idéias e valores que propunham uma sociedade que buscava contemplar o social em oposição ao individualismo foram se materializando, se instituindo na sociedade. Vejamos alguns exemplos: a) “massificação” – as

⁵ Psicologismo: o psicologismo é uma das tendências culturais mais acentuadas atualmente nos países capitalistas. “Podemos definir brevemente o psicologismo como aquela compreensão dos fenômenos e processos sociais que os reduz e explica como a simples adição de processos puramente psicológicos”. MARTIN-BARÓ, 1988, p. 23).

peças não passam de peças manipuladas, executoras de tarefas sem nenhuma autonomia; b) o “anonimato” – as pessoas continuam a ser apenas “peças”, de modo que não há espaço para a individualidade e elas não possuem identidade nem subjetividade própria reconhecida e aceita; c) “burocracia” – todos reconhecem a importância da burocracia para organizar uma instituição, um grupo ou uma sociedade, contudo ela pode ser um problema quando transforma as pessoas “em argolas de uma corrente, caixinhas de uma escrivaninha, prateleiras de uma estante”. (GUARESCHI, 2004, p. 50).

Numa estrutura social com as características indicadas as pessoas ficam em segundo lugar, pois

o que importa é a ordem, a organização, a regulamentação. A vida e a subjetividade das pessoas não importam tanto; elas têm de se subordinar às rotinas propostas e estabelecidas. Tudo está pré-determinado, e às pessoas nada mais resta do que obedecer às regras estabelecidas. Tudo está previsto, dispensa-se a criatividade, a iniciativa, a inovação. (GUARESCHI, 2004, p. 50).

Muitos países e instituições desapareceram em função da burocracia, pois “não é fácil manter o equilíbrio entre a necessidade de originalidade, criatividade, reconhecimento da subjetividade das pessoas, por um lado, e a indispensabilidade de certa organização e regulamentação, por outro lado”. (GUARESCHI, 2004, p. 50). Percebemos aqui que o que há de exagero na cosmovisão do liberalismo é o que falta no totalitarismo e vice-versa.

Chegamos ao final da análise de duas grandes cosmovisões: a do liberalismo individualista e a do coletivismo totalitário. Cada uma se apresenta com características próprias, pois no liberalismo individualista a ênfase está colocada no “indivíduo”, que é o centro de tudo; nada poderá atingi-lo; a competição é o mandamento principal. Por sua vez, no coletivismo totalitário a ênfase está colocada no “social”, no grupo, no partido; as pessoas são anuladas em função desse coletivo, que se sobressai a tudo e a todos; o todo é a realidade maior.

Diante do exposto, podemos nos questionar: Haveria uma alternativa a tais cosmovisões ou estamos condenados a nos submetemos a essas “forças” que se impõem a nós, sem que tenhamos chance de nos libertarmos de tais amarras? Entendemos que sim, que existe a possibilidade de que outra dimensão possa estar sendo constituída no mundo contemporâneo, e é sobre esta que passaremos a colocar os elementos que constituirão o próximo passo.

O comunitarismo solidário, que também podemos chamar de “pensamento comunitário”, na contemporaneidade poderá se constituir como uma prática social-comunitária que se coloca não como tentativa apenas de junção das duas grandes cosmovisões - liberalismo individualista e totalitarismo coletivista -, mas como um campo onde novas formas de relações sociais poderão se constituir, formando uma nova proposta de sociedade.

1.2.3 O pensamento comunitário na contemporaneidade: como o marisco, entre o mar e o rochedo

A determinação de um padrão de relações sociais tendo como valor o individualismo passou a se constituir, nas últimas décadas, no motor fundamental da ação humana, responsável, em grande parte, pela existência de conflitos e de desigualdades entre os povos. Vivemos numa época de crise: crise dos processos e modelos de desenvolvimento, crise das formas e sistemas de governo, crise dos partidos políticos, crise dos sistemas econômicos. Observamos uma crescente intensificação da violência, do crime organizado, do terrorismo, da insegurança, da miséria, da fome e do uso abusivo dos recursos naturais, com a conseqüente agressão à natureza e ao equilíbrio ambiental. São problemas profundamente arraigados em nossas instituições e em nossas práticas, que repercutem na vida das pessoas.

O mundo está mudando, mas nem sempre compreendemos com clareza o sentido dessas mudanças. Se, por um lado, os problemas e necessidades da humanidade são cada vez mais globais, por outro, também assim deverão ser as soluções. Entendemos que a superação da dimensão do individualismo dar-se-á na medida em que houver o resgate ético na política, na economia, no convívio social e que forem potencializados espaços que favoreçam a criação e construção de organizações sociais baseadas nos valores da cooperação, cujos interesses estejam voltados para a comunidade, para a solidariedade e ajuda mútua.

Essas mudanças tecnológicas, organizacionais, sociais e culturais em curso podem se constituir em novos modos de pensar, em novos modos de as pessoas organizarem seus fazeres nos processos e nas relações de trabalho, nas quais a instância individual e a coletiva se entrelaçam, constituindo novos significados da existência humana.

Entre as organizações de trabalho coletivo e solidário existe a experiência do trabalho cooperativo, cujos valores sociais estão voltados para a *auto-ajuda*, a *auto-responsabilidade*, a *democracia*, a *igualdade*, a *equidade* e a *solidariedade*, assim como também aos valores éticos da *honestidade*, da *transparência*, da *responsabilidade* e da *vocação social*. (ACI

1995)⁶. Essa forma de organização do trabalho poderá se constituir, talvez, um dia numa nova cosmovisão, a dimensão do comunitarismo solidário, cujos efeitos positivos repercutirão nas relações que se estabelecerão entre as pessoas e as nações.

Essa possibilidade de empreendimentos solidários ganha força na medida em que podemos constatar que nos últimos 35 anos aumentou tanto a quantidade de cooperativas como o número de seus membros. No começo da década de 1990 o movimento cooperativo tinha mais de setecentos milhões de membros individuais, com cooperativas na maioria dos países, que satisfaziam a uma enorme variedade de necessidades. (BÖÖK, 1992, p. 21).

O comunitarismo solidário começa a se constituir hoje como uma nova “idéia-força”, uma dimensão social que apresenta um caminho alternativo para uma sociedade onde a concepção de ser humano, valores e práticas sociais tenha como fundamento o conceito de “pessoa”, não de “indivíduo”, como está presente na cosmovisão do liberalismo individualista, ou de “coisa”, presente na cosmovisão do totalitarismo coletivista. (GUARESCHI, 2004, p. 52) refere

ser possível demonstrar a existência de uma cosmovisão, qualitativamente diferente das anteriores, possível de ser identificada, trazendo respostas específicas aos quatro elementos que estamos discutindo nas cosmovisões que privilegiamos para a discussão.

Acreditamos que, mais importante que manter os indivíduos unidos numa sociedade dada ou integrá-los a uma ordem preestabelecida, é dar às pessoas as ferramentas para que possam mudar essa ordem estabelecida e libertar-se de suas amarras, exigências e imposições, assim construindo uma ordem social diferente, mais justa e humana. Para isso, é necessário, como refere Martin-Baró (1988, p. 41), que tenhamos em mente; a) a visão da realidade social

⁶ A Associação Cooperativa Internacional (ACI) é uma associação não governamental e independente, criada em 1895, sediada em Genebra. Reúne, representa e presta apoio às cooperativas no mundo todo. Objetiva a integração, autonomia e desenvolvimento do cooperativismo a fim de continuar a obra dos Pioneiros de Rochdale. Em Manchester (Inglaterra) em 1995, por ocasião do centenário de sua constituição, homologou a Declaração da Identidade Cooperativa. Desde sua fundação, os membros da ACI esperam que ela atue como “custódia dos valores e princípios do cooperativismo”. (BÖÖK, 1992, p. 1). Os novos princípios, que foram definidos em 1995, “vieram reafirmar os compromissos mútuos entre cooperativa, cooperados e comunidade [...] assegurando a autonomia, independência e preservando valores fundamentais”. (SEIBEL, I, 2003, p. 24-25). Para Schneider (2003), “[...] a cooperativa ou movimento que quer ser fiel ao espírito dos pioneiros, deve abraçar o conjunto de princípios por eles formulados e depois redefinidos pelas instituições herdeiras de Rochdale (ACI), segundo as necessidades de sua época”. (p. 49-50). O termo “Pioneiros de Rochdale” é empregado numa evocação aos célebres pioneiros ingleses de Rochdale que, em 1844, constituíram a primeira cooperativa no mundo, a qual seria a matriz para o cooperativismo mundial. Outras cooperativas de consumo já se haviam criado antes na Inglaterra, por iniciativa do médico William King, mas a maioria delas desapareceu durante “a faminta década dos anos 40” do Século XIX.

como uma construção histórica, que se apresenta para desfazer a idéia da unidade social; b) o enfoque conflitivo da ordem social, que se coloca na perspectiva crítica, questionando a concepção que aceita a realidade social como uma unidade harmoniosa, no interior do qual os grupos de indivíduos buscam sua adaptação ou não; c) o papel político da prática social, que insiste na necessidade urgente de se voltar a teorizar, não somente elaborar modelos de curto alcance.

Quanto ao último aspecto citado, que se refere à necessidade de se voltar a teorizar, o autor afirma que o “propósito da teoria é explicar os fenômenos sociais e culturais”. (MARTIN-BARÓ, 1988, p. 41). Moscovici (2003, p. 127) também se posiciona nesse sentido ao referir que as teorias ainda estão “presas às questões feitas e às respostas dadas em um contexto específico” e que nossas chances de progresso e renovação dependem muito de nossa habilidade de nos mantermos abertos aos problemas de nossa realidade, cabendo a nós buscar as respostas. Em relação a esta questão, Guareschi (2004, p. 33) destaca que “o que vai decidir qual minha concepção de ser humano não é minha ‘teoria’ sobre isso, mas minha *prática*, isto é, como me comporto, quais as relações que estabeleço”.

A concepção de ser humano na dimensão do comunitarismo solidário

Esta cosmovisão assume o ser humano como se fosse uma “pessoa=relação”. É uma relação entendida aqui como “aquilo devido ao qual algo não pode ser (existir) sem que haja outro. [...] alguma coisa que seja relação, para ser, necessita de outra. O ‘outro’ é intrínseco a ela, faz parte de sua própria definição.” (GUARESCHI, 2004, p. 52).

Nesta concepção, o ser humano é compreendido como sendo um, singular, específico, que não pode *ser* sem os outros, diferentemente do “indivíduo” da cosmovisão do liberalismo individualista, o qual, embora também seja considerado um, “não tem nada a ver com os outros”. Por isso, Guareschi (2004) nos alerta que “é sempre importante fazer a distinção entre indivíduo e pessoa”.

Nós nos constituímos como pessoas com base nas relações que estabelecemos com os outros; por isso, não somos entidades isoladas. Para que possamos compreender esse processo que nos constitui como pessoas é necessário esclarecer dois conceitos fundamentais: de *singularidade* e de *subjetividade*. A *singularidade* pode ser definida como sendo a dimensão do ser humano em que “somos um, singulares, irrepetíveis”, porque, ao nos relacionarmos com os outros, passamos a “recortar dessa relação pedaços específicos, pessoais, próprios e com eles vamos construindo a colcha de retalhos de nossa *subjetividade*.” Então, a

subjetividade é o “conteúdo” dessas relações; nesse sentido, nossa *subjetividade* é constituída pelos “outros”, pelas relações que estabelecemos. “Somos então fundamentalmente singulares, mas somos ao mesmo tempo construídos a partir dos ‘outros’. É assim que se dá a compreensão do ser humano como pessoa=relação”. (GUARESCHI, 2004, p. 54).

Os valores que sustentam essa cosmovisão

A perspectiva que agora pretendemos apresentar é diferente da visão do liberalismo individualista, que reduz o ser humano a um “indivíduo”, e do totalitarismo coletivista, no qual o que vale é o “todo”. O social, nesta cosmovisão, é uma *relação*, isto é, algo que é singular e, ao mesmo tempo, múltiplo. “Aqui existem pessoas=relações, que formam o grupo”. (GUARESCHI, 2004, p. 63). O autor citado refere que Teilhard de Chardin nos oferece uma primeira argumentação ao afirmar que a “relação” fundamental dos seres humanos entre si e com as coisas do mundo deveria ser uma relação de comunhão e amor: daí o termo “amorismo”, relação que é o valor central do universo. (p. 55).

Leonardo Boff, também referido por Guareschi (2004), oferece-nos um segundo termo, que se define como “fraternismo/sororismo”, o qual está vinculado ao sentido da fraternidade universal, como aquela proposta por São Francisco de Assis: nesta, a relação com outros seres ou objetos dar-se-ia dentro de uma dimensão de fraternidade: “irmão sol”, “irmã lua”, “irmão lobo”..., “irmã morte”. O conceito de “irmão” implica uma relação, pois ninguém pode ser “irmão” sozinho. Guareschi (1997) nos sugere um terceiro termo capaz de expressar esses valores: o *comunitarismo solidário*. Solidariedade possui duas dimensões centrais: a dimensão de *comunhão*, união, e a dimensão da *ação*. Na solidariedade existe um espaço para a concretização do sentido de pessoa: a necessidade de outros, com a garantia da singularidade das pessoas.

No mundo da cultura, parece evidente, então, como sugere Cracogna (1993, p. 89), que

são os valores os que recortam o perfil, os que dão a forma aos objetos que o homem produz em sua liberdade criadora, sejam eles externos ou a conduta mesma. Ali reside, pois a razão e a necessidade de buscar os valores que conferem sentido a uma organização, uma atividade ou um movimento, como é o caso das cooperativas.

Böök (1992, p. 209) afirma que, na perspectiva global, é recomendável que as cooperativas se identifiquem como sendo uma parte da sociedade, cuja meta é contribuir para melhorar as condições das pessoas pela aplicação do que ele chama de “valores básicos

globais”, que são: realizar atividades econômicas para satisfazer necessidades; instituir a democracia participativa; mobilizar os recursos humanos; buscar concretizar a responsabilidade social e não deixar de contribuir para a cooperação nacional e internacional.

Nas últimas décadas, refere ainda Böök, o movimento cooperativo tem experimentado profundas mudanças. Embora essas mudanças ainda estejam num processo de transição, são necessárias, mais que nunca, diretrizes básicas que distingam a identidade da via cooperativa e sua contribuição à humanidade. É evidente que uma revisão dos valores e princípios não pode se reduzir somente aos ideais do cooperativismo. O tema crucial de hoje não se refere apenas às idéias como tais, mas relaciona-se com a prática cooperativa atual.

Para concluir esta reflexão sobre os valores relacionados com a cosmovisão do comunitarismo solidário, ao mesmo tempo já fazendo uma ligação com o terceiro elemento de análise da cosmovisão, que é a dimensão social, é importante registrar o comentário de Drimer e Drimer (1981): “As cooperativas que merecem este nome devem conformar sua atividade a elevadas normas éticas e voltar-se à vigência de altos valores espirituais”. (p. 27).

Tipo de sociedade proposta com base nesses valores

Que tipo de sociedade responderia a tais valores e se colocaria como possibilidade de vir a substituir a proposta da sociedade capitalista, cuja ênfase está no individualismo hedonista? Algumas denominações podem ser sugeridas, como “socialismo democrático”, “democracia social”, ou “socialismo personalizante”.

Esse lugar que se imagina que possa vir a acontecer ainda não constitui uma dimensão com as características de uma cosmovisão, mas, certamente, já existem experiências no campo democrático dos movimentos sociais e em instituições que registram avanços nessa direção. O modelo de sociedade proposto para esta dimensão, tem como pressuposto que a célula básica de toda a organização social está baseada na comunidade, na qual o ser humano possa ser visto como pessoa=relação. Embora seja difícil caracterizá-la em seus detalhes, Guareschi (2004) nos oferece os elementos necessários que identificam algumas de suas qualidades centrais.

A primeira qualidade é que, além das questões organizacionais e burocráticas, a *comunidade* possibilita um espaço onde, necessariamente, estão presentes as relações que se estabelecem entre as pessoas, vivenciadas por meio dos sentimentos de afeto, comunhão e amor. Numa relação de competitividade como a proposta pelo liberalismo individualista, na qual cada indivíduo busca apenas retirar o máximo nas relações que estabelece com os outros,

ou numa sociedade onde os seres humanos são reduzidos a simples “peças de uma máquina”, a pessoa fica praticamente impedida de viver a dimensão pessoa=relação.

Uma segunda característica da *comunidade* apontada por Guareschi é que nela os seres humanos são autônomos e, podemos acrescentar, protagonistas. Essa é a condição que garante que as pessoas sejam “sujeitos” e, como tais, responsáveis pela sua própria história, singulares, aceitas como elas são e com o direito de dizerem sua palavra. Essa condição é fundamental para que o ser humano possa realizar-se como pessoa e participar do desenvolvimento da sociedade em que vive.

Além das duas características citadas, a comunidade também está sendo identificada como o lugar possível de se buscarem as alternativas para a solução de um dos problemas mais graves na atualidade, vivenciado por um número cada vez maior de pessoas: o desemprego. Tendo em vista que os antigos postos de trabalho, em que era garantido o emprego de forma individual, com carteira assinada e a garantia dos benefícios sociais, estão desaparecendo, faz-se necessário buscar novas alternativas, não mais de “emprego”, mas de trabalho. É aí que entra a importância de a pessoa fazer parte de uma *comunidade*, que, no caso desta pesquisa, seria uma cooperativa. Se a pessoa se sentir integrada num lugar onde todos se conhecem, onde lhe é dado o direito de expressar-se, de dizer sua palavra, haverá, certamente, a possibilidade de se constituir um espaço de trocas que viabilize a organização das pessoas em projetos sociais que viabilizem propostas para a solução dessa realidade do desemprego. (GUARESCHI, 2004, p. 57).

A comunidade, nessa linha de pensamento, é uma associação onde a relação se dá “na linha do ser, isto é, por uma participação profunda dos membros no grupo”; na qual são colocadas em comum relações primárias, como o próprio ser, a própria vida, o conhecimento mútuo, a amizade, os sentimentos. Por sua vez, a sociedade é uma associação que “se dá na linha do haver, isto é, os membros colocam em comum algo do seu, algo do que possuem; como o dinheiro, a capacidade técnica, sua capacidade esportiva”. (GUARESCHI, 2003, p. 95). As pessoas participam, pois, da comunidade não pelo que têm, mas pelo que são.

Nessa concepção, a comunidade rompe com a dicotomia entre o ser humano genérico e o ser humano particular e apresenta-se como espaço privilegiado de recriação permanente da existência coletiva, das experiências sociais vividas e partilhadas intersubjetivamente, capaz de criar “formas coletivas de luta pela libertação de cada um e pela igualdade de todos”. (SAWAIA, 2003, p. 48).

Cada comunidade humana, portanto, constitui-se como sendo “uma realidade cultural única onde cada ser humano é um mundo em si mesmo”. (JOVCHELOVITCH, 2008, p. 298).

Mover-se em direção ao *Outro* e construir um entendimento compartilhado é, para Jovchelovitch, “o processo que permite o estabelecimento precário, mas não obstante necessário, de critérios para o que uma comunidade humana julga ser o certo ou o errado, o bem ou o mal, a verdade ou a falsidade”.

A emergência de novas/velhas formas de diferenciação e segregação vivenciadas pelas pessoas na sociedade atual apresenta a alteridade e a identidade como questões centrais para uma vida social digna. “Todos os membros da comunidade devem ter, portanto, a legitimidade para se fazer ouvir e a capacidade argumentativa para defender suas próprias necessidades respeitando os outros, na construção do consenso democrático”, isto é, é por meio da linguagem que se torna possível lidar com a realidade do desejo próprio e do outro, “construindo um nós”. (SAWAIA, 2003, p. 48-49).

É na comunidade, refere ainda a autora, que estão contidas todas as formas de relacionamento, caracterizado por um elevado grau de intimidade pessoal, de profundidade emocional e engajamento moral. É na comunidade que se encontra o fundamento do homem visto em sua totalidade, não nos papéis sociais que possa desempenhar. Sua força está na fusão das vontades individuais; nesse sentido, “a comunidade é a fusão do sentimento e do pensamento, da tradição e da ligação intencional, da participação e da volição. O elemento que lhe dá vida e movimento é a dialética da individualidade e da coletividade”. (SAWAIA, 2003, p. 50).

Vivendo em comunidade, as pessoas têm possibilidade de superar os extremos do individualismo e do coletivismo, comentados quando analisamos as concepções do ser humano, mantendo sua singularidade, mas necessitando dos outros para sua plena realização. Na comunidade as pessoas=relação têm voz e vez; suas diferenças são respeitadas; colocam em ação suas iniciativas; desenvolvem sua criatividade; possuem iguais direitos e deveres e se completam na medida em que se tornam um “ser para”, exercendo sua plena vocação de animal político e social. (GUARESCHI, 2003, p. 96).

Seria a cooperativa Unimed uma dessas experiências comunitárias na qual os seus integrantes realmente participam, dizem sua palavra, expressam sua opinião, manifestam seu pensamento e suas idéias, o que os transforma em partícipes da sua história e da história da sua comunidade, como efetivos protagonistas, resultando no planejamento e nas soluções de suas necessidades?

Os comportamentos, as práticas e as relações...

Nessa nova dimensão, como seriam os comportamentos e as relações esperados? É possível identificar aqui inúmeros comportamentos. Com base nos elementos até aqui analisados e relacionados principalmente à *comunidade*, fica clara a importância da “relação de participação, tanto nas decisões políticas e econômicas, como nas decisões do cotidiano das pessoas”. (GUARESCHI, 2004, p. 58).

Outra prática que identifica a participação das pessoas numa comunidade, refere ainda o autor citado, é a *solidariedade*, essencial nas relações entre pessoas que buscam de forma coletiva a solução de problemas, tais como a busca da satisfação das necessidades básicas, a construção de espaços coletivos de trabalho e geração de renda, etc. O termo “solidariedade” implica sempre duas dimensões inseparáveis: a dimensão da *ação* concreta e a dimensão da *comunhão*

Além das possibilidades das práticas e comportamentos já citados, não é possível a comunidade sobreviver se entre seus participantes não existe a experiência da *cooperação* e *colaboração*, essenciais para que uma sociedade possa criar e usufruir, dentre outras coisas, os benefícios de uma educação, uma saúde e uma segurança participativas e criativas.

Tais práticas, condutas e relações podem resgatar e concretizar uma concepção de ser humano pessoa=relação, fundamentada em valores de partilha, diálogo, comunicação, cooperação, respeito às diferenças e realização pessoal. Não há aqui receita pronta e antecipada. Os seres humanos, a sociedade global, as comunidades, vão se fazendo e construindo na resposta aos desafios históricos sempre novos e diferentes. (GUARESCHI, 2004, p. 59).

Tendo como referência Martin-Baró (1988), passaremos a trabalhar com exemplos de como os comportamentos, as relações e as práticas se manifestam nesta dimensão do comunitarismo solidário. Distinguiremos três tipos de ações sociais que se produzem por meio dessas práticas: a) os atos de *altruísmo*, que contribuem para a sociedade como um todo, dando respostas a situações críticas ou resolvendo problemas difíceis; b) os atos de *solidariedade*, que contribuem para o progresso das estruturas de justiça pelo apoio aos setores ou pessoas mais débeis e ao fortalecimento da responsabilidade coletiva; c) os atos de *cooperação*, que contribuem para a unidade e o desenvolvimento sociais, privilegiando o bem comum acima do bem individual e propondo a mudança da sociedade com base na solidariedade. (p. 319).

Tais práticas, condutas e relações podem resgatar e concretizar uma concepção de ser humano pessoa=relação fundamentada em valores de partilha, diálogo, comunhão, cooperação, respeito às diferenças e realização pessoal.

Altruísmo

Quanto à prática realizada através do altruísmo, podemos dizer que se caracteriza como a ação que produz um benefício social de forma voluntária e desinteressada. A característica essencial do altruísmo é que se trata de um ato pelo qual não se busca benefício pessoal, cuja natureza, portanto, define-se pela sua intencionalidade intrínseca, que é a de beneficiar o outro, inclusive à custa do sacrifício de quem o realiza. (MARTIN-BARÓ, 1988, p. 346).

A vida cotidiana nos coloca diante de distintas situações que solicitam nossa intervenção com a mesma urgência e às quais, todavia, podemos dar respostas muito diferentes. As tragédias naturais, como tempestades, furações, inundações, secas, podem tocar as portas de nossa sensibilidade e reclamar de nossa consciência uma intervenção especial, a solidariedade; por outro lado, não podemos negar que nossa sensibilidade acaba se acostumando a conviver com o espetáculo de pessoas que são maltratadas, que sofrem e morrem ao nosso redor.

Solidariedade

A Associação Cooperativa Internacional (ACI), em seu Congresso no ano de 1995, definiu que “a solidariedade é a mesma causa e conseqüência da auto-ajuda e a ajuda mútua, dois dos conceitos fundamentais no coração da filosofia cooperativista. É esta filosofia que diferencia as cooperativas de outras formas de organização econômica”. (ACI, 1995, p. 85-86).

A *solidariedade* como valor tem uma longa e consagrada história dentro do movimento cooperativista internacional. Ela deve assegurar que a ação cooperativa não seja simplesmente uma forma disfarçada de interesse pessoal limitado. Uma cooperativa é mais que uma associação de sócios; é também uma coletividade. Os sócios têm a responsabilidade de assegurar que todos sejam tratados da forma mais justa possível; que o interesse geral sempre seja levado em conta; que haja um esforço constante para tratar os empregados de forma justa (sejam sócios ou não), assim como os não-sócios vinculados à cooperativa. (ACI, 1995, p. 85).

A solidariedade coloca o problema da responsabilidade social como atitude pessoal e coletiva. Etimologicamente, solidariedade significa que, quando duas pessoas estão ligadas entre si por um vínculo *in sólido*, cada uma tem de responder e arcar com as conseqüências do que faz ou decide a outra. Com base nisso, a solidariedade é entendida como o apoio que alguém dá às causas defendidas por outros indivíduos ou às mesmas pessoas. Ao se solidarizarem, as pessoas compartilham a responsabilidade a respeito de algo ou alguém, arcam com as conseqüências do decidido ou realizado pelos outros. Assim, a vivência da responsabilidade supõe que a pessoa se sinta envolvida com algo ou com alguém perante os demais. O ato de solidariedade, entendido como a aceitação da co-responsabilidade social, constitui um processo no qual nem sempre coincidem objetividade e subjetividade. Objetivamente, a solidariedade promove o estabelecimento de uma maior justiça social; subjetivamente, pode ser desencadeada por muitas e diversas motivações, com freqüência de caráter pessoal. (MARTIN-BARÓ, 1988).

Decorrente de uma teorização, apresentamos a solidariedade como uma alternativa aos processos de globalização capitalista.

Cooperação

Pelo que já abordamos anteriormente, podemos afirmar que, quanto mais uma pessoa desenvolve sua singularidade e subjetividade, mais distinta se torna das outras pessoas; e quanto mais diferente das outras pessoas uma pessoa se torna, mais ela pode ajudar e contribuir, de modo original e singular. Aqui já temos a primeira aproximação do que entendemos por “cooperação”, cujo conceito e prática parecem ter aí algum fundamento. O sentido da cooperação “não diz respeito apenas em ajudar o outro naquilo que sozinho ele não pode dar conta, mas oferecer e presentear ao outro aquilo que ele ainda não tem, mas que ‘eu’ desenvolvi, por ser diferente dele” Soethe. (2004, p. 43). “Se assim ‘eu’ proceder para com ele, é provável que depois, um dia, ele também poderá proceder assim com alguém ou, quiçá, até comigo”. (p. 43).

Qualquer ordem social requer um mínimo de cooperação, que, “pela força econômica que representa, pela vitalidade e o militantismo dos homens que a animam, é uma das forças do mundo contemporâneo” Sem esse mínimo de cooperação, que exige, por exemplo, o respeito a certas normas coletivas ou a participação ordenada nos processos laborais de acordo com algum tipo de distribuição social do trabalho, a vida em comum é impossível. (MARTIN-BARÓ, 1988, p. 319).

A cooperação, uma das formas de interação humana que mais beneficia a vida em sociedade, a qual se constitui como uma das práticas possíveis dentro da Cosmovisão do solidarismo comunitário pode ser definida como “aquela ação que se caracteriza por dois aspectos essenciais: a) persegue fins comuns ou compartilhados por vários sujeitos ou grupos; e b) seus custos são compartilhados entre os participantes”. (MARTIN-BARÓ, 1988, p. 320).

Mais que uma ação, a cooperação constitui uma autêntica interação social, como o indica a etimologia do termo: cooperação, ação ou trabalho realizado conjuntamente com outros. “Cooperar” é uma palavra que deriva do latim *cooperari*, formada por *cum* (com) e *operari* (trabalhador). Significa trabalhar juntamente com os outros, em vista de uma mesma finalidade, ou contribuir para a realização de uma mesma coisa, ou objetivo comum. A cooperação se dá na ação ou no exercício de cooperar, de se ajudar. Portanto, a participação exige que quem está envolvido não fique de fora, mas realmente faça parte do processo. Participar é “ter parte em”, ou “fazer parte de”; palavra com derivação latina, participar significa *partem capere* (tomar sua parte em alguma coisa). Participação requer ação concreta. (COSTELA, 1999).

A cooperação opõe-se à competição, na medida em que nesta todos os sujeitos buscam o mesmo fim e o seu êxito implica a exclusão do outro, de tal maneira que, quando um alcança o objetivo, automaticamente determina que todos os demais sejam privados dele; portanto, o ganho de um requer, necessariamente, a perda dos outros. Ademais, na competição se multiplicam os gastos: “cada uma das pessoas realizará todo o esforço sozinha para atingir o objetivo. Isso implica que a exigência para superar os demais poderá requerer um esforço adicional”. (MARTIN-BARÓ, 1988, p. 320).

Para Böök (1992), a cooperação, como movimento, está construída e baseada nas pessoas e em suas expectativas pessoais de uma melhor sociedade. O movimento cooperativo “é uma organização de mudança social por, para e através das pessoas.” (p. 45).

Competir ou cooperar? O que leva alguém a aceitar que a competição seria a melhor proposta para as pessoas viverem bem? Será que viver bem está contido na proposta da competição? O que leva alguém a aceitar que a cooperação seria a melhor proposta para as pessoas viverem bem? Estará o viver bem contido na proposta de cooperação? São duas propostas, duas grandes cosmovisões: a primeira quer dar conta de uma realidade material objetiva no mercado capitalista; a segunda oferece uma proposta de mudança da sociedade. Poderiam essas duas formas associativas conviver e dar conta das necessidades de produção e mudar a realidade social?

É possível distinguir dois tipos de cooperação: a cooperação interindividual e a cooperação intergrupala. A cooperação interindividual é o tipo de interação social que se produz entre pessoas; é um dos processos requeridos com maior frequência na vida social, tanto nas relações íntimas e espontâneas de amor ou amizade como nas relações institucionalizadas entre estranhos. A cooperação requer que se veja adiante do próprio interesse particular e que se tenha claro o objetivo coletivo, o benefício comum, pois a busca do prêmio individual e excludente acelera a competitividade. A cooperação intergrupala dá-se entre grupos sociais ou entre sociedades e constitui um fenômeno de natureza fundamentalmente distinta da cooperação interpessoal. Os autores não são indivíduos; são grupos, instituições, nações. (MARTIN-BARÓ, 1988, p. 320-329).

Pelo exposto até aqui, podemos afirmar que não vemos o porquê de não buscar a satisfação das próprias necessidades mediante a cooperação, mais que a competição; mediante a colaboração, mais que a luta. Qualquer ordem social requer um mínimo de cooperação entre os membros da sociedade, o que exige, por exemplo, o respeito a certas normas coletivas ou a participação ordenada nos processos laborais de acordo com algum tipo de distribuição social do trabalho, sem esse mínimo de colaboração, a vida em comum torna-se impossível.

Assim, podemos dizer que o cooperativismo é uma experiência que tem demonstrado em sua trajetória histórica buscar concretizar a satisfação comum e homogênea de seus membros, a fim de oferecer o melhor encaminhamento às dificuldades individuais para soluções coletivas.

Como a proposta do cooperativismo respeitará as singularidades, as subjetividades de cada pessoa? Não o individualismo, mas as individualidades é que poderão ser de grande valia para a construção do sistema cooperativo. Só será possível alcançar a idéia de uma prática solidária na medida em que se constituírem individualidades solidárias, não individualismos, cuja busca seja apenas a satisfação pessoal. Afirma que todo tipo de associação requer um sistema de crença complexo, que torna adequada a ação das individualidades e das singularidades. A moral, a ética, a lei e tantos outros fundamentos do pensamento humano medeiam a possibilidade da existência do caminhar solidário entre os associados.

A seguir passaremos a expor aspectos referentes às cooperativas, pois são as práticas dos médicos cooperativados na Unimed que estão sendo analisadas na presente pesquisa.

Cooperativas

As cooperativas que estabeleceram o modelo que até hoje perdura como uma forma de organização social surgiram como uma reação do mundo operário e camponês à grave situação de exploração a que se submetiam durante a primeira fase da Revolução Industrial, período em que o liberalismo era contrário a qualquer forma de associação profissional que visasse à defesa dos interesses de classe trabalhadora. Portanto, o surgimento do cooperativismo não se deu por acaso, mas ocorreu em pleno curso da Revolução Industrial e quando do surgimento do capitalismo industrial. (SCHNEIDER, 1998, p. 28).

O documento elaborado pela Associação Cooperativa Internacional em 1995 informa que em quase todos os países do mundo as pessoas se beneficiaram das cooperativas. “Assim o fizeram sob todo tipo de governos, dentro de todo tipo de economias e entre todas as divisões – sexo, raça, religião, política e cultura – que tipificam a condição humana”. (ACI, 1995, p. 99).

Um aspecto que nem sempre é esclarecido é quanto à justificativa da existência das cooperativas. Böök (1992) esclarece que o papel delas não se restringe a serem corretoras das “falhas do mercado”, pois sua responsabilidade social implica mais: basicamente, são corretoras das “falhas sociais”. “Em consequência, devem desenvolver seu caráter democrático e social e demonstrar o sistema cooperativo na prática, preparando as condições necessárias para promover um uso mais amplo dos métodos cooperativos na sociedade.” (p. 206). Refere ainda que, “embora as cooperativas tenham sido impulsionadas, sobretudo, pelo aspecto econômico, possuem motivações morais, éticas, sociais, culturais e políticas”. (p. 34).

Ao abordar o tema sobre cooperativismo e sua forma de organização social, que são as cooperativas, é importante a referência aos seus princípios. Aqui apenas citaremos os princípios que atualmente servem como referência às cooperativas de todo mundo associadas à Associação Cooperativa Internacional. Deixaremos para fazer os comentários sobre cada princípio no capítulo em que serão analisados os dados da pesquisa, pois lá poderemos confrontar os princípios com os achados.

Segundo a ACI, sete princípios são listados na Declaração de 1995:

- 1) Adesão voluntária e aberta
- 2) Gestão democrática por parte dos sócios;
- 3) Participação econômica dos sócios;
- 4) Autonomia e independência;

- 5) Educação, formação e informação;
- 6) Cooperação entre cooperativas; e
- 7) Interesse pela comunidade.

Os três primeiros princípios dirigem-se à dinâmica interna típica de qualquer cooperativa; os quatro últimos, tanto ao funcionamento interno como às relações externas das cooperativas. (ACI, 1995, p. 88).

Entendemos que as questões teóricas até aqui expostas poderão nos auxiliar na análise e compreensão dos dados coletados junto aos médicos cooperativados que participaram da pesquisa. Por isso, na análise e discussão dos resultados retomaremos a questão dos princípios e dos valores cooperativos.

O próximo capítulo abordará a metodologia que utilizamos na presente pesquisa, dividida em duas partes: na primeira explicitaremos as questões epistemológicas que acreditamos serem fundamentais ao estudo; na segunda, descreveremos com detalhes todos os passos que realizamos desde a proposta do projeto até a construção de um quadro que traz as questões centrais dos dados a serem posteriormente analisados e interpretados.

2 METODOLOGIA

Tenho para mim que todas as realidades são “misteriosas”. [...] por mais que nos aproximemos duma realidade qualquer, seja um objeto ou, principalmente, quando essa realidade é um ser humano, nunca chegamos a compreendê-lo em sua profundidade. Sempre permanece algo ainda a ser investigado, a ser decifrado. Nesse sentido, o ser humano permanece sempre um mistério. (GUARESCHI, 1998, p. 152).

A pesquisa social, apóia-se em dados sociais – dados sobre o mundo social – que são o resultado, e são construídos nos processos de comunicação. (BAUER; GASKELL, 2002, p. 20).

Ao menosprezar os problemas e enquadres conceituais e metodológicos que são próprios às diferentes ciências, generalizações cruas florescem sem ser desafiadas. (JOVCHELOVITCH, 2000, p. 207-208).

A metodologia é o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Nela estão incluídos os pressupostos teóricos, o conjunto de técnicas e também o potencial criativo do pesquisador. (MINAYO, 1996, p. 20). Nesse caminho, várias são as estratégias metodológicas pelas quais o pesquisador pode optar para buscar respostas às perguntas que vai formulando no seu dia-a-dia ao se aproximar dos fenômenos que quer investigar. São os seus interesses e propósitos que determinarão, portanto, o caminho a ser percorrido para atingir tal objetivo. Ao decidir sobre o método que irá utilizar, o investigador também estará definindo o referencial teórico e os pressupostos a ele associados, que, em última instância, será a própria definição de ser humano que, consciente ou inconscientemente, estará sendo revelada na maneira de pensar e de agir do investigador. Para Guareschi (2004), “é impossível darmos um passo, ou pensarmos e executarmos qualquer ação, sem que por detrás disso esteja pressuposta uma visão de ser humano”. (p. 29). Aparentemente é algo banal, porém raramente nos detemos para refletir sobre essa questão, sempre subjacente à prática.

Os pressupostos que estão por detrás da prática investigativa revelam o modo como o investigador se aproxima do real, o qual, segundo Jovchelovitch, (2000), não é neutro, nem inocente, pois nem a teoria nem a prática são isentas de interesse, de preconceito e de incursões subjetivas.

É fundamental, portanto, que o investigador reconheça os pressupostos epistemológicos presentes em sua mente, os quais também “são compartilhados pelas culturas, pelas sociedades e pelas tradições nas quais o investigador vive, pois são elas os guias da sua prática nas investigações sociais que realiza”. (MARKOVÁ, 2006, p. 23). Se o pesquisador não está ciente dos fundamentos teóricos nos quais se apóia, deixando de refletir

sobre o que faz, tende a manter suas práticas sem considerar as alternativas. Apoiados nessas considerações, o objetivo deste capítulo é apresentar o referencial teórico no qual este estudo se baseou, assim como explicitar o caminho que percorremos desde a construção do problema até o plano de análise das informações coletadas.

Primeiramente, apresentamos os pressupostos epistemológicos que entendemos serem adequados para a compreensão e análise dos dados que constituíram o *corpus* desta pesquisa. Num segundo momento, relatamos e detalhamos os procedimentos metodológicos, descrevendo o caminho percorrido para a coleta das informações obtidas junto aos médicos cooperativados na Unimed que participaram da pesquisa.

2.1 Pressupostos epistemológicos

Categorizar o presente e, às vezes, predizer futuras trajetórias é o objetivo de toda pesquisa social. (BAUER; GASKELL, 2002, p. 22).

Pesquisa quantitativa versus qualitativa

É comum, quando se fala em pesquisa, associar imagens vinculadas ao cientista e a seu laboratório. A imagem do laboratório expressa uma concepção de ciência conhecida como “tradicional”, cujos pressupostos básicos são a neutralidade, a objetividade, a experimentação e a generalização. Contudo, a pesquisa não pode ser compreendida, exclusivamente, como um conjunto de técnicas utilizadas para o conhecimento da vida, porque é um recurso ligado a diferentes modos de produzir o conhecimento e a história de suas legitimações. Em sua essência, a pesquisa “é uma atividade que fala da vida e das suas múltiplas formas de expressão, inscrevendo-se no nosso cotidiano e não se restringindo às regras e as controladas situações de laboratório”. (TITTONI; JACQUES, 1998, p. 73).

Ao se referir aos modelos de investigação, Thompson (1995) registra que “existe uma tentação de tratar os fenômenos sociais em geral e as formas simbólicas em particular, como se elas fossem objetos naturais, passíveis de vários tipos de análise formal, estatística e objetiva”. (p. 357).

Com relativa frequência se aceita a ruptura entre quantitativo e qualitativo como sendo a separação de técnicas: de controle, de um lado, e de compreensão, de outro. Contudo, Jovchelovitch (2008) nos alerta dizendo que as “questões metodológicas pertinentes à investigação não devem se limitar simplesmente a procedimentos técnicos e nem a questão de

decidir entre aplicar um questionário ou conduzir entrevista em profundidade”. (p. 283). Continua afirmando que “o acesso ao domínio simbolicamente estruturado da pesquisa social demanda procedimentos diferentes dos desenvolvidos nas ciências naturais” (p. 209).

Buscamos também em Bauer e Gaskell (2002) elementos sobre a questão do quantitativo *versus* qualitativo, os quais assinalam:

[...] é incorreto assumir que a pesquisa qualitativa possui o monopólio da interpretação, com o pressuposto paralelo de que a pesquisa quantitativa chega a suas conclusões quase que automaticamente. [...]. O que a discussão sobre pesquisa qualitativa tem conseguido foi desmistificar a sofisticação estatística como único caminho para se conseguir resultados significativos. [...]. No nosso ponto de vista, a grande conquista da discussão sobre métodos qualitativos é que ela, no que se refere à pesquisa e ao treinamento, deslocou a atenção da análise em direção a questões referentes à qualidade e à coleta dos dados. (p. 25).

O enfoque qualitativo defende que é necessário compreender as interpretações que os atores sociais possuem do mundo, pois são estas que motivam o comportamento que cria o próprio mundo social. A discussão sobre a metodologia das ciências sociais procura mostrar que o acesso ao domínio simbolicamente estruturado da pesquisa social demanda procedimentos diferentes dos desenvolvidos nas ciências naturais. (JOVCHELOVITCH, 2000).

Os seres humanos, que interpretam e são interpretados, constituem parte do mundo social, “são parte da história, e não apenas observadores ou espectadores dela; tradições históricas, e a gama complexa de significado e valores que são passados de geração a geração, são em parte constitutivos daquilo que os seres humanos são”. (THOMPSON, 1995, p. 360).

Pelo exposto até aqui na revisão dos autores consultados, é possível formular a seguinte questão: Como ficaria, então, a construção do conhecimento científico num campo onde a referência não é o imaginário do laboratório, mas o campo das ciências sociais? (TITTONI; JACQUES, 1998, p. 73). É o que passaremos a abordar a seguir.

Algumas condições hermenêuticas da investigação sócio-histórica

O campo de investigação que preocupa os cientistas sociais é, simbolicamente determinado e coloca em evidência questões temporais, contextuais e de identidade entre sujeito e objeto do conhecimento que não podem ser simplesmente acomodadas aos procedimentos das ciências naturais. A análise das formas simbólicas pode ser conceitualizada, mais apropriadamente, em termos de um marco referencial metodológico que

Thompson (1995) descreveu como “hermenêutica de profundidade” (HP). Este referencial coloca em evidência o fato de que o objeto de análise é uma construção simbólica significativa, que exige uma interpretação. O processo de compreensão e interpretação deve ser visto, portanto, não como uma dimensão metodológica que exclui radicalmente uma análise formal ou objetiva, mas, antes, como uma dimensão que é, ao mesmo tempo, complementar e indispensável a eles.

Se quisermos apreender o caráter social e histórico dos fenômenos psicossociais e compreender os contextos de sentido em que são produzidos, é necessário adotar uma postura hermenêutica que vai além das imposições profundamente arraigadas e legadas pela tradição comportamentalista. O comportamentalismo, para Jovchelovitch (2008), “restringiu a psicologia ao estudo do comportamento observável, separando das estruturas da ação e campo das experiências simbolicamente construídas”. (p. 283).

No campo simbolicamente determinado, o cientista cultural precisa aprender a falar a língua que interpreta, mas deve, necessariamente, aproximar-se de tal interpretação de uma perspectiva histórica específica. E ao fazer isto não poderá deixar de levar em consideração a totalidade da interpretação que ali já está presente: o pesquisador entra no que poderia se chamar de “círculo hermenêutico”. Isso propiciará as condições para se atingir o consenso entre os participantes dessa relação, o qual será, então, fluido e dinâmico, pois se aceita que é resultado de uma interpretação que evolui e continua a evoluir, contínua e historicamente. Essa orientação consensual que buscará apreender a realidade social constitui, portanto, o “interesse prático das ciências hermenêuticas – cuja finalidade é estabelecer as normas comuns que tornam a atividade social possível”. (BAUER; GASKELL, 2002, p. 32).

A preocupação em restabelecer o entendimento mútuo torna-se uma questão fundamental a ser atingida. Ainda Bauer e Gaskell afirmam que a compreensão hermenêutica apresenta-se como aquela que buscará restaurar os canais rompidos de comunicação. Esse processo se dá em duas dimensões: a primeira, “no elo entre a própria experiência de vida de alguém e a tradição à qual ele pertence”; a segunda, “na esfera da comunicação entre diferentes indivíduos, grupos e tradições”.

Thompson (1995) refere que o estudo das formas simbólicas é fundamental e, inevitavelmente, um problema de compreensão e interpretação. “Formas simbólicas são construções significativas que exigem uma interpretação; elas são ações, falas, textos que, por serem construções significativas, podem ser compreendidas”. (p. 357). Continua o autor referindo que o mundo sócio-histórico não é apenas um campo-objeto que está ali para ser observado:

Ele é também um campo-sujeito que é construído, em parte, por sujeitos que, no curso rotineiro de suas vidas cotidianas, estão constantemente preocupados em compreender a si mesmos e aos outros, e em interpretar as ações, falas e acontecimentos que se dão ao seu redor. (THOMPSON, 1995, p. 358).

Compreender, portanto, segundo o mesmo autor, é algo que nós, como seres humanos, fazemos a toda hora, inevitavelmente, e os procedimentos mais especializados de interpretação empregados pelos analistas sociais consideram como dadas e trabalham sobre as bases preestabelecidas da compreensão cotidiana. Assim, quando os analistas sociais procuram interpretar uma forma simbólica, eles “estão procurando interpretar um objeto que pode ser, ele mesmo, uma interpretação, que pode já ter sido interpretado pelos sujeitos que constroem o campo-objeto, do qual a forma simbólica é parte”. (p. 359). Outro aspecto em razão do qual a hermenêutica mantém sua importância hoje é o fato de que os seres humanos são parte da história, não apenas observadores ou espectadores dela: “tradições históricas, e a gama complexa de significado e valores que são passados de geração a geração são parte constitutiva daquilo que os seres humanos são”. (p. 360).

Portanto, a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais está implicada em todo o processo de conhecimento, que vai desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. Pesquisador e pesquisado se constituem por meio das relações sociais, “que tanto podem ser reprodutoras como podem ser transformadoras das condições sociais onde ambos se inserem; desta forma, conscientes ou não, sempre e pesquisa implica em intervenção, ação de uns sobre os outros”. (LANE, 1994, p. 18).

O conhecimento de senso comum

Outro fator a que o pesquisador deve estar atento em seu trabalho investigativo está relacionado à produção do conhecimento de senso comum. Os seres humanos nascem num mundo que é, ao mesmo tempo, cultural e simbólico; ao nascer na sociedade e na cultura, também nascem no conhecimento de senso comum, que se impõe e envolve a todos, sendo transmitido de geração a geração por meio das instituições, de experiências diárias de comunicação e da memória coletiva. Por isso, as pessoas aprendem tudo o que se refere ao pensamento social, às cerimônias coletivas, à linguagem, etc. É pelo conhecimento de senso comum que vamos conhecendo e aprendendo, consciente e inconscientemente, quais são os tipos de alimentos que podemos ou não comer, o que é considerado bom ou ruim; a entender os significados dos gestos e das palavras, como crenças, mitos, relações interpessoais. “Estes

fenômenos formam um enorme panorama das realidades sociais e ficam impressos em nosso conhecimento de senso comum”. (MARKOVÁ, 2006, p. 191).

Historicamente, o conhecimento popular, as crenças e os mitos do conhecimento de senso comum têm sido tratados, implícita ou explicitamente, como sendo inferiores ao conhecimento científico e associados com falta de racionalidade ou, até mesmo, com irracionalidade. (MOSCOVICI, 2005; JOVCHELOVITCH, 2008). Diferentemente, o conhecimento científico produzido pelas ciências naturais tem sido associado com o poder da razão e da racionalidade. (MARKOVÁ, 2006, p. 194).

Entretanto, Moscovici questiona se essas teorias de senso comum produzidas pelos homens e que circulam no mundo social seriam “menos elaboradas ou menos válidas do que as dos cientistas e peritos”. O próprio autor nos dá a resposta dizendo que “as primeiras são plausíveis e satisfazem o intelecto do mesmo modo que as segundas, embora sob as mesmas palavras não se encontrem as mesmas coisas”. (MOSCOVICI, 2005, p. 16). Ainda argumenta que o conhecimento de senso comum e o conhecimento científico são essencialmente diferentes, mas, ainda assim, tipos complementares de conhecimento porque estão baseados em tipos diferentes de racionalidades, na medida em que cada um se estrutura com base num tipo específico de lógica e em métodos diferentes de pensamento. Portanto, “são irredutíveis entre si, e um não pode substituir o outro.” (MOSCOVICI, 2003, p. 198).

Os produtos do conhecimento de senso comum existem em todas as partes ao nosso redor, no discurso, nas atividades humanas, nos textos, na linguagem, no folclore e na literatura. Esses produtos, que incluem diferentes tipos de conhecimento, são baseados e desenvolvidos segundo uma racionalidade dialógica. “Seu investimento não está no conhecimento de objetos e de fenômenos isolados, mas sim de objetos e fenômenos que se relacionam entre si”. (MARKOVÁ, 2006, p. 200-201).

Relações dialógicas entre saberes pressupõem o reconhecimento da diversidade e a rejeição efetiva da representação hierárquica do conhecimento. Certamente, existem muitos obstáculos no caminho das relações dialógicas entre saberes, mas Jovchelovitch (2008) enfatiza que não devem impedir esforços teóricos e empíricos em direção ao diálogo. “O estudo da diversidade e da comunicação entre saberes convoca-nos à comunicação de uma psicologia social da esperança, comprometida com a construção de futuros”. (p. 295-296).

O reconhecimento da diversidade e da legitimidade de diferentes tipos de saber não conduz à aceitação incondicional de todos os saberes. É necessário aceitar que o erro e a ilusão são parte integral da realidade humana e uma possibilidade inerente a todas as formas

de saber. É indispensável, portanto, que haja a capacidade humana para a crítica, para corrigir erros, para aprender com a experiência de outros. (JOVCHELOVITCH, 2008, p. 298).

Embora de forma sucinta, acreditamos que os pressupostos expostos contemplam e justificam sua importância para a pesquisa realizada junto aos médicos cooperativados da Unimed. A seguir, relatamos o caminho percorrido para que pudéssemos alcançar os objetivos propostos para esta investigação.

2.2 Procedimentos metodológicos

Esta segunda parte do capítulo da metodologia, que trata dos procedimentos metodológicos, foi organizada contendo os seguintes passos: primeiramente, apresentamos o problema da pesquisa com as questões norteadoras que nos serviram de orientação na condução das entrevistas; em seguida, relatamos o caminho percorrido desde a permissão da Unimed/RS - Federação para a realização da pesquisa até o contato com os presidentes das Unimed onde a mesma foi desenvolvida; após, detalhamos a forma como foram identificados os participantes da pesquisa e todo o trajeto até a realização e transcrição das entrevistas. O plano de análise e o processo de construção do quadro final que identifica o conjunto das complexas relações que hoje se estabelecem na Unimed entre todos os atores sociais nela envolvidos constituem a última etapa do percurso dos procedimentos metodológicos.

2.2.1 Situando novamente o problema de pesquisa

É possível que uma cooperativa, cujos valores fundamentais são a auto-ajuda, a responsabilidade, a democracia, a igualdade, a equidade e a solidariedade, possa se estruturar dentro de uma profissão que tradicionalmente enfatiza o seu trabalho como liberal, constituído até certo ponto pelo individualismo competitivo presente entre os iguais e aceito como sendo o guia de suas ações na prática? Como compreender essa aparente ambivalência? Estaria se constituindo um paradigma mais cooperativo e solidário dentro das novas relações sociais de trabalho, promovido justamente por profissionais que tradicionalmente se reconhecem como profissionais liberais, cujas relações se caracterizam como individualistas e competitivas? Os novos desafios de trabalho que estão sendo estabelecidos pela globalização estariam criando as condições para que esses profissionais se voltem aos aspectos mais sociais mais

cooperativos? Esta investigação estaria na eminência de revelar uma possível experiência de mediação entre as cosmovisões do “liberalismo individualista” e do “totalitarismo coletivista”?

Diante do exposto, queremos compreender então: De que forma o médico cooperativado constrói sua subjetividade a partir da prática de sua profissão, entendida socialmente como eminentemente liberal, e seu engajamento como participante de uma cooperativa cujos ideais associativos demandam uma participação solidária?

Para buscar as informações que pudessem dar conta do problema proposto, as seguintes questões norteadoras serviram-nos de orientação nas entrevistas realizadas: *Como o cooperativado define a Unimed? Como foi o seu ingresso e quais as exigências? Em que sentido a Unimed é importante para o cooperativado? Como se dá a participação do cooperativado? Quanto ao futuro, quais são as perspectivas?*

E foi assim que tudo começou...

Por se tratar de uma pesquisa na qual haveria o envolvimento e a participação de instituições e de pessoas, foi necessário, antes de iniciá-la, percorrer dois caminhos: o primeiro foi em direção à Unimed/RS - Federação das Cooperativas Médicas do Rio Grande do Sul Ltda., com sede em Porto Alegre, à qual encaminhamos uma cópia do projeto da pesquisa, acompanhado de uma carta de apresentação assinada pelo professor orientador e pelo professor co-orientador (Apêndice 1). A carta, além de apresentar o pesquisador, também solicitava, por parte da Unimed/RS - Federação, a apreciação do projeto e a autorização para a realização da pesquisa com médicos cooperativados. Foi então agendada uma reunião na Unimed/RS – Federação, à qual estiveram presentes, além do pesquisador, o professor Sérgio Lara e o diretor de Desenvolvimento Humano, Dr. Renato Lehnen. Nessa reunião pudemos expor sobre o projeto da pesquisa e os objetivos que pretendíamos alcançar. Após alguns dias, recebemos uma correspondência (Apêndice 2) informando que o projeto fora aceito e a pesquisa, liberada.

De posse do documento da Unimed/RS - Federação que autorizava a realização da pesquisa, encaminhamos o projeto, juntamente com o documento da Unimed/RS – Federação, para o Comitê de Ética da Universidade, que, após análise quanto aos aspectos éticos, emitiu parecer favorável para a sua realização (Apêndice 3).

Confirmando o projeto de pesquisa...

O fato de o projeto ter sido liberado, primeiramente, pela Unimed/RS – Federação e, só posteriormente, pelo Comitê de Ética da Universidade não significava que estávamos liberados para iniciar a pesquisa de campo. Outra etapa deveria ser superada antes que pudéssemos sair a campo e realizar as entrevistas com os médicos cooperativados. Para que isso fosse possível, havia a necessidade de defendermos o projeto, ou melhor, de qualificarmos o projeto mediante a avaliação de uma banca de professores.

Para isso foi necessário, além do projeto aprovado, construir uma argumentação teórica – Ensaio Temático –, juntamente com uma análise de dados empíricos coletados por meio de entrevistas com médicos sócios da Unimed. Este estudo preliminar por meio da realização de entrevistas, denominado de estudo piloto, foi importante por nos permitir avaliar o projeto quanto ao referencial teórico e quanto a se o problema, os objetivos e as questões norteadoras dariam conta de produzir os dados e informações necessários para a compreensão e análise do estávamos nos propondo estudar. Para isso fizemos contato pessoal com cinco médicos cooperativados e realizamos as entrevistas, que foram transcritas e analisadas.

Esta etapa foi importante porque tanto as informações coletadas empiricamente quanto os pressupostos teóricos que dariam sustentação ao estudo foram analisados, discutidos e questionados. Nesse processo, observamos é que, embora os dados ainda fossem incipientes, já demonstravam a potencialidade do estudo proposto. Pelas informações coletadas das falas dos cinco médicos cooperativados que se dispuseram a falar sobre suas experiências como associados na Unimed, entendemos que era possível a realização da pesquisa para obter as respostas às questões formuladas. Ao mesmo tempo, as informações trazidas pelos entrevistados nos deram importantes “pistas” do complexo fenômeno que estávamos nos propondo a investigar, analisar e compreender.

Em busca dos participantes...

Aprovado o projeto pela Banca Examinadora, a etapa seguinte foi a definição onde seria realizada a pesquisa – local, região –, do número de cooperativas que participariam, do número de entrevistas a serem realizadas, de quem seriam os participantes, da forma de como seriam escolhidos.

Por ser uma pesquisa de cunho qualitativo e ser realizada por apenas um pesquisador, sabíamos que deveria ser organizada de forma a não sofrer nenhum contratempo no seu desenvolvimento. Então, juntamente com o orientador e o co-orientador, concluímos que o

caminho melhor e mais seguro seria estabelecermos novamente contato com a Unimed/RS – Federação para que, de forma conjunta, pudéssemos discutir os passos seguintes. Para isso foi enviada correspondência à Unimed/RS – Federação (Apêndice 4) comunicando que o projeto de pesquisa havia sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade. Então, nova reunião entre o pesquisador e representantes da Unimed/RS – Federação foi agendada.

Tendo em vista residirmos em Passo Fundo, município localizado ao norte do estado do Rio Grande do Sul, a sugestão dos dirigentes da Unimed/RS – Federação foi que poderíamos realizar a pesquisa junto a três cooperativas localizadas nos municípios próximos de Passo Fundo, sendo elas: Cooperativa Unimed Planalto Médio (Passo Fundo), Cooperativa Região da Produção (Carazinho) e Cooperativa Unimed Erechim (Erechim). Ficou acertado que a direção entraria em contato com os presidentes dessas Unimed. Assim, no caso de aceitarem a realização da pesquisa, a Unimed/RS – Federação enviaria correspondência (Apêndice 5) a eles oficializando a pesquisa a ser realizada com os médicos que, após serem consultados, aceitassem participar.

Os três presidentes concordaram em nos receber para que pudéssemos lhes explicar a pesquisa a ser realizada junto aos seus cooperativados. Essa situação nos levou novamente a ponderar junto ao professor orientador sobre a viabilidade de a pesquisa abranger as três cooperativas indicadas pela Unimed/RS – Federação. Em conclusão, entendemos que seria importante para a investigação entrevistar cooperativados das três por ampliar a abrangência dos participantes, processo que se desenvolveu no segundo semestre de 2006.

Com a definição de que a pesquisa seria realizada nas três cooperativas, estabelecemos contato com os seus presidentes, agendando um horário para apresentar-lhes e esclarecer-lhes os objetivos e outros aspectos relacionados ao estudo (Apêndice 6). Nos contatos realizados os presidentes demonstraram interesse, assim como se dispuseram nos disponibilizar todas as informações necessárias para a realização do estudo. Todos se mostraram interessados em acompanhar o estudo proposto, pois referiram que pesquisas com o enfoque da Psicologia Social ainda não haviam sido realizadas nas cooperativas em que estavam atuando. Então, indagaram-nos sobre se todos os médicos participariam da pesquisa, se seria por área profissional/especialidade, que instrumento seria aplicado aos participantes. Foi-lhes esclarecido que a coleta dos dados seria feita por meio de entrevista, razão por que somente alguns profissionais seriam convidados a participar; que a pesquisa não se daria por área de especialidade dos médicos e que a escolha seria realizada por sorteio, para se evitar qualquer possibilidade de sermos influenciados na escolha dos participantes. Assim, os presidentes comprometeram-se a enviar correspondência a todos os sócios da cooperativa para informá-

los da realização da pesquisa, pois esta informação seria importante mais tarde, quando entrássemos em contato com eles, visto que já saberiam do que se tratava, o que facilitaria muito o trabalho de contato com os participantes e a coleta dos dados.

Ficou também acertado com os presidentes das cooperativas que eles nos forneceriam a lista de todos os sócios, inclusive dos cooperados dos outros municípios, contendo os seguintes dados: nome do cooperado, a data de ingresso, especialidade, telefone para contato e endereço profissional. Após os esclarecimentos necessários, informamos a estes dirigentes que, independentemente do número de participantes, mas, na condição de presidentes, eles também seriam entrevistados e que as informações fornecidas se somariam ao conjunto das demais entrevistas, não sendo identificados, assim como os demais participantes.

O contato com os cooperativados

O contato com os médicos foi sendo estabelecido com o cuidado necessário para que todas as etapas do processo pudessem ser vencidas sem causar qualquer situação constrangedora ou que ferisse a ética relacionadas à instituição ou aos participantes.

Além das listagens dos médicos cooperativados fornecidas pelos presidentes de cada Unimed, também procuramos obter maiores informações sobre essas cooperativas, como podemos ver no Quadro 2, tais como ano de fundação, área de abrangência (municípios), número de cooperativados e número de usuários do Plano de Saúde .

Quadro 2: Perfil das cooperativas selecionadas para o estudo

	Ano de fundação	Abrangência	Nº de associados	Nº de usuários
Unimed Erechim	1971	35 municípios	216	45.000
Unimed Planalto Médio	1972	43 municípios	616	27.132
Unimed Região da Produção	1994	10 municípios	85	10.000

Fonte: Informações coletadas durante a pesquisa

A escolha dos participantes

No Quadro 2 podemos observar alguns dados que caracterizam o perfil de cada Unimed participante da pesquisa. Tendo em vista a dificuldade enfrentada para realizar contato com os médicos de todos os municípios em razão da distância e dos horários, optamos por realizar a pesquisa somente com os médicos cooperativados que realizam suas atividades nas cidades onde a Unimed tem sua sede administrativa, ou seja, Passo Fundo, Carazinho e Erechim.

Definida a delimitação geográfica de abrangência da pesquisa, a tarefa seguinte foi realizar o processo de escolha dos cooperados que participariam, segundo os critérios estabelecidos anteriormente. Para participar da pesquisa a exigência era que fossem sócios da Unimed e que entre esses estivessem sócios desde os mais antigos até os que recém ingressaram na cooperativa. A idéia de se constituir um grupo de participantes com experiências e vivências diferentes de cooperativa deveu-se ao entendimento de que poderíamos produzir conceitos, experiências e expectativas diferentes sobre essa vivência.

A escolha dessa variável nos pareceu ser adequada para a investigação proposta, embora outras possibilidades tivessem sido pensadas quando da elaboração do projeto, tais como investigar a partir das especialidades médicas, pois cada uma possui suas peculiaridades, sua identidade, exigências, um perfil de usuários, etc.; organizar os participantes por tamanho de cooperativa, cooperativas grandes *versus* cooperativas médias *versus* cooperativas pequenas; ou, então, formar grupos de participantes tendo, de um lado, dirigentes e, de outro, simples cooperados. Entendemos que essas idéias e propostas eram importantes, mas difíceis de serem cumpridas nesta investigação, talvez podendo se constituir em desdobramentos desta em futuras pesquisas, como processo de aprofundamento nesta linha de investigação.

Nesta pesquisa, a centralidade foi buscar elementos associados à percepção dos médicos cooperativados quanto a sua participação na cooperativa e se na experiência que estão produzindo é possível identificar ambivalências/contradições, assim como identificar a presença das cosmovisões analisadas na fundamentação teórica.

Como já referido, os participantes seriam escolhidos entre os mais antigos e os mais novos, independentemente de sexo, de especialidade profissional, ou de estar ou ter exercido algum cargo administrativo.

Na relação que recebemos dos presidentes constava o nome de todos os médicos sócios, independentemente do município de sua residência e/ou do local de sua atuação profissional, pois um médico cooperativado pode residir num município e trabalhar noutro, ou ser sócio em duas Unimed e trabalhar em ambas. Solicitamos, então, que cada Unimed organizasse a listagem com todos os nomes, tendo como referência a data de ingresso do médico na cooperativa, iniciando a lista com o nome do cooperativado mais antigo e terminando com o do mais novo. Recebida esta listagem, iniciamos uma nova fase: a da escolha dos possíveis participantes.

Definindo o grupo de participantes

A etapa seguinte constituiu-se da definição do número de participantes e da sua escolha, pois pela definição do número de participantes seria possível organizar a sua escolha. Como proposta inicial, pensamos em escolher 11 participantes de cada Unimed, totalizando um número de aproximadamente 33, o qual, um pouco mais ou um pouco menos, entendíamos que seria representativo e possível de ser trabalhado.

A partir da definição do número de participantes, procedemos à identificação dos onze de cada Unimed, optando pelo critério da escolha aleatória, contemplando desde o cooperativado mais antigo até o mais novo. Para isso foi necessário identificar quantos cooperativados havia na lista de cada Unimed; assim, foi possível estabelecer o espaçamento que deveria existir entre o primeiro nome em relação ao segundo, do segundo em relação ao terceiro, e assim sucessivamente, até o último nome da lista. Desta forma, formaríamos três listas contendo onze nomes em cada uma, correspondendo às três cooperativas. Exemplo, se numa lista houvesse cem cooperativados, o espaçamento entre um nome e outro seria de dez nomes: o primeiro seria o número um; o segundo, o número dez; o terceiro, o número vinte, até chegarmos ao último nome.

Nas listas fornecidas pelas cooperativas Unimed todos os nomes eram numerados o que indicava a posição do cooperativado em relação aos demais: o número 1 na frente do primeiro nome, o número 2 na frente do segundo nome, e assim por diante, até o último nome. No momento do sorteio de cada nome, tanto o nome quanto o número eram marcados com caneta marcatexto na própria lista, ao mesmo tempo em que eram registrados em planilhas separadas, uma para Passo Fundo, uma para Carazinho e uma para Erechim (exemplo Quadro 3). Na planilha eram registrados: na primeira coluna, o número do participante escolhido; na segunda coluna, o nome e, ao lado, o número do cooperado, que correspondia a sua localização na lista geral; na terceira coluna, a data de ingresso; na quarta coluna, a especialidade médica; na quinta coluna, o endereço do local de trabalho; na sexta coluna, o número do telefone comercial; na sétima coluna, a data do contato que o pesquisador fizera com o participante; a sétima coluna destinava-se ao registro da data e horário em que seria realizada a entrevista, assim como do nome da pessoa com quem havíamos estabelecido contato. Os nomes e dados referidos no Quadro 3 são fictícios.

Quadro 3: Planilha dos nomes dos participantes escolhidos aleatoriamente com base as listas fornecidas pelas Cooperativas Unimed

Nº	Participante nº na lista geral	Data de ingresso	Especialidade médica	Endereço do local de trabalho	Telefone comercial	Data do contato	Entrevista: data/hora/ local. observação
01	João da Silva (20)	16/10/71	Fisiatria	Praça das Flores	0000-000	21/01/07	25/01/07
02	Maria da Silva (58)	28/04/08	Pediatria	Praça das Rosas	000-000	22/01/08	Em viagem

Após esta etapa da escolha dos participantes (Quadro 3), iniciamos o contato com cada profissional por telefone. Geralmente, o primeiro contato se estabelecia com a secretária do médico, pois os telefones indicados nas listas eram dos consultórios. Ao sermos atendidos, nos identificávamos e, em seguida, informávamos que se tratava de uma pesquisa envolvendo médicos cooperativados da Unimed e que necessitávamos estabelecer contato com o médico para expor o trabalho e formular-lhe um convite para que participasse. Às vezes o contato com o médico era imediato; outras vezes, em razão de estar em consulta ou não se encontrar no local, combinávamos outro horário para contato.

Nesse primeiro contato com o cooperativado nos apresentávamos e objetivamente expúnhamos a proposta da pesquisa, formulando o convite para sua participação. As dúvidas eram esclarecidas por telefone e com os que aceitavam participar agendávamos dia, horário e local para a entrevista. Contudo, houve também dificuldades, tais como: o cooperado não aceitava participar, ou a secretária informava que ele não se encontrava naquele momento por estar viajando, estar em gozo de férias ou por não trabalhar em uma das três cidades onde seria realizada a pesquisa; ao tentarmos contato, ninguém atendia ao telefone. Nestes casos, tentávamos novamente em outro dia e horário; caso se repetisse a chamada e ninguém atendesse, substituíamos o nome por outro. Em outra situação em que era realizado o contato com a secretária e o cooperado não se encontrava no momento, remarcávamos o contato para outro dia e horário; então, se novamente não conseguíssemos contato com o cooperado, desistíamos e buscávamos outro nome na lista. Na substituição de um nome não confirmado por outro, mantínhamos o mesmo critério anteriormente definido.

Na medida em que um nome não era confirmado, pelos motivos citados localizávamos este nome na lista e o nome do imediatamente anterior ao não confirmado e fazíamos contato com este; se também este não fosse confirmado, buscávamos o nome imediatamente posterior ao primeiro nome não confirmado, e assim sucessivamente, até encontrar um cooperado que aceitasse participar da pesquisa. Desse modo, mantínhamos o critério de sorteio e também garantíamos o equilíbrio dos participantes entre os mais antigos e os mais novos. O Quadro 4 apresenta exemplo do processo de escolha dos participantes, com nomes fictícios.

Quadro 4: Exemplo de localização de um participante substituto no caso de alguém não confirmado

Nº	Nome do cooperado	Data de ingresso	Outro Município
32		
33		
34	Antonio da Silva (2ª indicação, não confirmado)	xxxx	xxxxx
35	João da Silva (1ª indicação, não confirmado)	xxxx	
36	Maria da Silva (3ª indicação, confirmada)	xxxx	
37		
....			

A escolha dos participantes ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2006. Após essa definição iniciamos os contatos. O Quadro 5 traz a síntese do processo de contatos com os participantes sorteados. Foram realizados 114 contatos, dos quais 33 profissionais médicos aceitaram participar; quanto aos que não participaram, os motivos já foram explicitados. Das 33 entrevistas, três foram excluídas do estudo por terem sido danificadas durante o processo de gravação, visto que o aparelho apresentou defeito e as falas ficaram inaudíveis, não sendo possível sua transcrição. Assim, do total de 33 entrevistas realizadas, somente 30 foram transcritas e analisadas. O número final ficou, então, assim constituído: Carazinho com 9 participantes, Erechim com 10 participantes e Passo Fundo com 11 participantes. Contudo, no grupo de Passo Fundo foram incluídas mais cinco entrevistas, que correspondem aos cinco participantes do estudo piloto do projeto.

Quadro 5: Síntese dos contatos realizados que definiu o número de entrevistas que foram realizadas

Unimed	Total de participantes sorteados	Total de participantes não confirmados	Total de participantes confirmados para a entrevista	Total de entrevistas não utilizadas por problemas na gravação	Total de entrevistas utilizadas na análise	Total de entrevistas realizadas no Plano Piloto	Total de entrevistas utilizadas na análise dos dados
Passo Fundo	46	34	12	02	10	05	15
Erechim	45	33	12	01	11	--	11
Carazinho	25	16	09	--	09	--	09
Total	116	83	34	03	30	05	35

Informações sobre os participantes

Participante	Homem	Mulher	Tempo de Cooperativado	Área de Trabalho
E1	X		29	Clinica Geral / Gastroenterologista
E2	X		4	Neurologista
E3	X		10	Cirurgia Geral / Urologia
E4	X		16	Clinica Geral / Cirurgia Geral
E5		X	32	Dermatologista
E6	X		34	Ortopedia/Traumato/ Med. Trab.
E7	X		3	Ginecologia e Obstetrícia
E8	X		12	Pediatria
E9		X	2	Anestesiologista
E10	X		03	Reumatologia
E11	X		25	Urologia
E12	X		1	Cardiologia
E13	X		34	Oftalmologia
E14	X		12	Pediatria / Auditor Unimed
E15		X	12	Pediatria
E16	X		12	Neurologia / Neurocirurgia
E17	X		12	Ortopedia e Traumatologia
E18	X		16	Ortopedia e Traumatologia
E19		X	12	Ginecologia
E20	X		0.2m	Cardiologia
E21	X		13	Ortopedia/Trauma/Cir. Quadril
E22	X		0.8m	Infectologia
E23	X		3	Anestesiologia
E24	X		1	Oftalmologia
E25	X		12	Oftalmologia / Med. Trab.
E26	X		34	Otorrinolaringologia/Oftalmologia
E27	X		13	Medicina Geral / Oncologia Clínica
E28		X	8	Anestesiologia
E29	X		34	Ortopedia/Trauma/Cirurgia do Pé
E30	X		4	Ginecologia e Obstetrícia
E31	X		12	Urologia
E32	X		34	Ortopedia/Traumato/ Med. Trab.
E33	X		23	Pediatria
E34		X	11	Ginecologia e Obstetrícia
E35	X		26	Reumatologia
Total	29	6		

Entrevistando os participantes

Superada a etapa de escolha dos participantes, organizamos uma planilha definindo datas e horários para as entrevistas, que foram realizadas pelo próprio pesquisador, entre os meses de dezembro de 2006 a março de 2007.

Ao chegar ao lugar previamente combinado, éramos conduzidos até a sala do médico cooperativado, onde expúnhamos os objetivos da pesquisa e líamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 7). Feitos todos os esclarecimentos, solicitávamos permissão para gravar a entrevista e a assinatura do termo pelo médico. Concluídas as formalidades, iniciávamos a entrevista, que seguia o roteiro das questões norteadoras. A entrevista desenvolvia-se seguindo, na medida do possível, o ritmo do discurso

do entrevistado; as intervenções de nossa parte, principalmente no início, tinham por objetivo ajudá-lo a clarificar e aprofundar sua fala. Também fazíamos perguntas sobre fatos, sentimentos ou opiniões sobre problemas que nos interessavam, esforçando-nos para não interromper o discurso espontâneo. As entrevistas tiveram um tempo médio de duração de uma hora.

Um aspecto que nos chamou atenção foi que todas as entrevistas foram agendadas e realizadas durante o horário de trabalho do médico cooperativado, bem como os locais das entrevistas foram consultórios particulares, hospitais, ambulatórios da Unimed, clínicas particulares e na sede da Unimed. Em todos os casos, os cooperados abriram uma “janela” no horário de trabalho para nos atender não limitando o tempo de duração da entrevista e mostrando-se disponíveis durante o tempo necessário para a realização integral da mesma. Todos manifestaram interesse na pesquisa.

Após a realização das entrevistas, suas falas foram transcritas, o que resultou num documento (Apêndice 8, volume em separado). Com este documento construímos o caminho das análises, que passaram por várias configurações, conforme será analisado no próximo capítulo.

Plano de análise: construindo e apresentando os dados

A organização dos dados empíricos, juntamente com os dados dos documentos institucionais, de acordo com a proposta analítica, proporcionou-nos a construção de um plano de análise com base em diferentes perspectivas relacionadas à compreensão do objeto em estudo.

Sempre é importante reafirmar que na pesquisa social estamos interessados na maneira como as pessoas espontaneamente se expressam e falam sobre o que é importante para elas e como pensam sobre suas ações e as dos outros. Conforme Pagès et al. (1987), “o discurso informa *ao mesmo tempo* sobre uma realidade ‘objetiva’ exterior e transcendente aos indivíduos e sobre seu universo mental”. (p. 198).

O plano da análise do conteúdo das entrevistas, portanto, constituiu-se num processo que nos permitiu passar dos primeiros esboços teóricos, ainda muito vagos, para uma elaboração teórica mais profunda. Esta etapa se constituiu da maneira como descrevemos em seqüência.

Concluídas as entrevistas, a primeira tarefa foi a sua transcrição, quando, então, realizávamos uma exaustiva e repetida leitura do texto. Esse exercício, também conhecido como “leitura flutuante”, permitiu-nos apreender as estruturas de relevância dos médicos

cooperados, suas idéias centrais, que nos revelaram os aspectos chaves de sua existência sobre o tema em foco. Os passos desta etapa foram realizados na seguinte seqüência: *sublinhar* as passagens significativas (indicadores potenciais do tema); *dividir* o texto em “unidades intencionais de discurso” centradas sobre um tema dominante; *classificar* as unidades de acordo com seu tema dominante, readequando o mapeamento que estava sendo proposto a cada nova proposta de esquema; *identificar* as relações com todos os temas e subtemas.

Essa atividade nos ajudou a identificar, aos poucos, as categorias empíricas e nos permitiu confrontá-las com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como eixos da investigação, buscando as relações dialéticas, no nosso caso, as possíveis ambivalências/contradições e as três grandes cosmovisões do liberalismo individualista, do coletivismo totalitário e do comunitarismo solidário.

A primeira classificação dos dados em forma de lista de palavras e frases foi sendo elaborada de forma aberta, ou seja, cada tópico era destacado sem a preocupação de se obterem conclusões, como podemos observar no exemplo abaixo; as listas de palavras e frases eram extraídas de cada uma das 35 entrevistas realizadas individualmente. À primeira vista, a impressão é de ser uma lista desconexa e sem sentido, contudo esse foi apenas o processo inicial, com o qual estabelecemos uma aproximação com o texto objeto de análise.

Nesta primeira listagem, nossa preocupação não era buscar as sínteses; ao contrário, o objetivo era identificar nas palavras e frases os aspectos amplos que dariam as “pistas” dos sentidos ainda ocultos presentes em cada palavra, em cada frase dos relatos das entrevistas. Apresentamos abaixo as listas de palavras e frases que foram sublinhadas e destacadas nos textos transcritos das entrevistas E1, E6, E17, E19 e E21, salientando que são apenas um exemplo do que foi realizado nas 35 entrevistas.

Listagem das categorias descritivas com base nas sínteses das entrevistas (um primeiro olhar)

Entrevista 1 (E1)

Unimed – conceito
 O contexto: o olhar do cooperado
 Curso de ingresso
 Perfil do cooperado
 Relação: médico x Unimed
 Relação: paciente x cooperado
 Participação
 Ingresso: cota parte / restrições / pagar a marca Unimed

Entrevista 6 (E2)

História
 Paciente e tecnologias modernas
 Desperdício
 Planos privados de saúde
 Profissional liberal / controle
 Cooperativismo como solução
 Era do conhecimento / novos paradigmas
 A mudança
 Unimed como segurança
 O poder do usuário: a informação
 Unimed: a marca
 Unimed: uma secretária? Intermediária?
 Cursos
 Participação
 Unimed e o Futuro: mudança de paradigma
 Ingresso

Entrevista 17 (E17)

Unimed
 Ambigüidade / paradoxo
 O cooperado: a dificuldade: remuneração / custo da medicina / pressão do paciente / consciência do profissional / encarar a cooperativa como empresa sua...
 Educação cooperativa / falhas
 Participação / contexto / educação cooperativa
 Contradições: medicina privada *versus* cooperativa / consciência de uma cooperativa que é de todos
 Ingresso / estratégias de ingresso
 Cursos
 Interesse pela cooperativa / só mais um convênio? De cima para baixo / crescer juntos / estratégia de gestão / necessidade de o médico abrir-se para muitos convênios em função do número reduzido de usuários na Unimed / política de inserção e expansão / ANS / educação para além do associado / novos paradigmas / mudando a imagem / médico pára-choque da medicina / SUS o melhor convênio / processo / centralização do poder /
 Gestão / mudança
 Participação / uma questão pessoal / centralização

Entrevista 19 (E19)

Unimed: participação / entre ser liberal e ser cooperado
 Unimed: expectativas
 Unimed: ninguém vive da cooperativa
 Unimed e o cooperado: relação liberal
 Unimed: uma empresa, um convênio
 Ingresso
 Curso
 Participação / direção

Entrevista 21 (E21)

Unimed: a concorrência

Unimed: os percalços

Unimed: o médico e os pacientes

Unimed: um sucesso?

Participação / convênio

Participação: como na política / continuísmo / os funcionários

Cooperado: autoflagelo / efeito rebote

Tudo virou convênio

Gestão: planejamento estratégico

O sistema, ou superestrutura

Apostando que fique bom.

Ingresso

Cursos

Poder do médico

O médico e a burocracia

O novo e o antigo / um dos problemas do sistema cooperativo

O espírito da cooperativa / a cooperativa não pode interferir no trabalho médico

O ciclo inevitável das cooperativas

Estar ligado a uma cooperativa é estar morto

Com as 35 entrevistas em mãos, tivemos uma relativa certeza de ter esgotado o universo significativo do que os médicos cooperativados pensam da Unimed. Então, iniciamos o processo de mapeamento dos possíveis consensos. No Quadro 6 já é possível encontrar indicativos dos grandes conjuntos de temas que nos guiarão na construção da compreensão dinâmica dessa experiência vivenciada pelos médicos cooperativados da Unimed.

Quadro 6: Agrupando as temáticas com base nas sínteses das entrevistas

<p>A Unimed: Plano de Saúde / credenciamento / tudo virou convênio Mudança de rumo, novos paradigmas Os ideais dos fundadores E o futuro E as políticas públicas Precisa ser competitiva Como reguladora dos valores pagos aos médicos A galinha dos ovos de ouro No fundo do poço</p> <p>O ingresso Livre Restrito Entre o velho e o novo</p> <p>Cooperativado e Cooperativa Participação Omissão Continuismo Assembléias Expectativas Entre o consultório e a Unimed Procedimentos / controle</p> <p>A educação cooperativa Cursos de ingresso Treinamentos Formação acadêmica Valorização da formação pessoal</p> <p>Médico e usuário Transformando o usuário em paciente particular Entre o número de exames e o processo judicial Restringindo o número de consultas</p>	<p>O médico Perfil do profissional O poder do médico O médico mal intencionado O profissional liberal Sócio / dono / credenciado...</p> <p>A história Como eram bons aqueles tempos... Os ideais dos fundadores Experiência coletiva O espírito da cooperativa Altruísmo / idealismo Solidariedade</p> <p>O contexto Medicina privada O ciclo inevitável (nascimento e morte das cooperativas)</p> <p>A gestão A tênue linha divisória entre controle e interferência da cooperativa nos procedimentos médicos</p> <p>Políticas públicas de saúde O SUS A Unimed e a Agência Nacional de Saúde (ANS) Negociando com prestadores O médico na relação com gestores municipais</p>
--	--

Durante o processo de leitura e escuta das entrevistas e da organização dos dados para análise, fomos percebendo que a estrutura das falas continha elementos indicativos da presença de um conteúdo *ambivalente*. Como exemplo temos a seguinte afirmação de um cooperativado: “*ele [o médico] é um sócio, um dono, mas na cabeça dele ele é credenciado*” (E1). Isso, provavelmente, tem o seguinte significado: a incompatibilidade de o mesmo cooperativado vivenciar a experiência e o sentimento de ser dono e, ao mesmo tempo, assumir a condição de ser credenciado em relação à Unimed.

Em muitos dos discursos foi-nos possível perceber essas nuances contraditórias. O discurso parece se constituir a partir de um desdobramento formado pelas contradições articuladas umas às outras. É importante, nesse caso, verificar o contexto da fala e optar pelo sentido mais enfático. Com base nas informações coletadas, iniciamos a construção de mapas

e configurações gráficas a fim de que pudessem revelar o que ainda estava implícito. É o conteúdo do próximo tópico.

Mapeando possíveis significados

O primeiro passo foi procurar interpretar os sentidos das palavras e frases proferidas pelos cooperativados, buscar no explícito o implícito, na mensagem aparentemente sem sentido o sentido que se esconde por detrás do aparente. Nesse exercício surgiu uma primeira figura de como poderíamos visualizar a Unimed com base nos três grandes referenciais teóricos que esboçamos na parte teórica. Vejamos como poderia ser tal mapeamento.



Figura 1: Dinâmica da cooperativa Unimed, representada pelas três grandes cosmovisões

Entendemos que a Figura 1, de uma forma incipiente, pode representar a dinâmica vivenciada pelos cooperativados da Unimed, interpretada por nós com base nas suas falas. A figura se constitui de duas grandes áreas: uma representa o liberalismo individualista e outra, o totalitarismo coletivista. Essas duas áreas, ao se interpenetrarem, estariam formando uma nova área, representada pelo comunitarismo solidário. Nessa área nebulosa entre as duas grandes cosmovisões é que imaginamos situar a cooperativa Unimed. Seria, assim, possível identificar nela as três cosmovisões? Sendo a Unimed um espaço de relações, seria possível identificar as práticas que revelam nela o individualismo, o centralismo, a competição? Por outro lado, seria possível ali também identificar práticas solidárias e de cooperação?

Entretanto a Figura 1, não explica tudo o que brotou das entrevistas. Foi necessário entrar nela e desvendar os seus segredos. Assim, outra realidade foi se mostrando de acordo com um conceito contido em praticamente todas as falas: a realidade do consultório, onde é construída a identidade do médico como um profissional liberal. O consultório é o espaço de legitimação dessa prática, espaço privado onde se produz trabalho médico; é o espaço da intimidade das consultas, dos exames e dos procedimentos, onde, como os próprios cooperativados revelam, nem a cooperativa pode interferir.

Já temos alguns elementos que nos auxiliam a compreender esse fenômeno social chamado Unimed, mas outros mais se mostraram presentes. Além da Unimed e do consultório, a figura abaixo representa uma possível distribuição de espaços, não necessariamente físicos, mas espaços que contêm neles mesmos um significado e uma interpretação.

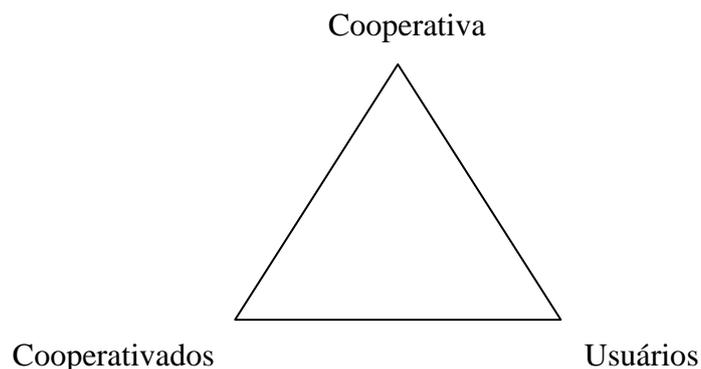


Figura 2: Relação entre a cooperativa, cooperativados e usuários

A figura da pirâmide representa com bastante fidedignidade a representação que sobressai nas falas dos cooperativados, nas quais observamos uma estreita relação entre a cooperativa, os cooperativados e os usuários. Os cooperativados expressam uma ambivalência em relação à cooperativa no sentido como é vista, percebida e vivenciada, ou seja, para alguns é uma cooperativa, por isso se assumem como sócios e donos; para outros, ao contrário, não passa de um plano de saúde, caso em que se assumem como credenciados. Aliás, a própria cooperativa, representada pela direção, pode assumir-se como uma cooperativa ou como um plano de saúde. Dependendo da forma como o cooperado estabelece sua relação com a cooperativa, pode assumir-se como sócio e dono, ou assumir o papel de credenciado como se fosse um plano de saúde privado.

Nesse possível conflito entre o cooperativado e a cooperativa entra em cena o usuário, que também poderá se colocar diante da Unimed de duas maneiras: na primeira, assumir a Unimed como uma cooperativa; na segunda, assumi-la apenas como um plano de saúde. Se assume a Unimed como uma cooperativa, possivelmente, cuidará para que ela possa crescer sempre mais, só utilizando seus serviços quando realmente for necessário; assim, todos poderão ser beneficiados, pois compreendem o significado de cooperação. Ao contrário, se ele assume a Unimed como sendo mais um plano de saúde, procurará tirar o máximo de proveito dela, solicitando exames e procedimentos nem sempre necessários, apenas porque quer aproveitar o plano de saúde. Nessa relação ambivalente do cooperativado e do usuário em relação à cooperativa, os dois podem se unir contra a entidade, buscando ganhos imediatos.

À medida que vamos, aos poucos, nos aprofundando no nosso campo de investigação, novos elementos se articulam. Com base na primeira figura, que descreve a Unimed assumindo a possibilidade de revelar-se a si mesma por meio das três grandes cosmovisões, passamos pela figura do triângulo, cujas pontas representam três espaços onde se constituem relações e práticas.

As duas configurações vistas anteriormente levam, assim, a uma terceira:

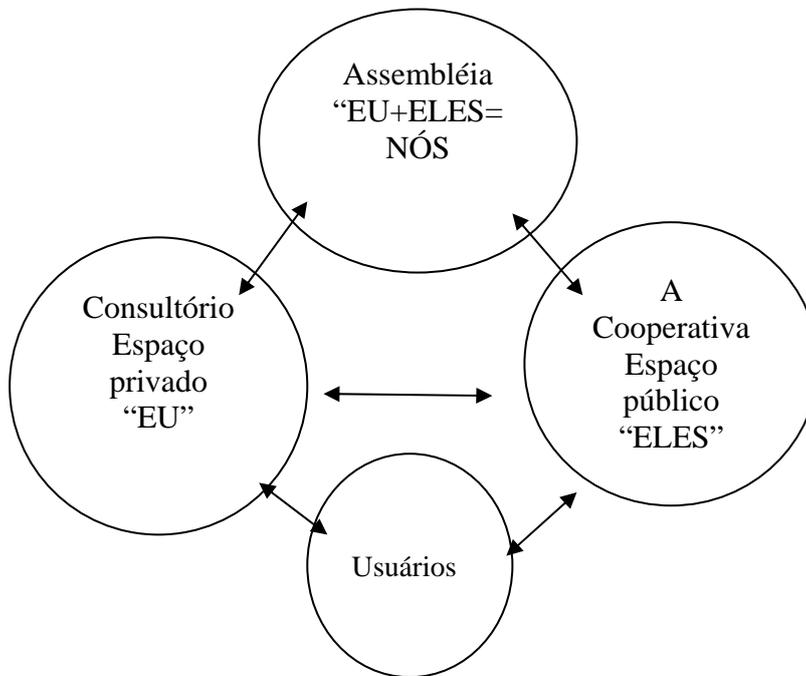


Figura 3: Os espaços do “Eu”, do “Eles” e do “Nós”

A Figura 3 representa uma complexa relação entre o médico, a cooperativa e o usuário, tendo como um possível ponto de equilíbrio a Assembléia, órgão máximo deliberativo da cooperativa.

Novamente aqui aparecem indicativos da existência de certa ambivalência. O “EU” representa o espaço privado do médico, no qual ele é dono, senhor de suas ações; tem a autonomia de tomar as decisões; tem o poder de restringir o número de consultas da Unimed e/ou do/s plano/s de saúde aos quais é conveniado; pode estabelecer suas regras e tentar cobrar do usuário valores adicionais aos que ele já paga pelo plano de saúde a que está vinculado.

Por sua vez, o espaço do “ELES” é referido pelos cooperativados como sendo o espaço da cooperativa; é o lá, a direção, o prédio físico; é o lugar onde se elaboram as normas, as regras; é de lá que vem o dinheiro dos atendimentos e, também, é de lá que pode vir a punição quando o associado não segue o estabelecido. É entendida essa relação de forma dissociada: o consultório é, para o cooperativado, o espaço do “aqui eu mando”, e a cooperativa, geralmente, como o espaço do “lá eles mandam”. Há uma clivagem de dois espaços, muitas vezes sem vinculação, em que os cooperativados se colocam como empregados e percebem a direção como sendo os “patrões”. É uma vinculação idêntica à de qualquer médico que se credencia a um plano de saúde privado, no qual se submete às exigências contratuais da administração (donos) a que se vinculou como credenciado.

Quanto ao usuário, ele tem o poder da escolha; tem a autonomia de escolher o profissional médico, junto ao qual define o que quer; pode assumir uma postura de fidelidade em relação ao cooperado, como pode também não se vincular, o que vai depender da relação que se estabelecem entre os dois. O usuário pode se tornar um parceiro da cooperativa ou não.

Existe, porém, um espaço no “Nós”, que é representado pela Assembléia dos cooperativados. É ali que deveria se construir a consciência do que é ser cooperativado, mas isso depende novamente do “EU” individualizado de cada sócio em buscar este espaço, pois a participação ou omissão são os dois caminhos possíveis que se colocam aos cooperativados.

A próxima figura (nº 4) traz outros espaços de significação, com aspectos relacionados ao presente e ao futuro da Unimed na perspectiva de se constituir como um espaço solidário tanto para os cooperativados como para os usuários diretos, por meio dos seus planos de saúde, assim como para a comunidade na qual a cooperativa interage por intermédio dos seus sócios e dos projetos sociais.

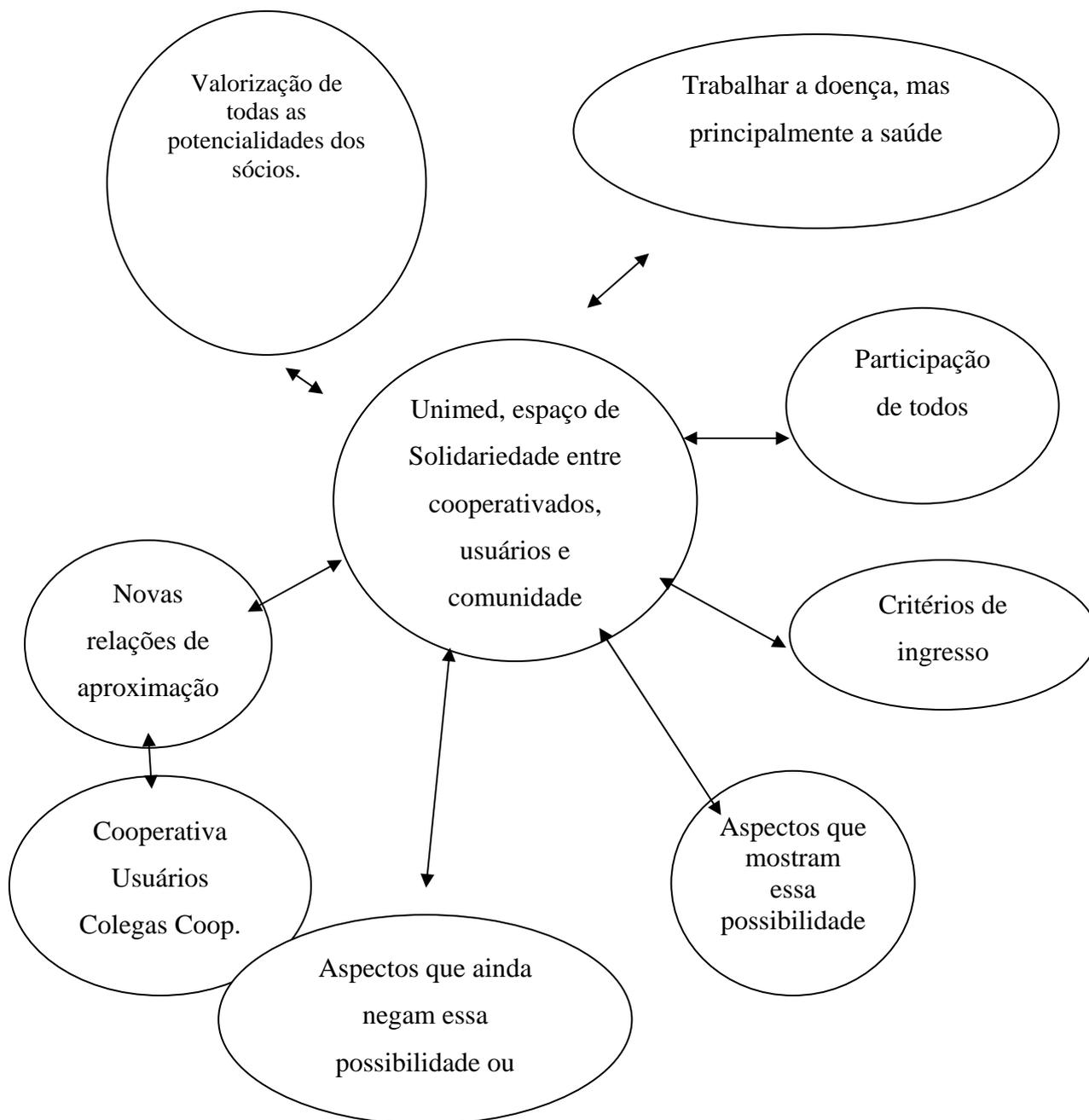


Figura 4: Espaços de significação da cooperativa Unimed na perspectiva de futuro

A figura revela uma expectativa em relação à Unimed como cooperativa. Será possível identificar nas falas dos cooperativados essa dimensão como manifestação de uma realidade atual ou como um desejo de que isso possa vir a acontecer no futuro; que a Unimed está gestando as condições para que a solidariedade possa se sobrepor ao individualismo, à competição presente ainda hoje nos comportamentos pela cooperação.

Essa série de configurações que foram apresentadas representa a construção de um plano de análise das informações extraídas das falas dos cooperativados que participaram da pesquisa. Portanto, dentro do plano de análise, esse é o passo intermediário entre a identificação das primeiras palavras e frases, passando pela construção de áreas temáticas e dessas áreas temáticas à construção de configurações que orientam para a interpretação, tendo como referência o revelado conscientemente e o não-dito, mas presente, no que é dito sobre a construção coletiva, assim como revelam também as possíveis individualidades. O registro dessas configurações teve por objetivo tornar mais claro o caminho percorrido ao buscarmos atingir os objetivos propostos a partir do problema de pesquisa.

A seguir entraremos na última fase do processo da construção do plano de análise dos dados, que resultará num quadro cuja finalidade é conter e mostrar toda a complexidade dessa intrincada relação existente entre a Unimed e as cosmovisões. Contudo, antes de iniciar, gostaríamos de situar novamente o leitor em relação às fases do processo que percorremos até aqui. O material transcrito das entrevistas forneceu-nos a primeira informação a partir da listagem das categorias descritivas extraídas das 35 entrevistas, denominado de “um primeiro olhar”. Com essas categorias descritivas foi possível realizar o agrupamento das temáticas, resultando numa nova figura mais ampla. Desta etapa inicial, e ainda superficial, de garimpagem buscando identificar as categorias, foi possível elaborar uma figura que pudesse representar um possível caminho de análise das práticas dos médicos cooperativados tendo como pano de fundo as grandes cosmovisões. No intermédio das cosmovisões do liberalismo individualista e do totalitarismo coletivista foi possível pensar na existência de um outro espaço, que pode ser entendido como a possibilidade de criação de uma cosmovisão comunitária e solidária. Foi nesse espaço que localizamos, então, a Cooperativa Unimed. Se isso é possível e se isso realmente se verifica, quem nos dirá são os desdobramentos futuros da pesquisa.

A figura assim construída permitiu-nos interpretar possibilidades representadas pelas figuras do consultório, da pirâmide, do “eu”, “eles” e o “nós”, concluindo com a imagem da figura da experiência comunitária, projetada como uma possibilidade futura.

A etapa que se inicia agora buscará organizar de forma integradora todas as “partes” constituídas até aqui, buscando uma síntese que possa estabelecer o formato de como se organizará o caminho da interpretação. A figura final nos orientará na análise e interpretação das informações, representando a estrutura dinâmica da Unimed, na qual é possível observar que existe uma linha central, onde estão situados os grandes referenciais que dão sustentação à estrutura. É a coluna de referência, o “esqueleto” que fornece certo equilíbrio aos aspectos

de ambivalência e contradições que se manifestaram. Esta linha central que separa as duas tendências reveladas pelos participantes pode ser analisada tanto na forma vertical (esquerda, central e direita) como na horizontal (superior, central e inferior). Nos quadros estão contidas as dimensões das ambivalências/contradições e das três cosmovisões.

Para chegar a esse quadro voltamos novamente ao texto produzido pelas 35 entrevistas e iniciamos uma rigorosa, minuciosa e definitiva garimpagem de todas as falas, o que foi fundamental para a identificação e construção dos grandes temas. Essa “dissecação” do texto de forma manual resultou num novo texto, sendo todas as falas dos participantes identificadas como entrevista 1(E1) entrevista 2, (E2) , E3..... E35 e associadas aos grandes temas. Serão essas falas dos cooperativados que guiarão e sustentarão nossa argumentação no próximo capítulo.

Como é possível observar no quadro final (Quadro 7). Abaixo de cada grande título/tema estão registrados subtemas que podem ser definidos como “categorias”, as quais formam o roteiro da discussão e análise final deste estudo.

Para concluir, é necessário enfatizar que este capítulo que tratou da metodologia, embora extenso, foi necessário para que o leitor pudesse ter clareza do caminho percorrido até chegarmos ao quadro por meio do qual será possível realizar a interpretação respeitando o processo de uma pesquisa qualitativa.

Quadro 7: Quadro final integrativo

Primeiro nível		
Tema 1	COOPERATIVA UNIMED: QUE SISTEMA É ESTE? O nascimento da Unimed. Os fundamentos da Unimed O complexo Unimed	
Segundo nível		
Tema 2	O MÉDICO COOPERATIVADO O médico dono da verdade O que dizem de si mesmos O que dizem dos seus pares Explicando o individualismo	
Tema 3	O QUE LEVA O MÉDICO A ENTRAR NA UNIMED Para buscar vantagens Por que é um investimento Abre as portas para a profissão Por segurança e sobrevivência Concede benefícios O indivíduo sozinho não existe	
Tema 4	RESTRICÇÕES PARA INGRESSO Leis cooperativistas Fácil para alguns, impossível para outros Reserva de mercado Comprando a “Marca Unimed”	CURSO DE COOPERATIVISMO Este é obrigatório De que trata o curso Não sei..., não lembro
Terceiro nível		INGRESSO UNIVERSAL Antigamente A rigor, é universal Entre meio de roldão
Tema 5	UM CONVÊNIO A cooperativa é um convênio Lesando a cooperativa Começando a falhar... Não mudou a minha vida Ela “quebra” o médico não. Controlando os cooperados	RELAÇÃO COOPERADO versus UNIMED Fidelidade
Tema 6	O MÉDICO O profissional liberal Limitado pelo plano de saúde Limitando as consultas O dono que atende Não tem limite de consultas Paciente Unimed versus paciente particular	RELAÇÃO COOPERADO versus USUÁRIO Vínculo
Quarto nível		UMA COOPERATIVA Ninguém nasce cooperativista Ser dono, prestador, intermediário Veio para ficar..., funciona... Participação
Tema 7	ADMINISTRANDO A COOPERATIVA UNIMED Secretária O ideal dos primeiros anos O tamanho da cooperativa Participação ligada aos cargos Centralização	O USUÁRIO O paciente privado É o paciente que escolhe o médico O que leva o paciente escolher o médico Quero que você me peça um exame
Quinto nível	PODER COMO DOMINAÇÃO/BUROCRACIA	PODER COMO SERVIÇO
Tema 8	EDUCAÇÃO COOPERATIVA Frequência e participação A máquina administrativa Investimento nos cooperados Programas científicos O papel da universidade	
Sexto nível		
Tema 9	O FUTURO Resistência à mudança Repensando a Unimed Novo paradigma na prevenção Socialização da medicina O cooperativismo Educação do usuário A comunidade Solidariedade/altruísmo Expectativa Como seria sem a Unimed? O SUS: controle social	

3 COM A PALAVRA, OS COOPERATIVADOS...

Estabeleceríamos uma tabela de pagamento médico e, dessa somatória de migalhas, teríamos um todo, suficiente para oferecer o que o socialismo propunha: “A todos de acordo com as possibilidades”. (CASTILHO, 1992).

Como o próprio título informa, este será um capítulo reservado aos cooperativados. Normalmente, os pesquisadores, ao apresentarem os resultados de suas pesquisas, fazem-no informando alguns tópicos do processo. São etapas em que ele vão processando os dados e, geralmente, apresentando-os em forma de esquemas, de figuras, gráficos ou de quadros. Então, com bases nessas sínteses, realizam suas análises e interpretações.

Entretanto, entendemos que a apresentação dos resultados da forma como estamos propondo, contemplando as falas dos participantes em frases e parágrafos, tendo como referência o Quadro 7, justifica-se pela riqueza de informações que revelam, dando oportunidade ao leitor de ter acesso a este rico material, que, além de ser uma fonte de informações, também contém reflexões e análises, produzidas pelos próprios cooperativados. Assim, tendo acesso a este material, que servirá de referência às nossas análises e interpretações, o leitor também estará em condições de, além de acompanhar e compreender melhor as nossas argumentações, produzir sua própria compreensão e interpretação.

Outra justificativa para essa forma de apresentar os dados da pesquisa em formato de texto produzido pelas próprias falas dos participantes, não em quadros ou gráficos, foi para também proporcionar aos próprios participantes da pesquisa, preservada toda e qualquer possibilidade de identificação, terem, de imediato, o retorno das informações que eles mesmos construíram de forma coletiva. Além disso, a própria Unimed poderá utilizar esses dados como uma via de comunicação entre direção, cooperados, usuários e prestadores, e, talvez, transformá-los em novas pesquisas.

Para preservar o anonimato dos participantes, as falas transcritas foram identificadas com o código E1, E2, E3..., que significa entrevista 1, entrevista 2, entrevista 3...

Apresentadas as justificativas do porquê de estarmos apresentando os resultados dessa forma, vamos detalhar ao leitor os desdobramentos do processo a ser desenvolvido daqui para a frente. Os passos que trilharemos terão como referência o Quadro 7 produzido no capítulo anterior, que, aliás, passará a ser a nossa referência a partir de agora. A seqüência que estamos propondo é a seguinte:

- a) Na coluna central do quadro destacamos os nove grandes temas, que são: *cooperativa Unimed: que sistema é este?; o médico cooperativado; o que leva o médico a entrar na Unimed?; o ingresso; a relação médico cooperativado versus Unimed; a relação médico cooperativado versus usuários; administrando a Unimed; a educação cooperativista e o futuro;*
- b) Nas colunas laterais estão localizados os subtemas, que são desdobramentos dos grandes temas. Como podemos constatar, alguns temas não apresentam subtemas. Logo abaixo dos grandes temas e dos subtemas aparecem os enunciados, que são palavras ou frases extraídas das falas dos participantes. Identificamos esses excertos como disparadores ou frases-justificativas, pois é com base nelas que elaboraremos os textos que fundamentarão, pelas falas dos participantes, o assunto que está sendo apresentado para análise.

Seguiremos, passo a passo, o mesmo quadro do capítulo anterior. A apresentação dos resultados iniciará, então, com o tema *Cooperativa Unimed: que sistema é este?*, que no quadro está localizado na coluna central e no primeiro nível. De forma sucinta, este tema traz informações sobre a história e a estrutura do Sistema Unimed, localizadas em documentos e escritos históricos, ao passo que todos os outros níveis são construídos com base nas próprias falas dos entrevistados.

O segundo passo da apresentação será constituído por um conjunto de três temas, que são: *quem é o médico cooperativado, o que motivou o médico a entrar na Unimed e como foi o processo do seu ingresso*, que constituem o segundo nível. Neste conjunto de três temas buscaremos compreender: Afinal, quem é o médico cooperativado? Qual é o seu perfil? Como ele se revela ou é revelado pelos seus pares? Quais são os motivos que levam os médicos a entrar na Unimed? De que forma se dá o ingresso na cooperativa e quais são as exigências para isso. São temas relacionados com o médico, que se autodenomina de “profissional liberal” e que ingressa numa instituição cujos princípios estão voltados para a cooperação e a solidariedade.

Esse conjunto de temas representa o caminho do médico que vai desde a sua tomada de decisão de ser um cooperativado até o seu ingresso na cooperativa. É neste nível que buscaremos identificar o possível grau de consciência que este profissional possui de si mesmo como sócio da Unimed, a partir da pergunta: “Quem sou eu, o que é a Unimed?” Acreditamos que será possível, até certo ponto, identificar em suas falas a concepção de ser humano que ele tem. Será uma concepção de um ser humano individualista? De um ser

humano transformado em “coisa”, numa perspectiva totalitarista? Ou será uma concepção de ser humano pessoa=relação?

O terceiro passo, que corresponde ao terceiro nível na estrutura do quadro, terá como foco dois temas: *a relação do cooperativado com a cooperativa e a relação do cooperativado com o usuário*. São duas dimensões vivenciadas pelos cooperativados: a primeira é a dimensão da sua relação com a cooperativa, isto é, com os seus pares, com a estrutura administrativa e consigo mesmo; a segunda é a dimensão da sua relação com os usuários, que são os que compram o plano de saúde da Unimed. É o encontro de histórias individuais que buscam construir uma nova história, agora coletiva. Como se dá essa aproximação e o que acontece nessa relação? É o que pretendemos verificar e compreender neste terceiro momento. Como os próprios títulos dos dois temas revelam, neste nível será tratada, fundamentalmente, da temática da *relação* e da *prática*. Buscaremos identificar aqui o segundo e o quarto elementos da análise de uma cosmovisão que são os valores e os comportamentos. É o valor ético, moral, que impulsiona a pessoa a realizar práticas que tanto podem ajudar como prejudicar outras pessoas; que estimula e faz agir e que está ligado à vida das pessoas, pois o que decide qual é a concepção de ser humano não é a teoria, mas a prática, que se expressa nos comportamentos.

O quarto nível tratará do espaço do poder e tem como título “Administrando a cooperativa Unimed”. Qual o poder que se institui na Unimed? Como são escolhidos os administradores? Como se dá a participação dos cooperativados? É neste quarto nível que buscaremos os elementos que poderão revelar a existência ou não do terceiro elemento de análise de uma cosmovisão, que é o “valor” historicamente materializado. Qual é o valor que já se instituiu ou que indica pode vir a se tornar hegemônico na cooperativa Unimed? Haveria indícios da existência de uma experiência de um regime totalitário na Unimed?

No momento seguinte, quinto nível, apresentaremos os dados referentes à dimensão da “educação cooperativista”. A educação se constitui como um dos princípios do cooperativismo. Como essa área é trabalhada na Unimed? Como os cooperativados percebem e vivenciam a dimensão da educação? Qual é o papel que os participantes dizem que a educação cooperativista tem na Unimed?

O sexto passo, que corresponde ao sexto nível, tratará do tema “futuro”. Aqui serão apresentadas as possibilidades que os participantes manifestam quanto ao futuro da Unimed e a perspectiva de futuro que eles julgam estar reservada para a Unimed. É o que veremos.

O desafio que se coloca para nós, após apresentados todos os dados que foram constituídos por meio das falas dos participantes, é se esses dados trazem as informações

necessárias para podermos responder às duas questões centrais da tese, que são: Existem indicativos de que a experiência da Cooperativa Unimed é uma experiência que se sustenta ou não numa prática de ambivalência/contradição? Essa experiência revela a existência ou não de indícios de que ali está sendo gestada uma nova cosmovisão, a cosmovisão do comunitarismo solidário?

Entretanto, antes de iniciar a apresentação e discussão dos resultados é importante mais um esclarecimento. Para facilitar a apresentação do conjunto dos dados, o leitor perceberá que, à medida que os temas vão sendo apresentados, o quadro de referência construído no final do capítulo da metodologia vai sendo agregado ao texto de forma cumulativa; assim, quando for apresentado o último tema do último nível, todo o quadro estará refeito.

Passemos, então, à apresentação do primeiro tema do primeiro nível.

3.1 A cooperativa Unimed: que sistema é este?

Primeiro nível		
Tema 1	<p>COOPERATIVA UNIMED: QUE SISTEMA É ESTE?</p> <p>O nascimento da Unimed. Os fundamentos da Unimed O complexo Unimed</p>	

Os médicos santistas optaram pela forma cooperativista para atingirem seus objetivos, por encontrar nela, os requisitos necessários às suas aspirações: desejavam criar uma entidade aberta a todos os colegas, tendo as pessoas como objetivo principal, entidade esta capaz de ampliar o mercado de trabalho médico, estruturada sem fins lucrativos e, desempenhando o papel de instrumentalizar o exercício profissional. (IRION, 1987).

Foi uma época de muitos sacrifícios. Sacrifícios que eram recompensados quando víamos surgir lideranças espalhadas pelo Estado de São Paulo e por todo o Brasil. (CASTILHO, 1992).

O quadro representa o primeiro nível da apresentação dos dados. Como referido anteriormente, este quadro, de forma resumida, irá acompanhar todos os demais passos. A cada nova etapa serão acrescentados os títulos dos outros quadros, sem perder o processo como um todo.

Conhecer um pouco o Sistema Unimed é o objetivo deste primeiro passo. Embora de forma sucinta, é possível termos uma idéia do contexto e dos motivos que levaram os médicos da cidade de Santos/SP a fundar a Cooperativa Unimed e os princípios por eles adotados.

O tema apresentado foi estruturado em três partes: a primeira trata do contexto existente na cidade de Santos, que levou um grupo de médicos, sob a liderança de Edmundo Castilho, a tomar a decisão de fundar a Cooperativa Unimed; a segunda trata dos fundamentos do cooperativismo médico, onde apresentamos os objetivos e princípios da Unimed a partir da Constituição Unimed de 1998; a terceira parte apresenta informações sobre o Complexo Unimed, referente a sua estrutura organizacional, assim como o número de cooperados e de usuários.

O nascimento do cooperativismo médico – Unimed

No final da década de 1960, mais precisamente no dia 18 de dezembro de 1967, na cidade de Santos (SP), pela liderança do médico Edmundo Castilho, foi fundada a primeira Cooperativa de Trabalho Médico no Brasil, experiência inédita, pois passou a se constituir, desde então, como a maior cooperativa de trabalho médico do mundo.

Na época, a medicina assistencial no Brasil atravessava um período de grande efervescência. A criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo decreto-lei nº 72, proporcionou que todos os trabalhadores previdenciários passassem a ter acesso à assistência médica gratuita. Paralelamente a essa nova forma de assistência médica realizada pelo Sistema Público de Saúde aos trabalhadores, começaram a aparecer empresas de medicina de grupo, oferecendo à camada social com melhores condições financeiras, assistência à saúde, por meio de médicos contratados. (CARNEIRO, 1978).

Essa situação era facilitada, em parte, pelo ingresso no mercado de trabalho, a cada ano, de um grande número de médicos recém-formados que passavam a estabelecer entre si concorrência em relação ao emprego e aos salários. Para Silva (1998), essa nova forma de prestar assistência médica pela contratação de médicos assalariados estaria contribuindo para o desaparecimento da clínica liberal realizada pelo médico em consultório.

Esses fatores foram importantes no estabelecimento de uma consciência entre os médicos descontentes com essa realidade e que buscavam alternativas de trabalho e renda. Os órgãos representativos da classe médica desde logo se posicionaram contra a expansão dessas empresas de medicina de grupo. Tanto a Associação Médica Brasileira (AMB) como a Associação Paulista de Medicina (APM) e os sindicatos médicos passaram a promover

debates, simpósios e a publicar matérias na grande imprensa e nas edições especializadas, condenando essa forma de prestar assistência médica, que diziam ser um serviço precário e, “o que é pior, mercantilizando um direito fundamental da população”. (MEMORIAL, 1992, p. 47).

Nessa luta destacou-se o médico Edmundo Castilho, que enfatizava a importância de se constituir um seguro-saúde estatal, universal e compulsório, com regime de livre escolha, isto é, no qual o paciente tivesse o direito de poder optar pelo médico de sua preferência e de ser atendido por este profissional em seu consultório, não em “ambulatórios e centros de saúde públicos, de eficácia questionável”. A atuação dessas entidades foi inculcando, aos poucos, “na mentalidade da classe médica e do Estado a urgência de encontrar novas saídas que equacionassem as necessidades de todos os segmentos envolvidos na questão da saúde – médicos, governo e sociedade”. (MEMORIAL, 1992, p. 48).

O próprio Edmundo Castilho assim se manifestou durante as comemorações dos 25 anos de fundação da Unimed em 1992. (p. 50-53):

A primeira vez que eu ouvi falar em Cooperativismo Médico foi mais ou menos em 1965/1966. O professor Alípio Correia Neto me procurou e me pediu que marcasse uma reunião na Associação dos Médicos de Santos, sob o patrocínio do Sindicato dos Médicos – que eu presidia na época – para falar sobre uma proposta cooperativista de assistência médica. Naquela oportunidade, o Dr. Alípio disse que em 1929, em Dallas, Texas, a Blue Cross e a Blue Shield iniciaram o regime de cooperativas. Ele destacou que o ponto forte do Cooperativismo era a luta contra a intermediação. Aquilo bateu e ficou!

Como presidente do Sindicato, comecei a estudar, [...] e propus a união da comunidade santista para criar o que eu chamava de Seguro Saúde Comunitário [...]. Estabeleceríamos uma tabela de pagamento médico e, dessa somatória de migalhas, teríamos um todo, suficiente para oferecer o que o socialismo propunha: “A todos de acordo com as possibilidades”.

Eu me senti literalmente sozinho, mas pensei: não vou parar, não! Então, defini o seguinte: o sindicato vai patrocinar, sensibilizar e unir a classe médica, através de uma sociedade civil aberta. Essa sociedade não terá fins lucrativos, contará com uma estrutura empresarial e terá por objetivo combater, no campo prático, a medicina de grupo e o mercantilismo. Com isso, eu uniria hospitais e médicos, impedindo que os hospitais se fechassem e se transformassem em medicina de grupo. Estaria combatendo não só o mercantilismo como também e estatismo da assistência médica. Quando defini isso, cheguei à conclusão de que aquilo que eu imaginava era uma empresa... uma empresa que precisava ser planejada. Então, contratei a Sociplan, uma empresa de planejamento e consegui arregimentar alguns médicos. Foi quando chegamos à conclusão de que a sociedade civil que eu havia concebido era uma cooperativa. Fomos aos órgãos do Cooperativismo de São Paulo e até convencê-los da viabilidade da Cooperativa de trabalho médico foi muito difícil.

Superadas as barreiras burocráticas, a cooperativa médica foi, enfim, criada e batizada: União dos Médicos – Unimed. O núcleo inicial foi formado por 21 médicos.

Desde seu início, este sistema de prestação de serviço à saúde - Unimed tinha como objetivo suprir as necessidades econômicas dos seus associados, oferecendo condições dignas de trabalho; combater o intermediário e a mercantilização da medicina, obedecendo aos princípios da ética médica, preservando o relacionamento entre médico e paciente; proporcionar a qualidade do atendimento de alto padrão à população, de maneira individualizada, no próprio consultório, ou em hospitais, baseado na livre escolha a um preço justo. (IRION, 1994).

A busca de propostas alternativas que garantissem melhores condições de atendimento à população e a procura da dignidade e da valorização profissional levaram esses médicos idealistas a alterar os rumos da história. De Santos (SP) para todo o Brasil, o Dr. Castilho “foi contagiando cada vez mais pessoas com sua ‘utopia’ com sua certeza na aliança entre a prática médica e a mais absoluta ética”. (MEMORIAL, 1992, p. 48).

[...] os próprios médicos que estavam se tornando cooperados não sabiam o que isso significava. Para eles se tratava de mais um credenciamento, um credenciamento pequeno, porque era uma entidade pequena, com um universo restrito de usuários. (BUZZONI, 1972).

Era um amadorismo total, era o idealismo mais puro... eu fui presidente da Unimed Santos por muito tempo sem ter recebido um tostão! Durante todo esse período eu andava o Estado de São Paulo inteiro com o meu carro, com a minha gasolina, eu mesmo dirigindo, e nunca fui remunerado. Na Federação eu nunca recebi um centavo e na Unimed do Brasil, até há cerca de seis anos, não recebia nada... (CASTILHO, 1992)

Refere Irion que a proposta inicial do cooperativismo Unimed foi simples: “a defesa do artigo 3º do Código de Ética Médico, (então vigente), a adoção da Livre-Escolha do médico pelos pacientes e o atendimento personalizado do cliente realizado em consultório médico”. (1987, p. 1).

O sindicato médico de Santos, liderado por Edmundo Castilho, procurou uma alternativa que atendesse a três objetivos básicos:

- 1) Preservar a ética, eliminando a intermediação da medicina;
- 2) Preservar a relação médico/paciente através da livre-escolha;
- 3) Preservar a medicina liberal pelo atendimento em consultório, conservando a liberdade do médico em decidir os meios de atendimento ao cliente e, por apresentar doutrina de caráter social definida, em que se destacam a democracia das decisões e o fato de a cooperativa ser aberta a todos. (IRION, 1994, p. 29-30).

Os fundamentos do cooperativismo médico

A Unimed como cooperativa obedece aos princípios gerais do cooperativismo, embora disponha de princípios que lhe são próprios. (IRION, 1987).

A estratégia de integração desenvolvida pelo Complexo Unimed e a distribuição de atribuições entre seus componentes exigiram a criação de instrumento apropriado para regular a atuação harmônica de seus integrantes a “Constituição Unimed”, cujo caráter básico é ser um pacto ou aliança negocial de cunho estratégico à qual cada cooperativa ou instituição do complexo tem a liberdade de aderir espontaneamente. (IRION, 1987, p. 107).

Faz-se necessária esta referência a respeito dos princípios porque darão sustentação às análises dos dados que foram coletados nas falas dos médicos associados da Unimed participantes da pesquisa que realizamos.

Pela Constituição Unimed (1998), as Unimeds são cooperativas sem fins lucrativos, abertas aos médicos de todas as especialidades; geridas democraticamente, na base de um cooperado um voto. A remuneração é pelo trabalho realizado, com retribuição das sobras de acordo com o trabalho que cada um produziu no ano. Não há intermediação entre o médico e o doente. O paciente é atendido nos consultórios particulares, associando o padrão de qualidade técnica à observação rígida dos princípios éticos e de respeito ao paciente.

A Constituição Unimed, promulgada em 21 de março de 1998, na seção II, art. 4º, define claramente sua adesão aos princípios do cooperativismo, homologados pela Associação Cooperativa Internacional, em Manchester/Inglaterra, no ano de 1995, e reafirma os compromissos mútuos entre cooperativa, cooperados e comunidade. Os princípios são os seguintes: da livre adesão, como forma associativa; da gestão democrática, como forma política; do compromisso doutrinário, como participantes das organizações cooperativistas nacionais e internacionais; da proporcionalidade às operações, como forma distributiva de resultados; da ação integrada e interdependente, como sistema; da educação, treinamento e informação, como compromisso.

Além dos princípios do cooperativismo, a mesma Constituição, na seção III, art. 5º, expõe outros princípios que regem o Sistema Unimed. Para melhor compreensão passamos a expô-los:

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 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 de serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças;
- c) Da suplementaridade voluntária dos serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças.

O complexo Unimed

O Sistema Unimed é formado pelas Cooperativas Unimed Singulares, Federações e Confederação Nacional. Além das Cooperativas Singulares, o Complexo Unimed é composto pela Usimed, formada pelos usuários para defender seus interesses e desfrutar das vantagens na compra de medicamentos, empréstimos de equipamentos médico-hospitalares e convênios com empresas de ramos diferentes; a Unicred, que administra os recursos econômico-financeiros gerados pelas empresas do complexo e dá suporte às cooperativas e aos médicos cooperados, financiando recursos para a compra de equipamentos, construção de hospitais, centros de diagnóstico, etc.; a Unimed Seguradora, que atua nos ramos de seguro de vida, previdência privada, etc.; a Unimed Tecnologia, que oferece soluções tecnológicas para as Unimeds; a Unimed Administração e Serviços, que atua na racionalização de processos, garantindo homogeneidade e padronização de operações e controles administrativos; a Transporte Aéreo Médico, que oferece serviço de remoção aérea para casos de urgência; a Unimed Participações, que desenvolve projetos para a captação de recursos financeiros e a

adesão de novos associados; e a Fundação Unimed, que visa contribuir para a humanização e prosperidade social da comunidade, desenvolvendo suas atividades por meio de três núcleos de atuação: a) Núcleo Educacional – Universidade Unimed; b) Núcleo de Projetos Sociais; c) Núcleo de Pesquisa.

Dados recentes (maio de 2008) revelam que o Sistema Unimed é composto atualmente por 377 cooperativas, distribuídas em 4.125 municípios, correspondendo a aproximadamente 74,9% dos municípios brasileiros. O conjunto das Cooperativas Singulares que atuam no âmbito municipal constituem as federações estaduais, que, por sua vez, formam a Confederação Nacional - Unimed do Brasil -, criada em 1975. As Singulares, como prevê a lei, são autônomas e organizadas com seus conselhos e respectivas diretorias; cada uma pode criar seus planos ou se integrar a outras com um mesmo objetivo. Assim, a Unimed constitui uma imensa cooperativa que presta assistência médica a milhões de brasileiros, por meio de médicos cooperados, laboratórios e hospitais credenciados em todo o território nacional. Atualmente, a Unimed detém 32% do mercado nacional dos planos de saúde, contando com mais de 106 mil médicos cooperados, que atendem a mais de 15,1 milhões de clientes.

O conjunto das cooperativas somou em 2006 um faturamento de, aproximadamente, R\$ 16,2 bilhões de reais, com mais de 73 mil empresas contratantes dos serviços da Unimed; possui 81 hospitais próprios e 3.596 hospitais credenciados; é proprietária também de 98 pronto-atendimentos, 52 laboratórios e 458 ambulâncias; disponibiliza 3.286 leitos próprios e 327.000 credenciados; realiza mais de 64,9 milhões de consultas/ano, 1,8 milhões de internações/ano e 123 milhões de exames complementares. Realiza mais de 5,38 consultas/usuários/ano; 9,17 internações por mil usuários/ano; 10,21 exames complementares por usuário/ano e 11 mil leitos ocupados permanentemente. São 32 mil empregos diretos e 290 mil indiretos. Por 14 anos consecutivos a Unimed é a marca Top of Mind em Plano de Saúde, de acordo com pesquisa nacional do Instituto Datafolha. (CENTRAL NACIONAL UNIMED, 2008).

Para finalizar, é importante reafirmar que sempre que se procura conhecer, analisar e compreender uma instituição, neste caso a Cooperativa Unimed, é fundamental que sejam identificados os elementos que representam o pensamento dos que nela habitam. Muitas podem ser as formas de se buscarem esses elementos, como de forma oral, pelas narrativas, por meio de fotografias ou dos hinos oficiais, etc. Esses materiais revelam os valores e princípios que dão sustentação às práticas das pessoas. No primeiro nível, para compreendermos o que é a Unimed, pesquisamos informações nos documentos que apresentam sua história: a partir do segundo nível, buscaremos conhecer esta instituição por

meio de pesquisa qualitativa, pelas entrevistas realizadas junto aos cooperados. Essas informações, após transcritas, foram objeto de análise, o que resultou neste documento.

SEGUNDO NÍVEL

A idéia do Dr. Castilho foi mesmo revolucionária, porque ele conseguiu juntar numa forma associativista de trabalho a classe mais liberal possível (SCHMIDT 1992)

Primeiro nível		
Tema 1	COOPERATIVA UNIMED: QUE SISTEMA É ESTE?...	

[...]

Segundo nível		
Tema 2	O MÉDICO COOPERATIVADO O médico dono da verdade O que dizem de si mesmos O que dizem dos seus pares Explicando o individualismo	
Tema 3	O QUE LEVA O MÉDICO A ENTRAR NA UNIMED Para buscar vantagens Por que é um investimento Abre as portas para a profissão Por segurança e sobrevivência Concede benefícios O indivíduo sozinho não existe	
Tema 4	O INGRESSO	
RESTRICÇÕES PARA INGRESSO Leis cooperativistas Fácil para alguns, impossível para outros Reserva de mercado Comprando a “Marca Unimed”	CURSO DE COOPERATIVISMO Este é obrigatório De que trata o curso Não sei..., não lembro	INGRESSO UNIVERSAL Antigamente A rigor, é universal Entre meio de roldão

Este segundo nível, como mostra o quadro acima, será composto por três temas, dos quais um contém três subtemas. Os temas são: *a) o médico cooperativado; b) o que levou o médico cooperativado a entrar na Unimed; c) o ingresso na Unimed*, este subdividido em três subtemas: *restrições ao ingresso, ingresso universal e curso de ingresso*. Embora os três sejam apresentados separadamente, formam um conjunto que revela a experiência do médico no processo que antecede o seu ingresso na cooperativa., ou seja, o momento anterior a sua entrada.

A partir deste segundo nível até o sexto, as informações para construção e organização dos quadros originam-se das próprias falas dos entrevistados. Identificamos as palavras ou

frases como disparadores ou frases-justificativas, porque é com base nelas que identificaremos os textos que fundamentarão, pelas falas dos participantes, os argumentos da análise dos temas e subtemas.

Esses textos serão construídos/organizados pela transcrição da falas dos participantes que consideramos expressivas. As frases e parágrafos que formarão a argumentação de cada frase-justificativa serão identificados pelos códigos (E1), significando que a frase foi extraída do Entrevistado 1; (E2), do Entrevistado 2, e assim por diante. Desse modo, será possível, caso seja necessário, localizar a frase ou parágrafo no volume dos anexos das entrevistas transcritas (volume anexo).

Seguindo a ordem estabelecida no quadro, o primeiro tema do segundo nível a ser apresentado é o médico cooperativado.

3.2 O médico cooperativado

O médico se coloca como dono da verdade

“Os médicos que já estavam aqui trabalhando, os mais antigos, todos eram donos da medicina, eles é que julgavam a qualidade. Ninguém contestava o médico, se morreu alguém, se houve *erro médico*, essa palavra não existia. Essa palavra *erro médico*, a gente só ouviu falar muitos anos depois, porque era o médico o ponto de controle, o ponto de controle da medicina era dele, ele era o senhor”. (E6)

“O médico é bastante autoritário e individualista. Então, é uma coisa complicada de se conseguir gerenciar, porque cada um acha que a verdade é a sua verdade. É complicado.” (E21). “O médico autônomo é dono de tudo, dono da verdade [...] Acham que são donos de certas situações, principalmente nos hospitais, e aí ele diz: ‘estou aqui há 15 anos, está tudo bem, não quero mudar’! (E1)

O que os médicos dizem de si mesmos

“Eu sou bem individualista, sou bem resolvido, acho que a análise tem me ajudado”. (E7) “Nós somos uma classe muito individualista e pouco unida. Entre nós não existe muito essa história de se mobilizar para isso ou para aquilo, porque somos profissionais autônomos, liberais, individuais [...]. Há um dilema em minha opinião. Há um paradoxo. Uma cooperativa

de médicos que são cooperados, mas que, em alguns subgrupos de especialidades, são concorrentes”. (E2)

“Nós somos uma classe extremamente desunida. Não é somente em nível da nossa cidade, mas em nível do Brasil inteiro. Como profissão já favorece que a gente fique no consultório, atenda, vá para o hospital, atenda, e assim o tempo acaba e a convivência é muito pouca”. (E19)

“Por que, veja assim, por que eu vou me reunir com os meus pares, se eu ganho 300 reais? Não vai fazer diferença”. (E35)

O que os médicos dizem dos seus pares

“Eu tenho um pensamento assim, é minha idéia, lógico, o senhor está ouvindo a minha opinião. Os médicos são como as outras pessoas ou piores até, eu acho. A gente fala em médicos altruístas, idealistas, aqueles que trabalham por amor à camiseta, mas quando mexeu no bolso, meu querido, aí ninguém mais segura. A questão principal é o dinheiro, a participação na cooperativa, se dá única e exclusivamente pelo dinheiro. Não estou falando do dirigente, estou falando do médico. A dificuldade maior do pessoal participar é porque o médico só se preocupa com o seu rendimento, com o seu próprio umbigo, com a sua dificuldade, só ele, exclusivamente ele. Veja bem, é a minha opinião, não é do público em geral; é o que eu vejo, é o que eu penso. O médico só se preocupa com seu umbigo, seu consultório, sua especialidade e o que ele está recebendo da cooperativa, essa é a preocupação fundamental, fora isso, nada.” (E25)

“Cada um procura correr atrás do seu” (E12) “Tem de todos os tipos, tem esses que nunca querem nada”. (E14) “Tem uns que só pensam no seu próprio umbigo, pensam que tem pessoas que estão cuidando da cooperativa, e aí eles dizem: ‘Eu preciso me preocupar com o meu consultório’! (E15) “Tem pessoas que não participam muito, ficam no consultório. À noite, na hora que tem uma reunião na Unimed, não deixam de marcar mais pacientes para ir numa reunião”. (E12) “Ninguém se ajuda, essa é a verdade, cada um cuida do seu lado ou se ajuda muito pouco”. (E33) “Eles vêm primeiro os interesses individuais”. (E11)

“Todo o agrupamento humano é complicado, cada um pensa de um jeito, eu acho que no meio médico não é diferente. Tinha um professor meu que dizia: ‘Vocês vão para o interior, se tiver dois médicos na cidade, eles são inimigos, se tiver um médico e um farmacêutico, ele vai brigar com o farmacêutico’! (E30)

Explicando o individualismo

“Eu não sei o que acontece, se é inerente ao individualismo nosso ou excesso de trabalho, eu não sei. Na verdade, acho que talvez faltasse alguém de dentro cutucando mais, dizendo: ‘gente vamos participar’, alguém com entusiasmo”. (E3) “O médico é muito individualista, por formação e pelo trabalho”. (E35) “O médico pode se perguntar: por que vou me mobilizar? [...] Não é uma questão de personalidade, mas pela própria natureza do trabalho médico. Então... aí acho que a coisa pesa. Ao mesmo tempo pesa para a pessoa conseguir mobilizar o outro, querendo mobilizar o outro, assim como os outros serem mobilizados para isso”. (E2) “Eu espero que eu seja estimulado, talvez eu tenha uma posição meio passiva, nesse ponto. Talvez eu esteja esperando um convite na minha casa. [...] Talvez eu não vá trocar o plantão para ir na Unimed, ver o que está acontecendo. Isso talvez eu não faça, numa atitude bem passiva mesmo”. (E20)

“Ainda hoje a universidade forma profissionais para trabalhar sozinhos. Isso eu acho que é um defeito. O médico não é formado para trabalhar em grupos, ele não vem da sua formação com essa idéia. Então, tem uma dificuldade para trabalhar numa associação”. (E1) “Ele se forma e ainda durante o curso de medicina ele tem uma visão muito estreita, uma visão de especialista, onde ele não vê o todo, ele vê muito específico, ele vê a parte, ele não tem essa visão. E o cooperativismo é uma visão do todo, é uma visão sistêmica. E o médico não tem isso, ele já é mal formado na faculdade, ele não é formado para o social mesmo”. (E6)

3.3 O que leva o médico a entrar na Unimed

Para buscar vantagens

“Evidentemente que o profissional vai se ligar à Unimed se houver vantagem para ele. Por outro lado, tem muito profissional que se liga à Unimed para ter acesso a determinada faixa de paciente, e tem outros que fazem essa associação para permitir que determinados pacientes tenham acesso a ele. São profissionais que têm um nome, que atendem vários setores. Então, são muitos fatores que levam o profissional a se associar”. (E29)

Porque é um investimento

“É um investimento que tem que ser feito. Tu compras uma cota de participação. Eu acho que a médio prazo tu recuperas esse investimento. Então foi um interesse profissional

direto”. (E20) “A Unimed me proporcionou trabalhar mais, ter um retorno financeiro e reconhecimento profissional”. (E9)

Abre as portas para a profissão

“Ela te abre as portas para o teu consultório, para teres os teus pacientes e para seres conhecido. Para mim foi a porta de entrada para minha profissão [...]. Tanto é que todos os médicos ou quase todos que saem da sua residência e vão para uma cidade qualquer querem entrar na Unimed, porque ela te abre as portas, ela já tem uma base. Então tu já entras nessa base. É o que me levou e que leva os outros profissionais a entrar na Unimed.” (E14) “É mais um mercado de trabalho. Se a Unimed tem lá seus usuários, eu, fazendo parte dessa cooperativa, vou ter mais clientes”. (E4) “Ela traz uma clientela maior orientada até o consultório”. (E1) “A metade dos pacientes ou mais que eu atendo no consultório são da Unimed. Se não tivesse Unimed eu não atenderia esses pacientes.” (E12)

Por segurança e sobrevivência

“Participar da Unimed como cooperativa também é uma questão de segurança profissional”. (E9) “Hoje é uma questão de sobrevivência, hoje é até indispensável. Eu vejo aí o desespero dessa turma nova [...]. O que acontece hoje com o médico novo é que, se ele não entra na Unimed, ele não tem clínica. É aquela luta, luta para conseguir entrar”. (E13)

Ela concede benefícios aos cooperativados

“Quando você é aceito para ser médico cooperado, você é obrigado a ter o plano de saúde da Unimed. É obrigatório. Você é obrigado a ser um usuário, e essa é a maior vantagem, é a única obrigação vantajosa nesse país. Hoje em dia um plano de saúde é tudo para quem é médico, para quem é paciente. Médico também é paciente”. (E9) A cooperativa oferece um monte de outras coisas na parte social, na parte recreativa, na parte cultural e na assistência médica. (E33)

“O médico cooperado tem um convênio *top* de linha que não muda com a idade, quarto privativo... Eu pago 105 reais. Não interessa se eu tenho 20 ou 70 anos, esse é um valor padrão. Os filhos só até 24 anos, depois tem que fazer os convênios individuais, que muda por idade e os valores são bem diferenciados. Quem tem filhos até 24 anos usufrui do benefício independente se estão estudando ou não. Esse convênio para nós é muito bom”. (E5) “Ela fornece ao cooperado garantia, por exemplo, se eu precisar de uma cirurgia, tem cobertura

integral e gratuita para o médico cooperado. Eu tenho assistência universal em qualquer parte do Brasil, para mim, a mulher e filhos menores. Medicação 35% de desconto”. (E13)

Porque o indivíduo sozinho não existe

“A gente vê que os médicos estão vendo a Unimed como um tipo de segurança. Que nem aqui, eu acho que talvez uns 40 a 50% do ganho médico vêm da Unimed. A sobrevivência do médico vem da Unimed, porque ele consegue mandar, controlar, negociar, e ele sozinho em outros lugares não faz nada. O indivíduo sozinho não existe, o que existe agora é equipe, conjunto.” (E6)

3.4 O ingresso

Este tema, que trata do ingresso do novo cooperativado na Unimed, apresenta-se com três subtemas. O primeiro é quanto às restrições existentes para o ingresso de novos sócios. Há uma série de entraves que o novo candidato tem de superar para poder ingressar, por isso nem sempre é bem-sucedido nesta tarefa. Assim, muitos não conseguem tal êxito. O segundo subtema trata, de forma mais velada, que o ingresso deveria ser universal. O terceiro subtema diz respeito ao curso de cooperativismo, que, segundo os próprios cooperativados, é obrigatório para quem entra na Unimed.

3.4.1 Restrições para o ingresso

Leis cooperativistas

“É difícil entrar [...] por leis da cooperativa, leis cooperativistas, que é assim que funciona”. (E9) “É difícil entrar na Unimed, porque eles também têm a sua lei de mercado, ou seja, a própria Unimed tem sua lei de mercado. Por exemplo: vamos pegar uma especialidade aleatória. Se chegar um pediatra na cidade e pedir para entrar, a cooperativa não vai ter mais interesse nisso, porque está saturado o mercado, entende”. (E10) “Existem normas a serem praticadas, alguma coisa a ser cumprida...” (E21)

“Se o juiz chegar à conclusão que para ele (médico) sobreviver ele tem que trabalhar dentro da cooperativa, porque a cooperativa ocupa grande parte do mercado, e ele (médico) não consegue sobreviver, ele (o juiz) vai botar ele para dentro e acabou”. (E33)

Fácil para alguns, impossível para outros

“Para alguns é fácil, para outros é impossível”. (E12) “Você não chega e entra, não, você tem que fazer encaminhamento de papéis, tem um cursinho bem rápido de cooperativismo”. (E2) “Faz um pedido de entrada, pode ser aceito ou não, passa sempre pela diretoria”. (E14) “Tem muitos médicos que estão esperando para entrar. É como uma empresa em muitos lugares”. (E6) “Tu tens que ter a tua qualificação profissional, tem que se encaixar naquele perfil da cooperativa. Cada cooperativa tem um tipo de perfil”. (E14) “Se não tivesse sido convidado e viesse para cá, iria ficar dez anos aqui e não iria entrar na Unimed. Assim como tem médicos que estão aqui há alguns anos e não estão na Unimed”.(E12)

Reserva de mercado

“Está havendo um certo movimento para que não entre mais médicos, seria como que uma reserva de mercado daquele grupo que já está dentro, e isso é inaceitável o que está acontecendo nas nossas cooperativas. O que se esconde é uma reserva de mercado”. (E1) “Aí os cooperativados dizem: ‘Mas não adianta colocar mais gente para dentro, é mais gente para dividir e a receita continua a mesma’. Sim, mas aí vai se sobressair os melhores”. (E4) “A administração da Unimed argumenta que é uma maneira de proteção de mercado, para que não entre qualquer pessoa”. (E2)

“Muitas vezes, a entrada do médico na cooperativa não depende só dele, depende da demanda do mercado, depende da aprovação pela própria Unimed, se ele tem capacidade para isso e se o mercado que a Unimed trabalha, vai permitir que ele entre, porque pode a especialidade dele não ser necessária. Então, infelizmente, ele não vai poder desempenhar o seu papel”. (E22) “Temos áreas que, se colocar mais um médico, o que vai acontecer? O colega vai começar a ganhar tão pouco que a cooperativa começa a ser desinteressante. Ele começa a querer ganhar, ganhar, fraudando”. (E33)

“A questão do [meu] ingresso foi difícil porque os colegas da área não queriam que eu entrasse. [...] A nossa Unimed ela funciona assim, como uma forma de defesa médica, porque ela faz uma restrição na entrada de novos membros”. (E7)

Comprando a “marca Unimed”

“Hoje, para você ser cooperado, tem que pagar e parece que é caro. Se entrar hoje na Unimed, você tem que dar uma contribuição muito alta”. (E26) “A alegação é que a Unimed já tem um nome e que, em função disso, aquele que chega tem que pagar essa cota capital alta pela marca da Unimed, mas, na verdade, é uma forma velada de dizer: ‘Eu não quero que este médico entre porque é um concorrente’. (E1)

“A Unimed tem todo um patrimônio, tem uma marca, tem uma sede social, tem uma sede de escritórios e tal. Então, assim, em função disso, eles criaram um mecanismo moderador, onde se paga um X para entrar; você paga por isso, por essa marca. Então, para ser sócio você paga uma taxa de adesão ao cooperativismo, que deve ser em torno de três mil reais e, além dessa taxa, você paga mais 15, 18 mil reais, em função dessa marca Unimed que você está comprando. Essa taxa inicial de 15, 18 mil reais, essa é morta, essa é para pagar o patrimônio que já existe, pagar pela marca que já existe. Só que é assim, cada Unimed individual tem seu preço”. (E3)

“A marca Unimed ela tem um valor maior, isto é, um valor que é intangível. Isso faz com que se possa oferecer e vender até um plano um pouco mais caro do que os outros planos de saúde, assim como uma roupa que se pode vender mais caro em função da sua marca que é o intangível. [...] Antigamente, o paciente procurava o médico pelo nome, pela pessoa, agora a pessoa procura pelo quê? Pela credibilidade, pela segurança, tudo intangível. Não é porque o cara é bonito, porque é isso, é aquilo; é pela segurança, credibilidade, confiança. É isso que faz, é pelo intangível que o faz procurar [...] E a pessoa vem por causa desses fatores intangíveis”. (E6)

“Na minha época eram 15 mil reais, 15 mil reais era a contribuição para se tornar um cooperativado. Atualmente, a taxa de ingresso aqui deve estar em torno de 18 mil. [...] Mesmo com essa taxa tão alta, existe uma grande dificuldade para entrar, pois podem se passar vários anos para poder entrar. Eu, por exemplo, fiquei um ano esperando para conseguir entrar na Unimed”. (E2) “Hoje estas cotas estariam em torno de 30.000 reais. Assusta um pouco para quem está vindo, quem está começando, quem ainda não tem aquela clientela, para bancar os 30.000 reais [...]. Cada caso é um caso. A diretoria executiva analisa e decide a forma de pagamento para esse profissional. Se é um profissional que não interessa, se a gente sabe que não vai agregar nada ao município, nem para a cidade, nem para a Unimed, então o pagamento será a vista, são critérios da cooperativa, está no regimento”. (E14)

“Tem a taxa de ingresso, tem a cota capital. Na época que eu vim para cá era 2.500 reais e no ano que eu fui entrar passou para 20.000 reais. Essa cota é descontada mensalmente...”. (E23) “Na nossa Unimed existe a cota parte, são 3.000 reais e 12.000 reais pelo nome Unimed, ao todo são 15.000 reais. Isso é pago em 12 vezes. [...] Eu achei muito caro na época”. (E30)

3.4.2 Ingresso universal

Antigamente...

“Não havia barreiras, entravam todos os colegas que quisessem entrar na Unimed, porque, na época, a Unimed não era grande como é hoje. Então, no começo as pessoas entravam sem maiores problemas. Naquele momento não significava ganhos financeiros imediatos, nem ganhos de pacientes imediatos. Era mais a título de colaboração com a classe, mais uma entidade em função da classe.” (E11)

A rigor, é universal

“A rigor o ingresso é universal. Se você se formou e tem uma especialidade, você poderia entrar”. (E3) “Todo médico formado tem direito de entrar na cooperativa”. (E13) “Eu acho que não deveria restringir nada, até porque o princípio do cooperativismo diz isso”. (E4) “Esse princípio do ingresso livre é no sentido de que não há nenhum tipo de prevenção contra a raça, cor, sexo, etc.” (E34)

“A lei cooperativista é bem clara quando ela diz que para criar uma cooperativa ela precisa ter no mínimo vinte sócios e ter caráter ilimitado [...] Então, você não pode limitar o acesso a uma cooperativa, qualquer forma de cooperativa”. (E17) “Aqui, todos que pediram praticamente entraram”. (E6) “Já que é uma cooperativa de médico para o próprio médico, você não pode restringir o acesso de mais médicos. Se ela tem muitos médicos, é porque a região comporta”. (E21) “Hoje não é fechada a Unimed, qualquer profissional, com seu diploma pode solicitar o ingresso”. (E30)

Entre meio de roldão

“O médico, antes de entrar na cooperativa, geralmente ele não sabe nada sobre a cooperativa”. (E6) “A maioria das pessoas entra sem conhecer a cooperativa, numa conversa

muitas vezes rápida. Até mesmo porque, como é uma empresa de muitos anos, com credibilidade, é natural até tu entrares meio que de olhos fechados”. (E20)

“Como eu era nova na cidade e sabia que era uma coisa boa, eu achei que deveria entrar. [...] Naquela época, eu, particularmente, não entendia muito do que era a Unimed e ao longo do tempo eu fui formando opinião sobre o que é a cooperativa. Entrei meio de roldão. Entrei. Foi o que aconteceu”. (E15)

3.4.3 Curso de cooperativismo

Esse é obrigatório

“Sendo aceito, vais ter que fazer esse curso. Tu vais saber através do curso o que é a Unimed”. (E14) “Na minha época não precisava fazer curso, nada, simplesmente éramos convidados, ou tu se apresentava na Unimed e era aceito, mas hoje já mudou”. (E8) “Você tem que fazer curso de cooperativismo, que vai mostrar ao cooperado o que é o cooperativismo”. (E3)

“Os cursos acontecem na grande maioria das cooperativas. Esse curso é obrigatório, no sentido de preencher requisitos iniciais para você se candidatar a ser sócio da cooperativa”. (E17) “É imposto, é uma obrigatoriedade, mas daí depende do interesse de cada um eu fiz duas vezes porque quis”. (E9)

De que trata o curso?

“Começam abordando o que é cooperativismo, a história, no que se baseia. [...] Eu considero muito importante saber o que é uma cooperativa, como funciona, de onde tudo começou [...]. “Acho que é importante fazer isso daí [o curso de ingresso] porque tem muita gente que não entende cooperativismo”. (E25)

“É sobre a doutrina cooperativista, diz o que é e como funciona, como é que se distribuem os pagamentos, as rendas, as sobras, como deve se comportar o cooperado perante a cooperativa e a clientela que a cooperativa detém e oferece o serviço, tudo isso”. (E1)

“Ele [o cooperado] tem que saber os princípios, a filosofia do atendimento, que é diferente do particular. Ele tem que saber tudo sobre a empresa que ele vai comprar [...] A filosofia é diferente do particular, é coletiva [...] é só para ele saber por que ele vai ser dono da empresa, só que não será o único dono. Então, essa seria a filosofia do cooperativismo:

igualdade”. (E6) “Tem aquele entusiasmo inicial, mas, no fundo, passou uma semana, um mês e aí tu sentas de novo, não vais ficar todos os fins de semana, fazendo curso de cooperativismo”. (E25)

“Quando você faz o curso, parece uma maravilha, mas não é uma maravilha quando você tem que pagar aquele valor exorbitante (para entrar) e, geralmente, quem tem que pagar são as pessoas que estão começando e que estão com mais dificuldades. Este é o paradoxo”. (E2)

Não sei..., não lembro...

“Não lembro quanto tempo durou o curso, sei lá, aconteceram uns dois ou três encontros mais ou menos”. (E23) “Eu não sei se os médicos novos que entram na cooperativa recebem algum treinamento...”. (E5)

“O curso foi dado numa sexta à noite e num sábado de manhã. Eles davam as palestras, nós nos reuníamos em grupos e respondíamos algumas questões, eu não consigo me lembrar dos conteúdos”. (E7) “Faz tempo que eu fiz, eles nos deram para a gente toda visão do cooperativismo, que é uma coisa que realmente a gente não tem. Esse curso, eu creio, foi no final de semana que a gente fez, porque é pré-requisito para fazer parte da Unimed”. (E10)

“O que mais eles mostraram? Não lembro agora...”. (E9) “O curso foi em três ou quatro dias da semana, não lembro exatamente. [...] Mais ou menos foi isso aí. No final cada um dizia o que esperava da cooperativa. Acho que foram três a quatro dias”. (E12) “Tempo? “Não me lembro”. (E18)

TERCEIRO NÍVEL

Como nós estávamos comentando, tem o lado médico autônomo que é o profissional liberal e o médico ligado a Unimed. (E19)

Primeiro nível		
Tema 1	COOPERATIVA UNIMED: QUE SISTEMA É ESTE?...	

[....]

Segundo nível		
Tema 2	O MÉDICO COOPERATIVADO...	
Tema 3	O QUE LEVA O MÉDICO A ENTRAR NA Unimed...	
Tema 4	O INGRESSO	
	<ul style="list-style-type: none"> • Restrições para o ingresso... • Ingresso universal... • Curso de cooperativismo... 	

[...]

Terceiro nível		
Tema 5	RELAÇÃO COOPERADO versus UNIMED Fidelidade	
<p style="text-align: center;">UM CONVÊNIO</p> <p>A cooperativa é um convênio Lesando a cooperativa Começando a falhar... Não mudou a minha vida Ela “quebra” o médico não. Controlando os cooperados</p>		<p style="text-align: center;">UMA COOPERATIVA</p> <p>Ninguém nasce cooperativista Ser dono, prestador, intermediário Veio para ficar..., funciona... Participação</p>
Tema 6	RELAÇÃO COOPERADO versus USUÁRIO Vínculo	
<p style="text-align: center;">O MEDICO</p> <p>O profissional liberal Limitado pelo plano de saúde Limitando as consultas O dono que atende Não tem limite de consultas Paciente Unimed versus paciente particular</p>		<p style="text-align: center;">O USUÁRIO</p> <p>O paciente privado É o paciente que escolhe o médico O que leva o paciente escolher o médico Quero que você me peça um exame</p>

Estamos no terceiro nível. Aqui serão contemplados dois temas gerais de forma integrada, pois também possuem relação entre si: *A relação do médico cooperativado com a Unimed e a relação do médico cooperativado com o usuário*, razão de ser da Unimed. Cada tema produz mais dois subtemas cada um. No tema da relação do médico com a Unimed aparece a Unimed como se ela fosse um plano de saúde privado; por isso, a relação dos associados com a Unimed pode se estabelecer como se ela fosse uma espécie de convênio. Neste caso se estabelece uma relação comercial. Em sentido oposto, no outro subtema a Unimed aparece, segundo as falas dos cooperativados, como sendo uma cooperativa, onde a relação se dá com base nos princípios do cooperativismo. No tema da relação do cooperativado com o usuário um subtema se fixa na figura do médico, o dono que presta atendimento, e o outro subtema contempla o usuário, que é a razão de ser da Unimed. A questão é: Como se dá essa relação entre o cooperado e usuários?

Os dois grandes temas e os subtemas que serão apresentados nesta etapa correspondem à experiência do médico cooperativado já em pleno exercício de sua atividade na cooperativa. Aqui, diferentemente do conjunto de temas vistos na fase anterior, cuja ênfase foi na ação individual no processo de ingresso na cooperativa, agora toda a ação será realizada pelo cooperativado tendo como parâmetro, de um lado, a cooperativa e, do outro, o usuário. Como este cooperativado vai realizar sua ação? Como será a sua postura? Como será sua prática? É o que veremos a partir deste momento.

Como podemos observar no quadro, aqui novamente o tema geral se desdobra em três subtemas. O primeiro trata da relação do cooperativado com a cooperativa como se ela fosse um plano de saúde privado. Temos de entender que a Unimed, ao oferecer ao usuário assistência à saúde, oferece-se no modelo de um plano de saúde. Os dados apresentados a seguir mostram um jeito, uma forma, uma postura do médico cooperado se relacionar com a cooperativa Unimed. São suas falas que revelam esta relação. Vejamos.

3.5 Relação médico cooperativado *versus* Unimed

3.5.1 Fidelidade

“Quando nós entramos numa cooperativa, nós temos que nos ajustar. Existem algumas coisas que a cooperativa reza; ela tem suas normas, tem suas diretrizes, e a gente tem que saber fazer, ao mesmo tempo, uma medicina ética, capaz, resolutiva, atendendo alguns preceitos e alguns detalhes que a cooperativa reza”. (E24) “Tem regras que os associados devem seguir”. (E1)

“Na verdade, a gente é cooperado, eu acho que é assim, aceitou fazer parte daquela sociedade. Então, existem determinadas regras, como em toda sociedade tem. Então, quem aceita se submete, sabe que, aceitando aquelas regras, não vai se sentir prejudicado em outras situações. Porque, se eu sou cooperado da Unimed, não posso ser cooperado de outro convênio, vamos dizer, vamos dizer. Então, eu não posso, é opção da pessoa”. (E19)

“Se eu estou na cooperativa, eu sei que as regras são essas. Então, eu acho difícil que um cooperado vá querer fazer uma competição desleal com a cooperativa, porque ele está se autoprejudicando, porque a cooperativa, na verdade, como toda cooperativa, é de quem é cooperado. Se existem prejuízos, são dos cooperados; se existem lucros, são dos cooperados. Na verdade, é uma competição com a pessoa mesma”. (E19)

“A gente percebe que hoje o médico não consegue viver sozinho, não consegue mais abrir um consultório isolado. Se ele pensa que vai atender só paciente particular, não vai conseguir. O sistema econômico não vai permitir, não vai conseguir manter a sua família, ele vai ter que, obrigatoriamente, ter um vínculo com o SUS, com um hospital, alguns outros convênios, inclusive. Mas, infelizmente, é muito difícil, é uma luta muito árdua; para ele conquistar o mercado, é muito difícil. Eu não consigo viver só da Unimed. Eu não tenho

concorrente na minha especialidade, mas não consigo, porque a população não tem dinheiro. Mesmo que eu cobrasse uma consulta barata, o pessoal não quer pagar. Não tenho como me manter, eu preciso trabalhar como plantonista, eu preciso trabalhar numa emergência, eu preciso fazer outra coisa que possa me dar uma base para eu poder me manter, ter um diferencial”. (E22)

“A gente sabe que hoje a medicina privada é uma raridade, poucos médicos hoje em dia conseguem sobreviver só com a medicina privada. Querendo ou não, a questão dos convênios médicos eles são uma realidade no mercado”. (E24)

“Mas eu acredito que ninguém viva da cooperativa”. (E19) “O problema do médico é que ele precisa, como qualquer outro profissional, sobreviver. Ele atende o concorrente da cooperativa, mesmo que eticamente ele não possa atender. Ele atende para sobreviver, entende, porque, se ele vai só atender Unimed, tem pouco movimento e ele tem que se virar. Então, a gente tem que ter esse entendimento de tolerância. Aliás, diz-se que o que manteve viva a chama no início do cooperativismo foi, primeiro, os princípios e, em segundo lugar, a tolerância dos dirigentes, tolerância que o dirigente tem que ser tolerante”. (E6)

“Infelizmente, o sistema econômico do Brasil não permite que hoje você tenha apenas um emprego. Você vai ter que ter múltiplos empregos para poder manter um padrão, para poder estudar” (E22) “Então o que a gente faz, não faz cálculo, só pensa: ‘Ah! eu tiro tanto por mês *líííquido* da Unimed’. Então, vale a pena manter isso daqui, e é uma forma de me manter entrosado com o grupo e a gente brigar por outras coisas, porque aqui, infelizmente, eu sou obrigaado, não sou liberal, não sou profissional liberal”. (E7)

“Em (nome da cidade) tu pode atender todos os convênios fazendo parte da Unimed, aqui a nossa não? Então, assim é impossível”. (E8) “Aquele colega que não se mantém dentro da ética nós eliminamos, exigimos fidelidade”. (E13)

“Nós temos o maior coeficiente de honorários do estado e talvez do Brasil. Então, de alguma forma isso fideliza bastante o cooperado e, de outra forma, isso baliza o mercado. O cooperado sai ganhando até na concorrência, vamos dizer assim, porque ele não tem interesse em trabalhar por um valor menor daquela que a cooperativa remunera”. (E34)

3.5.2 Um convênio

A cooperativa é um convênio

“Tem muita gente que não considera mais como uma cooperativa, mas um convênio como qualquer outro”. (E8) “Em termos monetários, financeiros, ela é um convênio um pouquinho melhor para o médico, embora ela seja muito auditada, muito supervisionada”. (E16) “Dentro dos convênios a Unimed é a que tem o maior respaldo, tem o maior número de usuários”. (E12) “O único convênio que mais atende paciente e que paga melhor é a Unimed. Então, por que eu não vou querer o melhor convênio? Então fui atrás. É o convênio que melhor paga”. (E7)

“A cooperativa é só mais um convênio, que ele (cooperado) atende e que ele (cooperado) encara como um convênio. Se você for falar com a grande maioria dos médicos e perguntar o que é a Unimed, eles vão dizer que é um convênio. Se o dono do negócio disser que é um convênio e não disser que é minha empresa, é meu negócio, só aí você vai ter que gastar muita energia para fazer essa pessoa mudar a conversa”. (E17)

“Se fores pesquisar bem o assunto, o médico diz: ‘Eu sou credenciado da Unimed’. Na verdade ele não é credenciado, ele é um sócio, um dono, mas na cabeça dele ele é credenciado como se fosse do SUS ou de outro convênio, do IPE, por exemplo, onde ele atende e ganha por aquele paciente. A cooperativa é diferente, ele é sócio ou dono, mas na cabeça dele ele é credenciado, ele não é dono”. (E1)

“O convênio [...] ele te paga e tu trabalhas”. (E13). “É estritamente uma relação de trabalho”. (E16) “Alguns cooperativados não estão satisfeitos com essa relação, que ficou uma relação empregador/funcionário”. (E28) “Na realidade, a gente perdeu o paciente particular e se tornou empregado do convênio, sem vínculo empregatício”. (E31) “Então, é bastante complicada essa relação médicos e convênios, né, e a cooperativa entra aí como uma intermediária, ela não funciona como um convênio qualquer”. (E7)

“Dá para dizer até que eu entrei na Unimed sem nem saber o que era a Unimed, só sabia que era outro mercado de trabalho. Eu entendia no começo que era ser credenciado”. (E4) “O primeiro contato que eu fiz foi com o pessoal da Unimed, por ser uma cooperativa dos médicos, e me credenciei”. (E5)

“Eu não sei, mas do ponto de vista médico que participa das assembleias e passa o resto do tempo trabalhando, atendendo os pacientes, a Unimed se difere muito pouco dos outros convênios”. (E27)

“É um plano de saúde [...], não é necessariamente um plano de saúde eficaz”. (E2)
 “Se tornou como qualquer outro plano de saúde, entre aspas, como exploração do trabalho médico. Essa é a relação que me parece. Todas as reclamações que se ouve, que a gente sente, é isso, como uma exploração do trabalho médico”. (E28) “Até que paga bem por ser um plano de saúde”.(E7) “Na realidade ele (o plano de saúde) veio para que o médico não fosse explorado por outros intermediários”. (E15)

Lesando a cooperativa

“Os colegas pensam que a Unimed é só um emprego a mais, acham que a Unimed é um tipo de convênio, e por isso lesam como eles podem a Unimed, inventando procedimentos, criando coisas que não existem, com isso aumentam as despesas. Ele não está preocupado com o crescimento da cooperativa, como uma empresa; ele está preocupado é fazer com que ganhe cada vez mais naqueles procedimentos que ele quer”. (E4) “Ele acha que a cooperativa é um plano de saúde comum, que ele tem que tirar o máximo de proveito do plano”.(E1) “Então, no entender comum da classe médica, individualmente é mais um convênio. Então por isso os caras (os cooperados) caneteiam lá, pedem exames, pedem outras coisas”. (E3)

“Dentro da cooperativa uma coisa que eu acho muito complicada é justamente o colega aquele, como em qualquer profissão também tem, que é o mal intencionado. Ele não está preocupado com o crescimento da cooperativa, como uma empresa, ele está preocupado é fazer com que ele ganhe cada vez mais naqueles procedimentos que ele quer. É mal intencionado mesmo. É impossível um médico que faz parte de uma cooperativa não tenha o mínimo de conhecimento dos procedimentos de uma cooperativa”. (E4)

Está começando a falhar

“Como é que uma idéia tão boa pode ter dado errado, né?. (E2) “Então, ela acabou perdendo, de certa forma, um pouco da sua característica inicial de quando ela foi criada”. (E17) “Eu acho que a Unimed, ela está começando a falhar. [...] Eu acredito muito na Unimed, só que minha preocupação é que ela está sendo desvirtuada”. (E8)

“Acontece que vão ocorrendo vários percalços, não só na nossa, como em outras. Todos os cooperados têm sempre um pé atrás, porque aconteceu isso na Unimed X, ‘roubaram dinheiro na Unimed Y’, desviaram, fizeram uma série de coisas, que foi desvirtuando. Então você perde um pouco da confiança da direção [...]. Na verdade o

enfoque inicial acabou se abrindo muito, então o médico, hoje, ele não vê até a Unimed com bons olhos. A Unimed, que deveria ser o melhor parceiro dele, ela não é.”(E21)

Não mudou a minha vida

“A Unimed não mudou a minha vida. A Unimed me proporciona que pessoas venham procurar meu atendimento por eu fazer parte da Unimed. De que maneira ela influencia para mim? As pessoas que têm o convênio acabam vindo consultar com a gente”. (E10) “É que depende de cada um e, para mim, a cooperativa é apenas um plus em minha vida. Eu acho uma coisa boa, acho boa, mas ela não interfere em nenhuma das outras atividades, nenhuma, nada que eu queira”. (E19)

Ela “quebra” o médico não

“Eu também gostaria que ela não quebrasse. Agora, não é a paixão da minha vida”. (E7) “Se a Unimed quebrar, for mal, o médico não vai quebrar, porque ele atende IPE, Banco do Brasil, ele atende medicina privada, ele atende vários convênios. Você tem diversificação. Bem diferente da sistemática do agricultor, que, se a cooperativa quebrar, o agricultor vai junto”. (E21)

Controlando os cooperados

“Então, as reuniões da cooperativa são mais ou menos nesse sentido: ‘Olha vocês não estão tratando com um plano de saúde qualquer, é a Unimed, vocês estão tratando com uma coisa que é de vocês. A caneta de vocês pode onerar o sistema. Não é fazer uma má medicina, é fazer o que é necessário’”. (E3)

“Tudo tem que ter controle, tudo tem que ter controle. Se a pessoa não é controlada... Às vezes até no hospital as pessoas falam assim: ‘Por que será que tem médicos que pela Unimed são tantos dias de internação e pelo SUS deixam tantos dias a mais, pelo IPE deixam tantos dias, entende’? Tem que ter controle. Então, na realidade a gente deveria ser sempre a mesma pessoa, quer dizer, eu vou atender o paciente, eu não vou atender o convênio, quer dizer, eu vou atender o paciente e sua doença...” (E15)

“Havia todo um conluio que favorecia a internação do paciente, favorecia o paciente em primeiro lugar, favorecia o hospital. O custo hospitalar é elevado e favorecia o médico que ganhava as diárias desnecessárias, digamos assim. Então, o que a gente fez nesses anos todos? A gente foi minando esse tipo de situação. [...] A auditoria é importante, ela tem uma série de ingerências éticas, então é mais no sentido educacional do que restritivo”. (E34)

“Um dos papéis que desempenhamos na auditoria e da perícia é justamente avaliar”. (E4) “Se algum colega sair dessa linha de pensamento e pensar só em si, ele vai quebrar a cooperativa e vai quebrar o preceito. Digamos assim, a pessoa tem um laboratório de radiologia, podes checar, eles são exames caros, ele pode muito bem pensar em ganhar dinheiro, ele pede exames e mais exames para o seu benefício. A cooperativa sai perdendo, todos os outros cooperados saem perdendo, o paciente sai perdendo, só ele sai ganhando. Esse tipo de postura é inaceitável dentro de uma cooperativa”. (E24) “Aqui até tivemos cooperados suspensos vários meses do exercício por decisão administrativa da Unimed. Não tivemos nenhum caso de expulsão na Unimed, mas tem caras que deveriam ser expulsos”. (E4)

3.5.3 Uma cooperativa

A cooperativa [...] é uma forma de congregar mais os médicos, porque nós somos uma classe extremamente desunida. (E19)

Ninguém nasce cooperativista

“Ninguém nasce cooperativista, a gente vai ficando com o tempo, à medida que entende a filosofia cooperativista”. (E34) “Então, o sistema se constitui a partir de todos nós que fazemos parte da cooperativa pensando coletivamente”. (E3)

Ser dono, prestador, intermediário

“Quem é o dono da cooperativa? São os médicos” (E3). “Hoje eu entendo que a cooperativa é uma empresa nossa. (E4) “Afim, todo mundo é dono. Esse é o princípio: todo mundo é dono da Unimed, *grosso modo*, falando. (E10) “Tu é tua cooperativa, entendes?”. (E14) “A gente é dona de uma empresa, mas não é a única dona, são vários cooperados, cada um tem uma cota parte igual. A gente tem que defendê-la com unhas e dentes, eu vejo assim, para que cada vez mais ela se firme no mercado”. (E15) “Nós somos sócios, donos dela, se ela vai bem, nós vamos bem, se ela vai mal, nós vamos mal”. (E17) “Você sendo dono do que é teu, você tem certas garantias, tem que trabalhar de acordo com a maioria, é justo, facilita muito, são certas garantias que você tem que ter”. (E18)

“Então, na verdade, nós, ao mesmo tempo que prestamos o serviço, nós somos os donos, a gente é, ao mesmo tempo, o prestador e o intermediário. Tudo pelo fato de sermos uma cooperativa, a gente sabe que todos os cooperados têm o mesmo poder. Claro, existe a

diretoria, mas, na verdade, todos os cooperados, teoricamente, apresentam o mesmo voto dentro da cooperativa. Então, a gente executa, a gente não fica no meio do caminho” .(E24)

“Eu acho que as pessoas, de modo geral, não se sentem donas”. (E3) “O cooperado, ele não se dá conta que ele é sócio da empresa, sócio da Unimed. Ele acaba não encarando a Unimed como uma empresa sua e, muitas vezes, o médico, ele mesmo, acaba prejudicando a sua própria empresa”. (E21)

Veio para ficar... funciona...

“O que é a Unimed? [...] a Unimed é uma cooperativa, e por isso todos devem trabalhar em união, uníssono, todos com os mesmos pensamentos. [...] Os sócios têm que dar as mãos. Se houver um sócio que não ande dentro das linhas, ele pode ser convidado a se retirar”.(E14) “A Unimed é uma cooperativa e, dentro dessa cooperativa, o princípio básico é o cooperativismo, é isso aí, cooperar”. (E10) “Tem um companheirismo muito grande, tem churrasco, todo mês tem reunião, tem essa parte da amizade, é muito bom”. (E12) “A maioria dos médicos cooperados busca na Unimed isso, essa convivência”. (E4) “A cooperativa foi criada tendo em vista esse fator agregador com todo mundo igual”. (E8)

“Eu acho que a idéia Unimed é uma coisa que veio para ficar”. (E19) “Unimed, sem dúvida, é algo consagrado, uma instituição de extrema confiança que a gente sabe que funciona”. (E10) “É um sistema bem bom, muito interessante”. (E1) “É uma idéia inovadora, que se implantou e conquistou a população”. (E13) “A Unimed é uma coisa que a gente trata com carinho. Realmente, eu tenho um carinho enorme pela Unimed”. (E10)

“Existe uma relação de confiança entre o médico e a Unimed”. (E16) “Sozinho, você não consegue nada. Então, você tem que se unir, dentro de uma estrutura que tenha história, que tenha força e que tenha a palavra união, senão você é mais um, é isso”. (E22) “Eu acho que a cooperativa funciona para nós como uma defesa profissional, não no sentido exclusivamente financeiro, mas em todos os sentidos, no sentido político, no sentido social”. (E7)

“Na verdade, não é uma coisa imposta, é opcional de cada um; a pessoa entra se quer e sai quando quer, também. É um modo de juntar as pessoas, eu acho, porque é uma referência”. (E19) “Ela ensina a conviver com outros colegas e decidir pela maioria, pelo bem comum. Eu acho que essa é a influência que a cooperativa nos traz aqui”. (E25)

“A pessoa, sozinha, para atingir alguns objetivos em termos de conquista é muito difícil e no momento que tu tens um grupo, tem maiores facilidades para buscar, brigar por

condições de trabalho, remuneração, essas coisas todas”. (E31) “Ela tem interesse que todas as pessoas se conheçam, se relacionem”.(E20) “Também é a possibilidade de se encontrar, conversar, chegar ali, matar as saudades. Faz tempo que não vê alguém, é lá que tu vais encontrar. Eu acho que esse lado mais humano faz a gente, de repente, se agregar mais”. (E19) “Tu tens que cuidar daquilo que é teu, mas que não é só meu, é dos outros também”. (E15)

Participação

“O cooperado pode mudar alguma coisa na Unimed? Sozinho não, lógico, mas ele pode ser o início de alguma mudança de procedimento”. (E10) “No meu ponto de vista, a participação é muito significativa, sempre a gente é ouvido, sempre a gente abre a boca e grita”. (E16)

“Eu acho que tem uma participação boa. [...] O pessoal é bem participativo, discute bastante. Quando algum cooperado ou um grupo de cooperados acha que alguma decisão que está sendo proposta pela direção, pelo pessoal não é certa, tem muita discussão, sempre se opta depois através do voto, mas todo mundo expressa suas opiniões, tenta discutir e ver qual é a melhor opção”. (E12)

“Se é uma Unimed pequena, ou seja, o número de cooperados é pequeno, digamos assim até uma centena, se consegue trabalhar melhor. Consegue-se individualmente, conhecer cada um, a realidade de cada um, quem é aquela pessoa, o que ela faz, qual o tipo de paciente que ele atende, o que ele precisa. Agora, veja a dificuldade numa Unimed maior, numa grande capital, por exemplo, que às vezes tem milhares de cooperados. É muito difícil de sensibilizar todas as pessoas, mesmo que você encaminhe ofícios, documentos, convites para reuniões. Isso tem relação direta com o número de cooperados quanto maior o número de cooperados, mais difícil é ter uma idéia comum, é mais difícil de sensibilizar essas pessoas, mais difícil de você congrega forças, porque cada um vai ter a sua realidade. Isso, inclusive, vai ser setorizado dentro da própria Unimed. Mas a gente percebe que numa Unimed que tem poucos cooperados você consegue unir mais, consegue sensibilizar mais, se tornarem mais participativos”. (E22)

“Eu acho que o problema da Unimed é um problema de todas elas: não é todo mundo que está disposto a ceder o seu tempo em função da coletividade. É uma coisa pouco altruísta”. (E30) “Ela cresceu a tal ponto que as pessoas pouco participam”. (E3) “Tem gente que está cooperada, que não participa”. (E10) “A pior coisa que tem numa relação é a

indiferença. Acontece a indiferença, as pessoas não se preocupam, elas não vão às reuniões, não se interessam”. (E11) “Na verdade, é por não querer se envolver, é justamente por isso, porque sempre tem discussões mais acaloradas, a coisa é complicada”.(E21)

“Onde tem maior audiência é nas assembleias, nas festas. Busca-se trazê-los para a cooperativa, para falar, sugerir, criticar”. (E15) “A participação dos cooperados nas assembleias não é muito, a não ser quando há algum conflito. O pessoal se mobiliza um pouco [...]. Eu acho que deveria ser mais, o médico não participa muito disso”.(E1)

“Tem pessoas que não participam muito, ficam no consultório à noite na hora que tem uma reunião na Unimed. Naquele dia não deixam de marcar mais pacientes para ir numa reunião [...]. Existem, porém, algumas pessoas, eu acho, que não têm interesse ou têm outros interesses que acham sejam mais importantes.” (E12) “Essa participação, ela não é o ideal; o ideal seria mais gente participar, mas muitos não participam, como ocorre em clubes, porque estão contentes”. (E6)

“Na verdade, eu sou cooperado, mas sou profissional liberal. Eu estou aqui no meu consultório, eu não estou lá na Unimed. De repente, muitos têm essa idéia, por isso não participam tanto. Usam a Unimed e vêem a Unimed como mais um convênio, como eles atendem pelo IPE e outros convênios. Então, de repente, para este profissional, se ele vê como mais um convênio, então ele poderá pensar: ‘Por que eu vou na reunião para perder meu tempo’? Acho que é isso”. (E12)

“Eu nunca participei de nada, a não ser votar para presidente e cargos eletivos da Unimed, que eu nem sei de dizer quais são. Sei que tem assembleia pelo menos uma vez por ano, nesta assembleia sempre aparece o balancete”. (E5) “O médico fica naquela coisa da individualidade, dos dois lados: ‘Eu estou aqui mas não estou. Se tu precisares de mim, me chamas, mas não me chamas muito’”. (E35)

3.6 Relação cooperado *versus* usuário

“Quando existe uma relação médico versus paciente boa ele confia em ti até debaixo d’água, essa é uma verdade”. (E4) “O médico fica numa atitude conflitante, entre atender e não atender, abrir a sua agenda livremente ou dificultar o acesso, forçando a procura do paciente pela consulta particular, privada. Então esse é um conflito do profissional, que existe em algumas áreas, dentro de qualquer atendimento de convênios”. (E17)

3.6.1 O vínculo médico *versus* paciente

“Hoje a coisa está tão atropelada que não estou tendo mais tempo para ter essa relação com o paciente. Então, eu não sou mais liberal com o paciente, eu sou simplesmente alguém que está ali dentro de uma máquina que faz esse procedimento. Então, nem se conversa mais com o paciente. Estou sem tempo de fazer isso aí, de conversar, de explicar para o paciente o que eu vou fazer com ele, de criar aquela relação médico-paciente”. (E4)

“Na medida em que se distancia essa relação médico-paciente, que não tem esse estreitamento, mais favorece aos processos médicos legais. Tu não podes utilizar muitos exames. Então, tu precisa ter bom senso; mas, para ter bom senso, tu precisas muitas vezes dispor de bastante tempo, ouvir bastante o paciente, e às vezes o que se recebe é pouco, tu tens que fazer um atendimento bastante rápido. O médico fica nesse aperto, nesse impasse.” (E28)

“O vínculo direto com o paciente, você já notou, nós realmente estamos cada vez mais distantes, nós temos uma interface difícil de transpor. [...] O paciente conveniado não é fiel, não é fiel; por cinco reais ele muda de médico. Infelizmente, eu tenho isso aí para dizer, claro que existe um elo que a gente cria. Eu acho que eu consigo bastante consultas da Unimed através do meu modo de atender, mas, se entrar dinheiro por alguma razão, eu aqui não me refiro à diferença porque eu nunca cobre um tostão de diferença cirúrgica e nem vou fazer isso, aí eu prefiro abandonar o atendimento pela Unimed”. (E26) “A paciente de convênio não tem fidelidade”. (E7)

3.6.2 O médico cooperativado

O profissional liberal

“Liberal porque é ele que vai escolher o procedimento que ele vai fazer naquele paciente. É o paciente que faz a escolha do profissional que quer consultar e aí se estabelece uma boa relação entre o paciente e o médico, boa no sentido de alguém que confia no outro para fazer aquele procedimento”. (E4)

“Nas reuniões sempre se falava isso, que o médico é um profissional liberal! Mas o que é liberal? É liberdade de quê? Do poder de cima para baixo? É essa a liberdade? A minha liberdade vai até onde começa a do outro. Então... sempre se falava em liberal, mas o que é

ser um liberal? Eu posso fazer tudo? Não é bem assim. Foi com o passar dos anos que a gente foi aprendendo”. (E6)

Limitado pelo plano de saúde

“Ele cria uma relação com o seu paciente a seu modo, trata o seu paciente à sua maneira, ele tem liberalidade de fazer tudo isso. Isso é uma coisa muito boa na relação médico-paciente, porque não tem nada que atrapalhe essa relação. Mas aí tu pegas um plano, até o plano de saúde da própria Unimed. Aí eu não tenho a liberalidade de propor ao meu paciente tal coisa. O paciente solicita alguma coisa e aí a gente diz: ‘Mas isso aí a Unimed não dá’. Aí já restringiu essa liberalidade, quer dizer, já não é tão liberal assim. ‘Eu gostaria de oferecer isso para você, mas o teu plano de saúde não oferece isso’. Se estiver dentro de um plano, não é mais tão liberal assim. Mas nós nos obrigamos a chegar nisso aí. De certa maneira a coisa está fechando que hoje não se tem tanta liberdade”. (E4)

Limitando o número de consultas

“Existem médicos que estabelecem um número de atendimentos de pacientes Unimed, tem pessoas que fazem isso. Aí eu acho que, do ponto de vista do cooperativismo, não é correto”. (E3)

“Muitos médicos cooperativados, quando o paciente o procura para uma consulta, ele marca esta consulta para dali três ou quatro meses para forçar transformar o cliente, mesmo conveniado na Unimed, num paciente particular. É um mecanismo. Existe uma discrepância de postura neste médico entre seu consultório particular e, ao mesmo tempo, ser sócio da cooperativa. Se o paciente pagou a Unimed, eu devo satisfazer o cliente na hora que ele me procura, para que eu tenha mais rendimento e a cooperativa possa vender mais planos de saúde. O médico não vê essa parte, pois eles se vêem como credenciados. Mas, se eu sou dono da cooperativa e forço-o a pagar a consulta particular, aquele cliente que hoje me pagou a consulta vai falar mal do plano da minha firma: ‘Então, não vale a pena um plano que na hora que eu mais preciso ele não me atende’. O médico não vende a imagem da Unimed como um negócio dele”. (E1)

“Tem gente que atende uma Unimed por semana. Então, quando o paciente procura porque precisa, não tem consulta para ele. Ainda ontem eu encaminhei um paciente para um médico (colega), e o médico disse que no convênio não poderia atender e que poderia atender

só se fosse particular”. (E5) “Eu, pessoalmente, não acredito em nenhuma resposta de secretária, não acredito em nenhuma resposta que me diz que não tem vaga”. (E26)

“Tu podes atender quatro pacientes por dia, cinco, e viver melhor e ganhar bem menos, é uma escolha tua. [...] Eu limito, eu atendo três convênios de manhã e quatro convênios à tarde, e o resto é um Deus nos acuda [...]. O resto é para paciente privada ou para eu pegar e descansar [...] E hoje, na minha área, eu acho que sou o que mais tem atendimento pela Unimed, só que está começando a ficar difícil assim, arrumar horário, porque eu limitei em sete pacientes por dia”.(E7)

O dono que atende o paciente

“A pessoa é atendida pelo seu próprio dono. Isso é uma coisa importante. Tu vais numa empresa, tu és atendido por seus colaboradores, funcionários, mas a Unimed sabe que cada médico é dono da empresa. Até pode existir muitos que não se fazem assim, que às vezes podem trabalhar contra a empresa, mas você é o dono, a pessoa sabe”. (E15)

Não tem limites de consultas

“A cooperativa tem enviado correspondência para a gente qualificar o atendimento e cuidar dos limites de consultas. [...] Na Unimed não tem esse limite para consultas. Inclusive a gente poderia atender até muito mais”. (E5) “Não existe um número limite de pacientes que você pode ou deve atender pelo plano de saúde”. (E1) “Você atende quantas consultas quiser”. (E3)

“Isso varia muito da maneira como cada colega organiza seu consultório. Para mim não faz diferença; o que vale é a agenda, quem liga, marca. Não há espera, na minha especialidade as coisas não são marcadas com tanta antecedência; nós preenchemos os horários ao longo da semana e eles vão sendo preenchidos, sabe. Não faria diferença para mim, por exemplo, atender uma filantropia como a gente atende aqui, uma Unimed, um particular, em termos de dias de atendimento. Está marcado, cada um vai ter a sua vez, e assim funciona para todo mundo, independente de ter convênio, de ser Unimed particular ou filantropia. Então, isso é muito particular de como os colegas organizam as agendas de seus consultórios, para mim não faz diferença”. (E10)

“Eu atendo a Unimed, exatamente como eu atendo o particular. Eu não faço distinção de horário, eu não faço distinção de exame, eu não faço distinção de tempo: ele vem, ele se anuncia, ele é atendido. Então, dificilmente, aqui na clínica, acontece aquele problema que

acontece em muitos lugares: se é pela Unimed só daqui a dois meses, mas se é particular tem vaga amanhã. Isso não acontece, é até interessante, você olhar lá na frente, à medida que a pessoa telefona, ela é encaixada dentro das vagas dadas”. (E26)

Paciente da Unimed *versus* o paciente particular

“Unimed acabou, por assim dizer, sendo a intermediária entre o paciente particular que estávamos falando e o previdenciário. Por isso, como falei no começo, temos que considerar como particular o paciente da Unimed. [...] Para mim, é um paciente particular que eu tenho na Unimed. Eu tenho que tratar bem esses pacientes, aliás, eu trato bem todos os pacientes”. (E4)

“Paciente ruim da cooperativa é a paciente que teria condições de ser tua paciente particular. A gente sabe muito bem disso porque a gente conhece as pessoas da cidade e tu tens que dar um atendimento padrão, porque tu não vai te queimar ali”. (E7)

3.6.3 O usuário

Paciente privado

“A paixão da minha vida são minhas pacientes particulares, dentro da minha profissão, claro. [...] Uma paciente particular *beeem* atendida te manda três ou quatro particulares. Eu sempre brigo com as meninas (secretárias): ‘Deixem, no mínimo, uma *hooora* para atendimento da paciente particular para a gente fazer uma boa... ao menos a primeira consulta”. (E7)

“Um artigo do Drauzio Varella que diz que hoje em dia médicos que vivem exclusivamente da medicina privada são aves muito raras e a tendência é que sejam cada vez mais”. (E24)

“As pessoas da cidade que tinham condições de comprar o serviço particular, também tinham direito a comprar um plano de saúde. Então, ao mesmo tempo em que a gente formou um plano para trazer aquele que não podia pagar ou que podia contribuir com pouco, nós também matamos a galinha dos ovos de ouro, porque o cliente que tinha alguma coisa para contribuir com atendimento particular, esse principalmente podia comprar Unimed e eles passaram a comprar Unimed”. (E3)

“Até onde podemos falar do médico liberal e paciente particular junto está desaparecendo. O paciente particular está desaparecendo, quase não existe mais. Agora, o que

existe ainda é a possibilidade do paciente pagar uma consulta particular. Isso é muito comum, tu pagares para o teu médico. [...] O paciente particular quase não existe mais, porque o paciente hoje vai buscar o que é mais conveniente para si em termos financeiros. Antigamente, o paciente particular fazia um tratamento hospitalar enorme e não gastava muito, não era assim um gasto astronômico”. (E4)

“O ideal seria que toda a paciente fosse particular, esse é o correto. Nem que ela venha aqui e me traga uma galinha do quintal dela e duas dúzias de ovos, pronto está bem pago. Eu não sei, eu acho que eu seria mais feliz se eu vivesse a medicina dos anos 50, porque eu me dedico muuuito para minha paciente, naquele momento ali eu sou sóóóóó dela. Todo o meu conhecimento eu vou usar para tentar melhorar a qualidade de vida dela e não existe recompensa, assim do ponto de vista financeiro, porque o que conta é o que fica”. (E7)

“Quem são as pessoas que têm plano de saúde atualmente? São as pessoas que têm algum poder aquisitivo, para conseguir pagar mensalmente. A gente comenta que o paciente particular praticamente desapareceu e os que têm grande poder aquisitivo e que não têm plano de saúde é uma minoria. E os que têm particular, o que aconteceu? Às vezes, tu tens que dar desconto nas consultas, aceitar pré-datado, coisas assim. As pessoas sentem necessidade de ter seu plano de saúde e, com isso, você está garantido também, estás te garantindo.” (E15)

“O paciente particular é fiel, ele não reclama, ele não questiona, ele não processa. É tudo isso, é um perfil completamente diferente, só que ele está em extinção. Você vai falar com cinquenta médicos, quarenta deverão dizer que praticamente não têm mais clientes particulares, mais ou menos essa proporção.” (E26)

“Hoje os meus pacientes particulares que chegam no meu consultório são pessoas de baixo poder aquisitivo, que não conseguem pagar um convênio. Daí eles juntam o dinheiro para vir consultar, porque aqueles que têm dinheiro mesmo, que são as famílias mais abastadas da cidade, vêm pela Unimed. Então, acabou saindo o tiro pela culatra”. (E31)

É o paciente que escolhe o médico

“A cooperativa não indica médicos, ela apresenta a lista dos especialistas, e as pessoas fazem sua livre escolha, depende do trabalho de cada um”. (E1) “O paciente escolhe o profissional e vem ao consultório conforme ele deseja, ele tem a sua carteirinha”. (E5)

“O cliente está acima de tudo, tem que tratar bem o cliente. [...] Agora, pode abrir consultório, mas é o cliente que vai optar, ele irá para quem oferecer a melhor coisa. A

direção continua sendo a mesma, médico/cliente, mas agora inverteu o sentido: quem manda é o cliente.” (E6)

“Paciente é como filho, tu educa, só que ela pode escolher se quer ser sua filha ou não, ela tem livre arbítrio. Então, eu digo, meu jeito de trabalhar é assim e ponto final, elas procuram pela qualidade do atendimento, pela confiança”. (E7)

O que leva o paciente a escolher o médico

“São vários fatores que levam o paciente ao próprio médico: capacidade profissional, nível intelectual do médico, carisma do médico. Tem uma listinha por ordem alfabética, as pessoas procuram os médicos e é assim que funciona”. (E11) “Aí as pessoas começam a ouvir teu nome, elas começam a te perguntar se tu atendes Unimed: ‘Tu atendes Unimed’? O que as pessoas querem? Elas querem ser atendidas, elas querem te conhecer, mas, primeiro, elas querem saber se tu estás encaixado no convênio delas. Se tu não estás, elas não querem mais saber de te conhecer também. Essa é a relação que exigem; ‘Ah! eu pago um plano de saúde, eu vou num médico que tem; se ele não tem, então eu não vou ir’, 95% das pessoas pensam assim”. (E7)

Eu quero que você me peça um exame...

“A pessoa que possui um plano Unimed vai no meu consultório e diz: ‘Eu quero que você me peça uma tomografia da cabeça’: E eu pergunto: ‘Mas por que você precisa uma tomografia?’ ‘Porque eu tenho uma dor de cabeça’. Ele não tem nada, mas tem direito. E o médico quando entra nessa e começa, desenfreadamente, a fazer o desejo do cliente, está onerando a Unimed. Ele está diminuindo os lucros dele, dos próprios colegas e do próprio sistema. Você já gastou tanto que a Unimed já não tem como cobrir”. (E3)

“O paciente senta e põe em cima da mesa a ressonância e diz: ‘Doutor, eu tenho tal coisa’; Quer dizer, o paciente já senta para ti olhar o exame, ele não quer falar sua história. Aí tu diz: ‘Deixa teu exame e me conta tua história’. ‘Mas eu tenho tal coisa’... Então, essa é uma consulta viciada e, se o profissional não tem cuidado, ele vicia nesse sistema e ele se perde”.(E17)

“Ele quer aproveitar de fazer um exame que ele nunca fez. É a chance que ele tem de fazer um exame gratuito. Gratuito para ele, não gratuito para a entidade. Então, o meu critério de pedir exames é exatamente o que eu faria com o particular”. (E26)

“Aí é que se coloca uma questão importante: é mais fácil para o médico que está ali pedir outro exame do que conversar cinco minutos com o paciente e explicar sua situação. Então, essa é a questão.” (E3)

QUARTO NIVEL

Primeiro nível	
Tema 1	COOPERATIVA UNIMED: QUE SISTEMA É ESTE?...

[....]

Segundo nível	
Tema 2	O MÉDICO COOPERATIVADO... O QUE LEVA O MÉDICO A ENTRAR NA UNIMED... O INGRESSO <ul style="list-style-type: none"> • Restrições para o ingresso... • Ingresso universal... • Curso de cooperativismo...
Tema 3	
Tema 4	

[...]

Terceiro nível	
Tema 5	RELAÇÃO COOPERADO versus UNIMED <ul style="list-style-type: none"> • Um convênio... • Uma cooperativa...
Tema 6	
	RELAÇÃO COOPERADO versus USUÁRIO <ul style="list-style-type: none"> • O médico... • O usuário...

[...]

Quarto nível	
Tema 7	ADMINISTRANDO A COOPERATIVA UNIMED Secretária O ideal dos primeiros anos O tamanho da cooperativa Participação ligada aos cargos Centralização PODER COMO DOMINAÇÃO/BUROCRACIA
	PODER COMO SERVIÇO

O quarto nível traz a questão do espaço do poder. O tema que será abordado tem como título “Administrando a cooperativa Unimed”. Os subtemas: o poder como dominação/burocracia e, poder como serviço. Os enunciados destacam a questão do papel da Unimed como secretária e o ideal dos fundadores num comparativo com a realidade atual.

3.7 Administrando a cooperativa Unimed

3.7.1 Unimed no papel da secretária

“É fundamental entender o que é uma Unimed. A Unimed nada mais é do que uma secretária: a Unimed é secretária do médico. Eu sou médico e tenho uma secretária no meu consultório. Agora, eu tenho a Unimed e eu tenho noventa, cem secretárias por mim, que vão atrás de planos, que vão atrás disso, que apresentam as contas, me pagam no fim do mês, porque ela não atende o cliente, ela só intermedia. Então, se eu entro na Unimed, eu já entro com trinta convênios, com cinquenta convênios, porque ela é só secretária minha. [...] A Unimed funciona como secretária. É a qualidade do atendimento é que vai diferenciar o médico.” (E6)

“A Unimed, para o médico, preenche uma necessidade de intermediar uma relação com o paciente”.(E16) “O que faz a cooperativa? Distribui os pacientes e todos se sentem bem, é uma mãe brasileira, como seria vulgarmente chamada, dá cobertura. Dizer que é ruim, não é. É excelente”. (E13)

O ideal dos primeiros anos

“Eu fui um dos diretores, eu sempre lutei, mas naquela época, nos primeiros dez anos, a gente sempre pagava as nossas despesas, os nossos custos, porque a Unimed não existia, era uma estrutura que alguém tinha que pagar. Então, cada um pagava sua despesa. Agora não, agora todos (os diretores) recebem para viagens, presidentes, agora todo mundo recebe. Nos primeiros anos era só por ideal, né. [...] Fazíamos palestras nos municípios de interior, nos sindicatos, sobre cooperativismo, coisas assim. Mesmo a gente não sabendo muito, procurava se inteirar, mas vivia aquilo, acreditava naquilo”. (E6)

O tamanho da cooperativa

“Tudo aquilo que vai crescendo sem grandes planejamentos vai deixando lacunas. E o Sistema Unimed cresceu rápido demais. [...] Muitas vezes, em grandes cooperativas eles [direção] se perdem dentro daquela máquina de gerenciamento, e o lado humano e profissional do médico cooperado fica um pouco de lado, diferente de uma cooperativa de pequeno para médio porte”. (E17)

“Passa a ser uma coisa mais democratizada, que dá mais acesso para mais pessoas, mas aí vem a questão do gerenciamento disso”. (E3)

A participação ligada apenas quando exerce cargo de direção

“Você pode dizer: ‘Mas você deve participar da administração da Unimed’. E eu digo que não, não devo participar da administração, eu não tenho experiência administrativa, só como membro cooperado, eu acho isso. [...] Eu sei de pessoas que participaram da direção e hoje não têm mais vínculo nenhum. Por que deixaram de participar? O que houve? Talvez tenham tido vontade de mudar, mas chegaram lá e deram com os burros n’água. Não conseguiram mudar nada, pelo contrário, a coisa continua tudo na mesma”. (E2)

“Se tu me perguntar [...] como está a Unimed hoje, eu não sei, porque eu não tenho participado. E eu que já fui um fundador de uma Unimed, eu fui... participei dessa Unimed em duas gestões, as gestões são de três anos, participei na Comissão de Ética [...] E mesmo eu que participei dessa Unimed durante seis anos, eu hoje estou fora da direção durante anos, eu não sei hoje o que está acontecendo”. (E3)

“Eles já me convidaram para algumas coisas, eu não quis assumir porque eu já tenho muita coisa. Preferi não assumir um compromisso a mais”. (E10)

“Na medida em que o teu interesse em relação à Unimed é menor do que teu ganho em qualquer empresa, tu te tornas indiferente a tua cooperativa. Isso é ruim, isso é complicado. Na minha opinião, eu acho que para isso deveríamos todos os colegas em forma de rodízio, participar das diretorias. [...] É isso que eu vejo, esse é o principal ponto em relação à cooperativa. Acho que isso pode trazer sérios problemas”. (E11)

“Se tu perguntares para alguns médicos que entraram: ‘Me dá o nome de 5 pessoas que são responsáveis pelo gerenciamento da Unimed’, não sei se alguém vai responder um ou dois nomes. Ao passo, se tu fores ser sócio de uma empresa, tu vais conhecer todos os outros sócios, antes e tal.” (E20)

“Uma coisa que me chama atenção é que, a partir do momento em que os colegas começam a fazer parte do setor administrativo da Unimed, eles começam a ficar bons cooperados. Tanto é que chegou um período que se dizia assim: ‘Vamos chamar o fulano para cá, o cara aquele que sempre está aprontando uma ou outra’. Chamava-se o cara para fazer parte do Conselho Administrativo, uma série de coisas, ele se tornava um bom cooperado. (E4)

Centralização de poderes *versus* participação/distribuição de poderes

“Então, o que precisa é o sistema criar conscientização, gestão e mãos ao trabalho. Não pode ficar meia dúzia de dirigentes tendo que fazer todo o trabalho, centralizando. Isso é um defeito grande no sistema, chama-se centralização. Então, como dizia o nosso homem do bigode, tem que espriar o poder. Dá para conciliar as coisas. O que não pode é você ficar totalmente dentro dos seus honorários, isso se chama centralização. Quando você tem que ficar lá o dia inteiro, passando tudo pela tua sala, está errado”. (E17)

“Eu acho que isso seria uma coisa de se pensar na mudança. Existe a casta de dirigentes e a casta de associados. Eu acho que deveria haver uma mudança no estatuto da cooperativa, que proibisse as pessoas de se perpetuarem nos cargos de direção. Eu vejo assim. Pode ser a pessoa mais apta, mas eu acho que existem outras pessoas que poderiam participar da direção. É difícil de mudar, talvez o que eu vejo aqui e nos outros lugares são sempre os mesmos presidentes. Talvez seja o mérito mesmo, eu acho que aqui é por mérito. Mas eu acho isso uma coisa muito errada. (E25)

“É que, na verdade, poucos se envolvem, e isso é um problema, porque é como na política, nós também somos assim em relação à política: os poucos que se envolvem, se envolvem de tal maneira que criam a continuidade política. [...]. “Os funcionários vão tomando conta, eles ficam 10,12,16 anos dentro da Unimed e, na realidade, os donos são eles, que se dizem donos da empresa. Isso é um problema. Quando você quer implantar uma gestão diferente, você não consegue, devido à dificuldade de você conseguir manobrar os funcionários. Você não consegue porque eles se acham donos da empresa”. (E21)

“Tem os alienados, que o que a cooperativa fizer está bom, e tem aqueles que está sempre ruim. Têm direito de votar, mas não está capacitado a analisar se uma administração está sendo bem-feita ou não, porque ele não participa de nada”. (E33)

3.7.2 O poder como dominação/burocracia

“É que, na verdade, poucos se envolvem, e isso é um problema, porque é como na política, nós também somos assim em relação à política: os poucos que se envolvem, se envolvem de tal maneira que criam a continuidade política. Dentro da continuidade política, você sabe, com o passar do tempo, aquilo vira uma roda, ficam sempre os mesmos. Todas as

empresas que não tem o patrão, que é o dono, são assim, cria-se o continuísmo. É um problema muito grande a omissão dos médicos”. (E21)

“Todos os postos de presidentes, superintendentes são remunerados e tem setores que tem salários muito bons. Tem pessoas que acabam ficando nisso como um emprego. Eles tentam fazer o melhor, mas, na verdade, estão lá como um emprego”. (E3) “Hoje os dirigentes não são mais médicos, hoje eles são só políticos [...]. Então, eles vão se agarrando aos cargos [...] Então, tu não pode mais ser médico, tu vai ter que continuar sendo diretor”. (E8) “Em muitas cooperativas seus dirigentes têm altos salários para justificar a sua abertura de espaço na sua atividade profissional. Eu não concordo muito com isso. [...] Não são mais profissionais do mercado, (médicos) eles já estão na ociosidade, e aí eles entram no sistema, e o sistema é uma maneira deles ganharem dinheiro. Se for essa mentalidade, eu acho ela errada, com isso nós nos tornamos reféns de pessoas incapacitadas”. (E17) “Tem gente que trabalha há muitos anos na cooperativa, que fazem daquilo seu carro-chefe principal. Assume essa atividade como fonte principal do seu dia-a-dia, se constitui como profissão”. (E29) “Na verdade, não se profissionalizaram, ficaram especialistas em ganhar dinheiro dentro do sistema Unimed. Cada vez ele [o Sistema Unimed] está se ampliando mais, novos cargos são criados e todos os cargos são remunerados. A conta que se paga fica uma conta muito grande.” (E21)

“Todos estão interligados e todos que estão lá dentro, que são os presidentes, diretores, ou outros cargos, vão criando cada vez mais cargos. São cargos, a gente sabe que são cargos políticos, só para se manter no cargo, é sempre assim”. (E21) “Na verdade, quem se dedicar à diretoria, até por necessidade, deve deixar as coisas da profissão de lado. Aí que eu acho a dificuldade de manter a vida de profissional liberal e a vida de cooperado”. (E19)

“Tá havendo, assim, um grupinho aqui que está vendo interesses, e tem todos os que estão fora que estão perdendo o interesse pela cooperativa” (E8). “São os médicos que começaram nas Singulares e ficaram e se dedicaram ali. Acho que isso tem vantagens e desvantagens. A vantagem é que existe certa profissionalização desses administradores. As desvantagens são os vícios, onde a diretoria trabalha para sua própria manutenção. [...] A minha percepção da Unimed hoje é que ela é uma estrutura administrativa imensa, com múltiplos, múltiplos e múltiplos cargos, onde existe um grupo de médicos que faz carreira”. (E27)

3.7.3 O poder como serviço

“As pessoas que estão gerenciando, comandando, são eleitas. Se elas são eleitas, foram escolhidas; se foram escolhidas, elas têm que usar da melhor forma possível todos os recursos para fazer a cooperativa crescer, mas também fazer as pessoas crescerem junto”.

(E17) “A Unimed daqui é uma das melhores do estado em termos de funcionamento, justamente pelo esmero das pessoas que estão lá trabalhando. O presidente que tem hoje, o presidente anterior, um pessoal bem interessado em fazer a coisa funcionar, que se preocupa com a qualidade do serviço que a gente presta. Há muito interesse e muito cuidado para isso”.

(E10)

“Se a pessoa tem experiência administrativa ela tem que usar essa experiência.” (E2)

“Nós trabalhamos com planejamento estratégico, métodos para balanços e tudo isso é posto em Assembléia. Eles [cooperados] sabem como está sendo administrado e sabem onde está a dificuldade maior, e toda pesquisa que se faz é levada ao cooperado”. (E34)

“A Unimed, ela já está num certo grau de aperfeiçoamento que praticamente as pessoas que estão nesses conselhos são técnicos; são pessoas que têm especialização nisso, que vêm fazendo cursos, palestras, freqüentando e vendo as idéias de outras cooperativas, para se manterem atualizados. Geralmente, são pessoas que estão voltadas para aquilo. E os cooperados, dentro da realidade local, eles tentam fazer a coisa funcionar”. (E16)

“Existe um grupo de dirigentes dentro da Unimed que fazem o que têm que fazer, e existem os médicos que nunca participaram de cursos de cooperativismo, porque não tiveram entendimento de como surgiu a Unimed e como deveria ser”. (E3)

“Os que são mais interessados e querem gastar seu tempo não é nada, gastam horas lá dentro, fazendo contas, manuseando documentos, fiscalizando as contas. E os cooperativados, esses são os privilegiados, eles vão lá fazem e nós damos cobertura. Mas, se hoje eu quiser ser presidente, me apresento e faço campanha para ser eleito”. (E13)

“Admiro os colegas que se dispõem abrir mão do seu tempo para cuidar para que a coisa funcione” (E10).

“A Unimed é uma entidade que tem pessoas que trabalham nela, médicos, diretores, que são todos remunerados”. (E2)

“A Unimed está disputando um mercado de planos de saúde. Então, ela é administrada como uma empresa que precisa ser competitiva naquele segmento, esse é o ponto administrativo da Unimed é claramente dito e reprisado. E as diretorias, nos seus vários escalões, elas têm essa meta, essa prioridade”. (E27)

“Os membros da diretoria têm interesse

em aumentar a Unimed, dar mais benefícios, aumentar a margem de lucro. Por isso, eles não se preocupam tanto em produzir o trabalho deles (trabalho médico), porque eles ganham pela produção de toda Unimed, de toda a colméia, de toda a cooperativa”. (E16)

QUINTO NÍVEL

“O convite existe, o indivíduo vai se quiser, ele analisa e decide, isso é uma questão individual, que eu saiba todo mundo é convidado. Eu já fui convidado para cursos de cooperativismo, saber o que é, como funciona, qual o objetivo.” (E29)

Uma das coisas que faz parte dos princípios da Unimed é a educação”. (E15)

Primeiro nível		
Tema 1	COOPERATIVA UNIMED: QUE SISTEMA É ESTE?...	

[....]

Segundo nível		
Tema 2	O MÉDICO COOPERATIVADO... O QUE LEVA O MÉDICO A ENTRAR NA Unimed... O INGRESSO	
Tema 3		
Tema 4		
		<ul style="list-style-type: none"> • Restrições para o ingresso... • Ingresso universal... • Curso de cooperativismo...

[...]

Terceiro nível		
Tema 5	RELAÇÃO COOPERADO versus Unimed	
		<ul style="list-style-type: none"> • Um convênio... • Uma cooperativa...
Tema 6	RELAÇÃO COOPERADO versus USUÁRIO	
	<ul style="list-style-type: none"> • O médico... • O usuário... 	

[...]

Quarto nível		
Tema 7	ADMINISTRANDO A COOPERATIVA UNIMED	
	<ul style="list-style-type: none"> • O poder como dominação.... • O poder como serviço... 	

[...]

Quinto nível		
Tema 8	EDUCAÇÃO COOPERATIVA Frequência e participação A máquina administrativa Investimento nos cooperados Programas científicos O papel da universidade	

O quinto nível é constituído pelo tema *educação cooperativa*. Dentre os temas e subtemas identificados no quadro, este representa um dos princípios do cooperativismo. Desde os fundadores do cooperativismo, em 1844, o princípio da educação cooperativista esteve presente: sempre foi considerado como fundamental para a formação entre os sócios de uma consciência dos valores e princípios do cooperativismo. Como será que os participantes se referem a este tema? Constitui-se realmente como um importante aliado na construção de uma verdadeira prática cooperativa e solidária entre os cooperativados? Com a palavra os cooperativados.

3.8 Educação cooperativa

Frequência dos cursos

“Às vezes, a frequência dos cursos não é bem determinada, um, dois, três anos, depende de como está o comportamento do cooperado”. (E1) “Eu lembro já de ter havido cursos, eu já participei de cursos, mas não sei te dizer quanto tempo faz. Mas eu já participei de cursos neste sentido, até nos motivando que a gente entendesse a cooperativa como algo nosso. Já houve situações assim, mas nos últimos anos eu não me lembro de nada”. (E5)

“A participação é um pouco aquém do esperado”. (E1) “Existem os médicos que nunca participaram de cursos de cooperativismo, porque não tiveram entendimento de como surgiu a Unimed e como deveria ser, e eles vêem a Unimed como mais um convênio”. (E3) “Os cursos que a Unimed está promovendo, na realidade, eles atingem poucos profissionais. Se você fizer uma palestra sobre cooperativismo, você vai ver que tem meia dúzia de pessoas. O que está acontecendo?”. (E35)

“Fui lá, fiz os papéis, tudo certinho, entrei na Unimed e comecei a trabalhar. Eu aprendi sobre cooperativismo convivendo no dia-a-dia, conversando com colegas. Tem colegas da diretoria que são excelentes; além de saber muito sobre a cooperativa, são excelentes colegas, fácil de conversar, fácil de criticar, tudo muito positivo. Foi no dia-a-dia, foi convivendo, foi conversando, foi errando muitas vezes e aí aprendendo, buscando as informações. Na minha época, eu não participei de nenhum curso de cooperativismo, não me recordo se tinha, eu não participei”. (E19)

“Os médicos não participam. Existe esse curso, só que ninguém faz, sabe que o médico é bastante autoritário e individualista. Então, é uma coisa complicada de se conseguir gerenciar, porque cada um acha que a sua é a sua verdade. É complicado. [...] E muitas vezes

ele não aceita, ele diz que não vai fazer um cursinho: ‘O cara vem me ensinar como é que eu vou atender medicina?’ Mas não é ensinar como atender na medicina, mas como te portar diante daquele convênio, que é teu, que é tua empresa e o que você deve fazer.” (E21)

Máquina administrativa versus a falta da educação

“Ela cresceu muito rápido, e o médico, por ser um profissional que não teve um treinamento empresarial, ele foi aprendendo com os seus erros, e hoje, talvez, uma das grandes ferramentas seja educação, seja conscientização, e ela é muito mal utilizada no sistema, muito mal utilizada, muito mal utilizada”. (E17)

“Então, a cooperativa, ela tem que ter dentro da sua estrutura uma condição de educação cooperativista continuada” .(E17)

“Isso é uma falha. Muitas vezes, em grandes cooperativas as direções se perdem dentro daquela máquina de gerenciamento e o lado humano e profissional do médico cooperado fica um pouco de lado, diferente de uma cooperativa de pequeno para médio porte” .(E17)

Investimento nos cooperados

“Ela está preocupada na atualização do médico, embora seja uma coisa mais simbólica, mas eu acho interessante. Ela dá R\$500,00 para congresso nacional e R\$1000 reais para congresso internacional, meio simbólico, pois o gasto é muito maior do que isso, mas isso mostra que ela está preocupada com o ganho do médico. Isso talvez seja o ganho. Talvez sejam esses os ganhos, não vejo outras formas...’. (E11)

“Temos investido há mais ou menos nove anos, com bastante vigor, na educação cooperativista e nós temos reuniões mensais, onde se discute sempre o cooperativismo médico com um número significativo de cooperados. [...] Quem participa vai sedimentando as suas idéias e vai captando a sua”. (E34)

“Tem que se fazer a capacitação profissional também, não só na capacitação do médico cooperado, porque tem uma coisa: eu sou Unimed e eu só sobrevivo se eu tiver gente boa. Ela vai também começar a fortalecer cursos de capacitação profissional nas áreas de interesse que ela vislumbre, ela não tem como fugir disso. Hoje não se faz isso. Toda a capacitação profissional hoje é um ônus exclusivo do médico”. (E35) “Só que também não se tem uma estratégia de qual é a melhor forma de se criar mecanismos de conscientização.

Então, cada cooperativa tenta fazer a sua experiência de acordo com a sua situação política local de pressão, de aderência”. (E17)

“Aí nós pensamos o seguinte: ‘Se nós vamos começar a punir todo mundo, vai virar um pandemônio isso daqui’. A gente precisa dos colegas para poder trabalhar, para poder atender. Suspender um, suspender outro, isso aqui vai virar um inferno. Resolvemos partir para a educação”. (E33)

Programas científicos

“Ela promove muitos eventos científicos, traz bastante gente de fora para fazer palestras, nós discutimos artigos. Dentro da cardiologia, meses atrás trouxe um pessoal para falar de algumas áreas específicas que nós não temos aqui, algumas coisas novas que estão acontecendo. Tem uma parte científica bem importante, que eu não sabia”.(E12)

“Sempre tem os programas científicos; as reuniões, tanto da parte médica, como da parte administrativa, da parte do funcionamento da cooperativa. São muitos assuntos interessantes, claro que, às vezes, a pessoa está trabalhando, não dá para ir. Não dá para ter a assiduidade como a gente gostaria”. (E23)

O papel da universidade na formação dos profissionais

“Ao longo dos anos de curso de faculdade que a gente tem, não tem algo de cooperativismo, ninguém te ensina como funciona um consultório, ninguém te ensina como é que você ganha dinheiro. Na verdade, você sai com a sua formação médica, procurando fazer o melhor possível, mas sem conhecimento de como as coisas funcionam”. (E3)

“O médico formado agora não vem com esse preparo da faculdade, de pensar em dinheiro, de pensar em se unir, de ter uma estrutura, uma empresa que seja nossa. A gente não aprende isso. A gente só aprende a cuidar de doente. Cuidar, tratar”. (E9)

“Ainda tem pessoas que têm aquela mentalidade do mundo acadêmico da residência, aquela rotina: ‘Ah, eu tenho que fazer dez exames, entende?’ Tu aprendeu que tinha que pedir dez exames. Então, tu sai de lá e vem a questão: existe a real necessidade de se fazer isso’?”. (E15)

“A universidade forma as pessoas para aquilo, mas não forma para vida. Essa a sensação que eu tenho hoje depois dos meus 56 anos. As pessoas acabam se perdendo por aí por causa desse tipo de coisa. O vício vem lá da universidade, onde tu podes pedir o que tu quiseres. Nós recebemos uma neurologista aqui, qualquer dor de cabeça, ela pede tomografia;

na universidade é assim. Nós chamamos ela aqui umas duas vezes e falamos: ‘Sabes quanto custa uma tomografia? Tu sabes que nem toda dor de cabeça é um tumor ou um AVC? Tem que ter outros sinais clínicos, para pedir, não estás mais dentro da universidade. Tu fazes parte de uma empresa, se tiveres que pedir, tudo bem, mas não dentro dessa reincidência’”. (E33)

“Eu trabalho diariamente com residência médica, a gente orienta os residentes da ginecologia e obstetrícia. Eu os vejo das 8h às 11h da manhã, diariamente, nos últimos anos. O que é passado para eles não é somente o conteúdo técnico, eles sabem do dia-a-dia nosso”. (E30)

“Eu acho que os cursos de cooperativismo é uma ferramenta importante, mas não a única de algumas coisas que nós fazemos aqui. Nos congressos de educação médica, nós temos deixado um espaço para a Unimed falar sobre cooperativismo aos nossos alunos, para que o aluno saia e já tenha uma idéia na sua graduação do que é uma cooperativa médica. Talvez essa também seja mais uma ferramenta”. (E35)

SEXTO NÍVEL

“A luta maior é conscientizar o médico para essa mudança, dele assumir o cooperativismo, isto é; a coletividade, o coletivismo e não o individualismo, né. Essa é a mudança cultural do médico [...] ele vê muito específico, ele vê a parte, ele não tem essa visão, e o cooperativismo é uma visão do todo, é uma visão sistêmica e o médico não tem isso, ele já é mal formado na faculdade. Ele não é formado para o social mesmo”. (E6).

“O médico ainda não sentiu a necessidade de participar da sua cooperativa, porque ele ainda está numa boa, mas isso seguramente, nos próximos 5 anos, pela socialização vai mudar e ele vai ter que obrigatoriamente, participar”. (E35)

Primeiro nível		
Tema 1	COOPERATIVA UNIMED: QUE SISTEMA É ESTE?...	

[...]

Segundo nível		
Tema 2	O MÉDICO COOPERATIVADO... O QUE LEVA O MÉDICO A ENTRAR NA Unimed... O INGRESSO	
Tema 3		
Tema 4		
		<ul style="list-style-type: none"> • Restrições para o ingresso... • Ingresso universal... • Curso de cooperativismo...

[...]

Terceiro nível		
Tema 5	RELAÇÃO COOPERADO versus Unimed	
		<ul style="list-style-type: none"> • Um convênio... • Uma cooperativa...
Tema 6	RELAÇÃO COOPERADO versus USUÁRIO	
	<ul style="list-style-type: none"> • O médico... • O usuário... 	

[...]

Quarto nível		
Tema 7	ADMINISTRANDO A COOPERATIVA UNIMED	
	<ul style="list-style-type: none"> • O poder como dominação.... • O poder como serviço... 	

[...]

Quinto nível		
Tema 8	EDUCAÇÃO COOPERATIVA...	

[...]

Sexto nível		
Tema 9	O FUTURO	
	Resistência à mudança	
	Repensando a Unimed	
	Novo paradigma na prevenção	
	Socialização da medicina	
	O cooperativismo	
	Educação do usuário	
	A comunidade	
	Solidariedade/altruísmo	
	Expectativa	
	Como seria sem a Unimed?	
	O SUS: controle social	

3.9 O futuro

O futuro, este é o tema que fecha o quadro no sexto nível. Afinal o que esperam os cooperativados do futuro da Unimed? É possível pensar no futuro após ter realizado esta caminhada representada pelos temas e níveis? Como a Unimed está se organizando para o futuro? Como uma empresa capitalista, dentro da lógica do individualismo e da competição, onde o que importa é vencer o concorrente, mesmo que o outro seja o seu colega? Ou como uma cooperativa inspirada num modelo novo de cooperação e solidariedade? É por este caminho que pretendemos caminhar.

O cooperativado está engajado num projeto de futuro? Se ainda não está, como fazer com que ele se engaje neste investimento?

Resistência a mudança

“O médico, só depois, tempos depois, é que vai entendendo. Por isso que a adesão ao cooperativismo é difícil, porque precisa uma mudança cultural, de modelo mental. A cabeça da gente precisa mudar, e a mudança, é claro, só existe se a gente quiser mudar; se não, não. Então, agora o que eu noto é que a luta maior que tem é conscientizar o médico para essa mudança, dele assumir o cooperativismo, isto é, a coletividade, o coletivismo e não o individualismo, né. Essa é a mudança, mudança cultural do médico”. (E6)

“O médico ainda não sentiu a necessidade de participar da sua cooperativa, porque ele ainda está numa boa, mas isso, seguramente, nos próximos cinco anos, pela socialização da medicina, vai mudar e ele vai ter que, obrigatoriamente, participar. Aí a corrente vai ser ao contrário, ele vai procurar a cooperativa para participar. Mas a cooperativa não pode esperar, ela terá que fazer outras ações, fortalecer núcleos de especialização. Eu vou trabalhar com poucos, mas vou agregando-os. Se você pegar grupos de especialidades, sentar, começar a definir e formar e tornar serviços fortes, no final você vai agregar vários núcleos e você vai ter um número de pessoas capacitadas a te ajudar a crescer na tua cooperativa. Você nunca vai conseguir atingir uma forma geral. Acho que essa é uma maneira de fortalecimento”. (E35)

Repensando a Unimed

“A Unimed poderia estar muito melhor porque ela tem a classe médica na mão”. (E1)
 “Eu acho que nós temos que repensar a Unimed. Com a evolução e com o crescimento, nós

transformamos a Unimed num outro problema. A cooperativa é muito diferente de um plano de saúde, que tem uma coisa centralizada e tem postos de venda, e nós não”. (E35)

“Então só 10% dos associados que participam das assembleias. Isso é ruim. Mesmo nas eleições, poucos votam, porque estão distanciados; porque o valor financeiro agregado ao seu orçamento mês a mês ainda não é importante. Mas como isso está mudando, vai voltar o que era antes; o pessoal vai começar a ir [na cooperativa] e brigar com unhas e dentes e aí vão dizer: ‘Esta é a minha cooperativa’. Nós ainda não a olhamos como uma cooperativa. O médico fica naquela coisa da individualidade, dos dois lados: ‘Eu estou aqui mas não estou. Se tu precisares de mim, me chame, mas não me chames muito’. Isso é ruim, porque vêm esses outros planos de saúde concorrendo com o nosso, nos derruba”. (E35)

“Terá que acontecer. Como? Não importa, mas a única maneira de nós sobrevivermos como Unimed é se nós formos unidos e participativos. O médico vai ter que parar de reclamar e começar a participar para construir, porque é isso que vai fortalecer a Unimed. [...] a profissionalização da própria cooperativa. Ela vai começar a penalizar esse profissional, que é o cooperado; ele vai ter que obrigatoriamente participar da sua cooperativa, participar não só no trabalho, não só no voto, mas nas diretrizes que nós queremos transformar essa cooperativa, para que ela se torne um bem para o médico e à população”. (E35)

“Quem vai sobreviver? O mais capaz, o mais preparado. Só que, na realidade, cada vez nós estamos preparando pessoas cada vez mais capazes e cada vez nós temos no mercado gente mais capacitada de exercer sua profissão. Isso vai acontecer ao natural. Eu tenho certeza que cada vez o indivíduo vai participar mais”. (E35)

“Então, a Unimed, ela vai ter que agregar também esses outros fatores e ter um quadro de médicos competentes”. (E35)

“Querendo ou não querendo, você vai ter uma opção nos próximos dez anos: ou você vai entrar por essa linha socializada ou a tua clientela não vai existir, vai atender um ou dois.” (E35)

Novo paradigma na prevenção da saúde

“Está ocorrendo uma mudança de paradigma em relação à saúde, em relação ao tratamento da saúde, digamos assim. No tratamento, no sentido mais amplo, com certeza até vinte anos atrás o ensino médico lidava com a doença; de uns dez, cinco anos para cá, o senhor mesmo usou a palavra prevenção [...] e a prevenção hoje não é mais importante. Hoje

o mais importante é a promoção, é agir antes que haja a necessidade da prevenção. Essa é a filosofia do futuro”. (E34)

“Esse local que nós adquirimos aqui nós chamamos Centro de Saúde Unimed. É um nome bem amplo, justamente porque ali a gente pretende já, vislumbrando o futuro, investir na promoção da saúde. A nossa idéia, e que nós vamos concretizar, é fornecer ao cliente a melhor cota possível e o melhor preço possível desde a alimentação, alimento não tóxico, alimento mais puro e adequado. Nós vamos ter uma espécie de armazém, onde se fornecerá essa espécie de alimentação; até academia para o paciente manter a sua forma física. Nós lançaremos em 2007 um chamado aos nossos pediatras de “como tratar crianças que viverão mais de cem anos”. Então, outro enfoque, desde a alimentação dos primeiros anos de vida, desde a gravidez, como proceder. Nós procuramos mostrar isso aí nessas reuniões educativas, que a promoção da saúde hoje tem que ser o nosso foco. Isso de alguma forma tem se disseminado e nos permite chegar nesse CH elevado que a gente tem, porque deve estar havendo uma certa compreensão disso aí.” (E34)

“A Unimed faz estudos, prevê problemas futuros com a saúde. Daqui cinco ou dez anos nós vamos ter o envelhecimento da população, doenças, menos gente nascendo, mais gente ficando velha. Aqui nós temos 13% de pessoas acima dos sessenta anos, gastando 60% do dinheiro. O idoso é muito caro porque tem várias doenças; o idoso é assim e o jovem não. Mas daqui uns anos, como a população está envelhecendo, nós temos 15% de idosos e, daqui uns 15 anos, vai dobrar essa população de idosos acima de 60 anos; os gastos vão ser tão grandes que alguma coisa tem que ser feita. O médico na Unimed tem que participar, prevenir a doença, promover a saúde, não fumar, não beber. Aí nós vamos ter menos doenças, menos gastos e vai sobrar um pouco mais”. (E6)

“Promover a saúde e não a doença. A Unimed vai investir pesado nesses próximos anos, só promoção de saúde, que é a nossa estratégia. O nosso planejamento estratégico para os próximos anos é isso aí [...] Então, nós temos que fazer diminuir o risco da doença, o risco do acidente, o risco de tudo.” (E6)

“Na minha especialidade, pediatria, as pessoas que têm maior poder aquisitivo têm menos filhos. A gente vai ter que fazer uma nova pediatria, vai ter que lidar com a prevenção. O que a Unimed tem a ver com isso? É o contexto. Ela me traz a expectativa, tu tem que saber o contexto, o contexto em que você está inserido, a cidade em que você está inserido...” (E15)

“Quando eu me formei, a medicina preventiva era uma matéria inexistente, ninguém queria saber, só da curativa. Não se admite mais isso, a gente tem que investir na saúde e não

na doença, porque a medicina, atualmente, ela vive da doença, só doente.... Está errado, tem que viver da saúde, investir na saúde, fazer promoção. Eu vou lá e faço uma palestra antitabagismo”. (E6)

Socialização da medicina

“A socialização da medicina não tem volta. O particular vai ficar na mão de muito poucos, em serviços bem especializados, uma mão-de-obra extremamente cara. [...] Nós vamos conviver e viver de nossos ganhos de convênios Unimed e outros, é isso aí, não tenho dúvidas. A população não tem como bancar um atendimento privado, uma consulta tudo bem, agora, quando chegam os exames, caso precisar de uma internação. [...] Então, cada vez mais o médico vai ficar no meio de uma medicina completamente socializada.” (E35)

“Eu acho que na medicina vai sendo cada vez mais implementado o sistema de saúde comunitária, via CAIS, postos de saúde. Vai ter a medicina social e comunitária, que vai tentar dar um bom atendimento à população, e os superespecialistas. Talvez esses superespecialistas precisem ou não desse gerenciador do seu trabalho. O restante dos médicos vão ser os funcionários dos planos de saúde, numa instituição de ensino. Enfim, vão existir os superespecialistas e médicos que atendem a comunidade”. (E28)

O cooperativismo

“O cooperativismo, eu acredito que ele é a solução. Atualmente, na visão sistêmica do mundo, a visão sistêmica, tanto do pensamento sistêmico quanto a visão sistêmica, a cooperação é o fundamento de tudo, a gente tem que cooperar [...] Então, cooperação, cooperativismo, eu acredito que vai a ser a solução. A cooperação é tudo. O cooperativismo é tudo. Cooperativismo em tudo, cooperação em tudo. Não pode mais haver ordens de cima para baixo, autoritária”. (E6)

“Num primeiro momento, o cooperativismo é uma coisa maravilhosa, desde que seja exercido como cooperativismo, acredito que está sendo dentro do possível”. (E11)

“O ato cooperativo é um lado eminentemente humano. Então, a gente procura distinguir bem o ato cooperativo [...] do exame ou do procedimento onde prepondera o aparelho.” (E34)

Educação do usuário

“Talvez faltasse no cooperativismo que o próprio cliente que é o comprador do serviço tivesse entendimento disso”. (E3)

“Agora entra a questão de gerenciar talvez o atendimento ao mercado, e não é só a educação do médico. A educação do usuário é importante. Às vezes se esquece o usuário, mas para educar o usuário tem que estar com o profissional que vai dar o curso de educação, educado, ou seja, tu tens que treinar o professor para ensinar o aluno. Tem algumas cooperativas que estão na frente, já estão fazendo isso. Tem que ter projetos de transformar o grupo de diabéticos, o grupo de hipertensos, ter palestras, chamar, ir em empresas, levar a cooperativa na empresa. A empresa conveniada com a Unimed tem lá duzentos funcionários que são usuários do sistema. Você tem que ir lá e fazer uma conscientização, trabalhar com medicina preventiva, orientação, explicar o que é o seu plano, por que a mensalidade aumenta, por que ela diminui. São coisas que vão alertando as pessoas e, devagarzinho, as pessoas vão tendo a consciência. Essa é a política que falta às vezes, porque isso aí é interessante. Não quer dizer que aquela pessoa vai ser sempre usuário da Unimed. Um dia ela pode sair daquela empresa e pode ser cliente privado, pode ter outro convênio, mas isso vai criando uma cultura nas pessoas, mudando um pouco a maneira como elas enxergam o médico e entendendo que o médico está inserido, da mesma forma que ele como cliente, numa engrenagem; que um depende do outro, porque o médico é pára-choque da medicina hoje.” (E17)

A comunidade

“A cooperativa ajuda a Apae, ajuda o asilo, ajuda o patronato, ela promove questões de saúde”. (E7)

“A Unimed tem um papel bem maior, papel social. Toda semana, todo mês, tem palestra para pessoas não só da Unimed, mas para a comunidade em geral, sobre diabetes, o que é, como funciona, quais os cuidados que tem que ter, como prevenir; palestras para hipertensos, palestras para idosos. Promove eventos, participa de eventos, promovendo saúde, orientando à população sobre as doenças. Muita gente não vê isso aí, mas aqui é bem participativa. Qualquer evento está lá a Unimed orientando, que é importante para a sociedade. É mais ampla, é uma cooperativa, mas que tem várias formas de atuação, não só em benefício do cooperado como em benefício da população”. (E12)

“Nós damos assistência gratuita, exames, atendimento médico e tudo que o médico solicitar. Nós damos tudo que tiver no nosso centro de diagnóstico à Apae, claro dentro de um cálculo dentro de um limite, tantas consultas por mês, ao patronato, Liga Feminina de Combate ao Câncer, Asilo São Vicente de Paulo, a todas as cidades da região. Isso é o resgate da cidadania de algumas pessoas. ‘Doutor tem que atender uma vovozinha do asilo que está mal’. Vai lá, marca a consulta com o médico e é atendida, como se fosse da Unimed; faz os exames, de graça. Como é na Unimed, o médico recebe metade da consulta; ele fez um acordo, mas recebe, antes não recebia nada. Então, isso tudo a gente faz também”. (E33).

“Eu acho que tudo isso passa pela educação e o plano de saúde só terá futuro se investir na promoção da saúde. Alguns anos atrás era moda o *check-up*, ninguém sabia o que era o *check-up*, mas todo mundo queria fazer o *check-up*. Hoje em dia, quando um cooperado ou usuário adquire um plano, ele já tem uma orientação, dependendo a idade dele, quais os exames que ele deve fazer. Eu acho que isso reduz, de certa forma, aquela ansiedade do usuário e, por outra forma, garante uma boa saúde para ele. São dados tirados de evidências científicas e também questão de orientação do usuário, não aquela educação restritiva, a educação ampla com proveito objetivo”. (E34)

Solidariedade / Altruísmo

“Eu acho que as pessoas têm que amadurecer e visualizar que a individualidade existe e que tem espaço para isso, mesmo numa cooperativa. Eles não vão, por exemplo, dizer para mim: ‘Aquela cirurgia que você fez ali não é assim que se faz’. Esse é o espaço individual”. (E3)

“A questão da individualidade existe, cada um vai querer, por ex., defender o seu lado, o seu trabalho, a sua clientela. Então, vai ter uma luta benéfica dentro da sua própria especialidade. Isso vai existir para fazer com que aquele indivíduo tenha melhor formação, cresça na sua qualidade de atendimento. Isso é uma coisa que até a Unimed pode utilizar”. (E22)

“Mesmo que se tu fores por esse ou outro caminho individual, tu tens que saber que estás trabalhando com coletividade. O bem de todos é a prioridade da cooperativa, e não o bem individual de cada um. A Assembléia Geral decide sempre pelo bem comum, acho que é isso daí”. (E25)

“Então, do meu ponto de vista, eu, enquanto profissional, não vejo nenhum impedimento em ser solidário com o colega que entra”. (E3)

“Eu acho que é possível a solidariedade, mas para ser possível, nós temos que ser chamados a cada pouco a participar; ter pessoas e formar pequenos grupos, que chame os demais e agregue; fazer grupos de especialidade e fazer com que cada um leve os demais e participe para ter este entendimento. Eu acho que existe a solidariedade no sentido médico. Pela própria formação, ele se formou para atender as pessoas, para fazer as coisas corretas, coisa e tal. Então, vem muito da índole de cada um e da formação de cada um. Eu acho que isso não está acontecendo no sistema por ser um sistema. Nós fazemos parte da Unimed e, por isso, nós temos que ser solidários. Mas eu acho que isto não está acontecendo, até por esse tipo de coisa, falta de participação, nós participávamos mais. Eu acho que o sistema é muito interessante, o sistema pode propiciar esse tipo de coisa, a própria solidariedade, entendimento. E o sistema, para quem se forma agora e entra no sistema, não conhece cooperativismo e não vê de forma solidária, ele pode ver de forma solidária seus colegas, seus colegas de turma de especialidade. Mas eu acho que, no fundo, a gente acaba sendo sempre concorrentes, embora a amizade. A Unimed, em qualquer sistema, tem um departamento como nós temos na sociedade brasileira, de urologia, que é a educação médica continuada, cursos diretos, *e-mails*, chamamentos. A Unimed hoje não tem isso, ao menos aqui. Agora, se ela tivesse um chamamento direto, acho que teria criado essa solidariedade, essa necessidade”. (E3)

“Eu tenho a impressão que é possível, sim, a solidariedade, é uma questão de trabalho dos próprios cooperados em tentar despertar o colega para isso. E a coisa está se encaminhando de tal maneira que eles vão ter que despertar para essa realidade e entenderão que ainda tem uma salvação para o médico, através da sua cooperativa, que tem princípios, que é uma coisa que não explora ninguém, não visa lucros. O usuário é beneficiado com isso e o profissional, também”. (E4)

“Eu acho que o problema da Unimed é um problema de todas elas, não é todo mundo que está disposto a ceder o seu tempo em função da coletividade. É uma coisa um pouco altruísta. Eu acho que essa aproximação tem que ser sempre buscada, mas ela nunca vai acontecer. Talvez por ser profissional liberal, tem um pouco mais de resistência, isso é possível”. (E30)

“Essa questão mais filosófica, de rumos de concepção do trabalho, pode ser que isso demore mais, ou que isso nunca aconteça”. (E27)

Expectativa

“A minha expectativa é que ela continue e que vingue, que ela melhore, melhore em termos de dar retorno aos seus cooperados, e eu acho que isso é possível. Embora haja dificuldades, descontentamentos, a gente continua acreditando, e acho que é uma idéia boa que pode melhorar, é algo bom que pode ficar melhor. Tem a desejar mas pode ficar melhor, por isso que a gente pensa, continua participando e tem a esperança que possa melhorar, seja participando ou opinando, ou... enfim...”. (E2)

“Esta união veio a fortalecer a classe em busca de um trabalho remunerado mais digno. Esses foram os fundamentos de se pensar em construir uma Unimed forte e combater as outras empresas. Com isso, nós fortalecemos a classe, mas ela não atingiu seus objetivos ainda.” (E35)

“Uma cooperativa de serviço especificamente médico, tem o tamanho ideal, onde se consegue disseminar a filosofia com mais clareza e onde há uma fiscalização, vamos dizer assim, entre os colegas. E que, em princípio, uma cooperativa não deve ultrapassar o número de duzentos cooperados e, se ultrapassar esse número, existe o risco de muitos deixarem de carregar o peso, e aí não se sustenta o trabalho.” (E34)

Como seria a assistência da saúde sem a Unimed?

“A gente não tem como simular a realidade hoje se não houvesse a Unimed”. (E27)

SUS: o controle social

“Há mais tempo, quando cheguei aqui, os médicos que estavam aqui, todos os mais antigos, eram donos da medicina; eles é que julgavam a qualidade, ninguém contestava o médico: se morreu alguém, se houve erro médico, essa palavra não existia. Essa palavra ‘erro médico’ a gente só ouviu falar muitos anos depois, porque era o médico o ponto de controle; o ponto de controle da medicina era dele, ele era o senhor. Mas, aos poucos, com a informação e a politização das pessoas, o ponto de controle saiu dele. Então foi indo para os serviços de proteção ao consumidor – Procons, para instituições policiais e jurídicas que passaram a mandar sobre ele. Tudo foi fugindo do médico. Então, a quem cabe dizer sobre a qualidade do meu serviço como médico não é mais o médico, mas às pessoas, ao povo; é o cliente que irá dizer se o meu serviço é bom ou não. Se eu faço uma coisa errada, é o Procon que vai dizer; se eu estou cobrando uma diferença. Antigamente, ninguém falava nada; hoje não, entram na Justiça. Então, o meu serviço é julgado pelos outros; antes não, era só o médico que fazia tudo. Então, mudou. No hospital o médico fazia tudo, era dono e mandava; agora não, agora

tem uma estrutura toda, são leis, protocolos que mandam. Se agora eu atendo cem clientes, cem gestantes e faço cem cesarianas, alguém está julgando isso. Eu não sou mais dono, é a sociedade, isso em todas as profissões, mas o ponto de controle fugiu do médico”. (E6)

“O SUS é um sistema fantástico, só que, se ele fosse bem usado, talvez tivesse dinheiro sobrando; só que ele é mal usado pelo usuário e pelo próprio profissional”. (E3)

“Então, do ponto de vista do ganho, o que a gente observou é que seria interessante formarmos uma cooperativa para tirar um pouco daquele usuário do SUS, porque ele não tinha recursos para pagar os serviços médicos, mas poderia contribuir com um valor monetário mensalmente para o seu tratamento”. (E3)

“Por que ninguém quer atender o SUS? Não é porque o SUS é um mau convênio, o SUS é o melhor convênio que tem no Brasil, é o que tem a maior cobertura contratual. Tudo é direito, tudo a gente tem direito; o problema é que falta o recurso para remunerar direito o que é direito. Então, assim, a maior parte dos planos de saúde tentam imitar a cobertura contratual do SUS, mas eles esbarram no custo. Claro que o governo tem uma máquina inchada, é muito desperdício de dinheiro; se fosse melhor utilizado o dinheiro, poderia custear melhor a medicina e os profissionais, talvez, aderissem. De certa forma, se o SUS melhorasse bastante, quebrava todos os convênios. Então, os convênios também se beneficiam pela ineficiência do SUS. Por que eles crescem no mercado? Porque as pessoas hoje fazem planos de saúde, e quem faz um plano de saúde é quem tem dinheiro, porque a medicina é muito cara. Se você está frente a uma necessidade, R\$50.000 é troco”. (E17)

“A prefeitura terceirizou para a Unimed, daí que abriu e hoje é uma Unimed, praticamente aberta”. (E30)

“Na verdade, o paciente é SUS, da rede pública, só que a Unimed paga o profissional para ficar lá. Ele sai mais barato para o gestor público.” (E30)

“Eu não sou credenciado do SUS, mas eu sou obrigado, por lei, a fazer parte do plantão, da grade de plantão de obstetrícia no hospital, por quê? Porque a grade de plantão de obstetrícia é um dos convênios que o hospital atende, é o SUS, e eu, fazendo parte do corpo clínico, eu sou *obrigaaado* por lei a fazer parte desse plantão. E aquilo ali é o único espinho da minha vida profissional”. (E7)

“Meu pai tem 62 anos, nunca teve plano de saúde, não tem, sabe. Claro, ele tem uma classe social boa, tem as reservas dele, Não poderia ficar 15 dias numa CTI particular, iria desestabilizar as finanças dele, mas ninguém fica. Se tu és particular e cai numa CTI, no segundo dia tu o transforma em SUS. Isso é natural, é normal, a não ser que tu sejas um grande empresário”. (E7)

4 ANALISANDO E INTERPRETANDO OS RESULTADOS

“Sozinho você não consegue nada, então você tem que se unir, dentro de uma estrutura que tenha história, que tenha força e que tenha a palavra união, senão você é mais um, é isso”. (E22)

Neste capítulo pretendemos dar conta das duas questões centrais que motivaram a realização desta pesquisa. A primeira, tendo como referencial teórico a Psicologia Social Crítica e o conceito de relação, buscará os elementos que possam indicar até que ponto a experiência de trabalho da cooperativa Unimed se sustenta numa suposta ambivalência entre o individual e o social, vivenciada pelos médicos na prática de sua profissão. Ambivalência, porque, por um lado, tal profissão é entendida socialmente como eminentemente liberal e, por outro lado, implica um engajamento do médico como participante de uma cooperativa cujos ideais associativos demandam uma participação solidária. A segunda questão, que está contida na primeira, analisará a cooperativa Unimed com base no referencial teórico que analisa a sociedade contemporânea de acordo com três grandes visões de mundo: a cosmovisão do liberalismo individualista, do totalitarismo coletivista e do comunitarismo solidário.

O caminho que seguiremos a partir de agora será constituído pelos seguintes passos:

1. O primeiro passo consiste em retornar ao capítulo da apresentação dos resultados e realizar novamente a leitura.
2. A partir dessa leitura buscaremos identificar nas palavras, frases e parágrafos a presença das possíveis ambivalências/contradições, assim como indicativos da presença de uma ou mais cosmovisões.
3. As análises e interpretações terão como suporte teórico a Psicologia Social Crítica e o conceito de relação, que buscam compreender e interpretar os fenômenos de forma dialética, procurando “*o que está aí, juntamente com o que não está aí, com a relatividade e a precariedade de todo o presente, tendo sempre a percepção de que tudo é incompleto, tudo contém sua contradição, tudo tem seu outro lado, sua contrapartida, que completa o presente*” (GUARESCHI, 2004, p. 16).
4. Apoiar-nos-emos também, teórica e metodologicamente, nos quatro elementos os quais identificam as características de uma cosmovisão: a concepção de ser

humano; os valores praticados; o tipo de sociedade que se imagina existir e as condutas e comportamentos revelados pelos participantes.

5. Após a leitura e análise de cada tema, os achados serão apresentados em dois quadros: um representando as ambivalências/contradições e o outro explicitando a cosmovisões, como mostram os Quadros 8 e 9.

Quadro 8: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes.

Ambivalências/Contradições	Argumentações/justificativas
(ambivalência/contradição)	(falas dos cooperativados)

Quadro 9: Indicativos da presença das cosmovisões com base nas falas dos participantes

Cosmovisões	Argumentações/justificativas
Liberalismo individualista	(falas dos cooperativados)
Totalitarismo coletivista	(falas dos cooperativados)
Comunitarismo solidário	(falas dos cooperativados)

Como foi referido acima, as argumentações/justificativas que aparecerão nos quadros, tanto das ambivalências/contradições como das cosmovisões, foram extraídas das falas registradas no capítulo anterior, como também, se necessário, do texto anexo, onde estão registradas todas as falas das 35 entrevistas. Porém, aqui não haverá identificação dos autores das falas, pois o que pretendemos é mostrar ao leitor a existência ou não das ambivalências/contradições e das cosmovisões que se encontram nas falas dos cooperativados. Por isso, o que aparecerá são palavras, fragmentos de frases ou parágrafos que justificam o que estamos querendo identificar.

Vamos, então, às análises, iniciando pelo primeiro tema, no primeiro nível.

Primeira nível:

Tema: Cooperativa Unimed: que sistema é este?

Este tema foi colocado no início da seqüência dos temas e subtemas porque se constitui como pano de fundo, aquele que estabelecerá a referência entre a Unimed, o pesquisador e os cooperativados; é o que contém a dinâmica da relação entre os cooperativados e a Unimed e revela um pouco da história da fundação e da relação entre os cooperativados, os usuários e a instituição. Enfim, estabelece uma ligação entre o passado, o presente e o futuro da Unimed.

Com atenção, será possível ir (des)coabrindo no texto o que está presente e também o que não está presente nas falas dos médicos que participaram da pesquisa. “O lado oculto, não iluminado, silenciado, mas que também é parte da totalidade do fato e do fenômeno, da realidade”. (GUARESCHI, 2004, p. 16).

Pedimos ao leitor um pouco de paciência, porque para acessar os elementos presentes na experiência da cooperativa Unimed é necessário recuperar alguns tópicos já referidos no referencial teórico no início deste trabalho que julgamos importantes, tais como o conceito de cooperativa e os princípios e valores do cooperativismo, elaborados pela Associação Cooperativista Internacional (ACI, 1995), instituição que agrega a maioria das cooperativas do mundo inteiro, inclusive a Unimed. Esta referência à ACI é importante na medida em que a Constituição Unimed, promulgada em 21 de março de 1998, na seção II, art. 4º, define claramente sua adesão aos princípios do cooperativismo, reafirmando os compromissos mútuos entre cooperativa, cooperados e a comunidade.

Vejamos o que diz a Associação Cooperativista Internacional quanto ao conceito de cooperativa:

Uma cooperativa é uma associação autônoma de pessoas que se uniram de forma voluntária para satisfazer suas necessidades econômicas, sociais e culturais em comum mediante uma empresa de propriedade conjunta e de gestão democrática. (ACI, 1995, p. 81).

Os cooperativistas acreditam que “o desenvolvimento individual pleno somente pode dar-se em associação com os demais” (CRACOGNA, 1993, p. 89) e que se desenvolvem como pessoas pela ação cooperativa, devido “às habilidades que adquirem ao facilitar o crescimento de sua cooperativa, aos conhecimentos que conseguem de seus consócios, e às novas percepções que alcançam sobre a sociedade mais ampla da qual tomam parte”. (ACI, 1995, p. 84).

Quanto aos valores do cooperativismo, a Associação Cooperativista Internacional (ACI) assim os define:

As cooperativas estão baseadas nos valores da auto-ajuda, da auto-responsabilidade, da democracia, da igualdade, da equidade e da solidariedade. Seguindo a tradição de seus fundadores, os sócios cooperativos fazem seus os valores éticos da honestidade, da transparência, da responsabilidade e da vocação sociais. (ACI, 1995, p. 86).

É de se esperar que, no mundo da cultura, sejam os valores os que dão a forma aos objetos que o homem produz em sua liberdade criadora. Os valores é que conferem sentido a uma organização, a uma atividade ou a um movimento, como é o caso das cooperativas.

O primeiro valor, relativo à “auto-responsabilidade”, é o indicativo de que os sócios assumem a responsabilidade por sua cooperativa; segundo, as cooperativas estão baseadas na “igualdade”, ou seja, uma das principais características que distingue a cooperativa das empresas privadas, voltadas para o capital, é a fundamentação na pessoa humana. “Os sócios deveriam estar associados da forma mais igualitária possível, às vezes tarefa difícil nas grandes cooperativas ou em federações de cooperativas”. (ACI, 1995, p. 84).

A “equidade” é sempre um desafio e refere-se à forma como os sócios são tratados numa cooperativa. “É a forma de como se distribui os ganhos ou riquezas baseado na contribuição e não na especulação”. A “solidariedade” deve assegurar uma ação cooperativa. Uma cooperativa é mais que uma associação de sócios, é também uma coletividade; por isso, tem a responsabilidade de assegurar que todos sejam tratados da forma mais justa possível. “As cooperativas são mais que simples associações de indivíduos; são afirmações da força coletiva e da responsabilidade mútua”. (ACI, 1995, p. 85).

Os “valores éticos” sempre terão lugar especial nas tradições cooperativas. A “honestidade” está relacionada ao uso de pesos e medidas corretos, a alta qualidade e preços justos; o trato honesto com os sócios e não sócios. Quanto à “responsabilidade e vocação social”, os cooperativados têm a obrigação de esforçar-se por serem socialmente responsáveis em todas as suas atividades. A honestidade, a transparência, a responsabilidade e vocação sociais são valores que podem se encontrar em todo tipo de organização, porém são especialmente convincentes e inegáveis na empresa cooperativa. (ACI, 1995, p. 87).

Em relação aos princípios do cooperativismo, também promulgados pela ACI, devem nortear as cooperativas e são muito mais que mandamentos: são pautas para avaliar o comportamento, as ações, enfim, as práticas dos sócios. O importante numa cooperativa não é saber se ela está seguindo à risca um princípio, mas saber se está seguindo o espírito – “se a visão que proporciona cada princípio, individual e coletivamente, está arraigada nas atividades diárias da cooperativa. Não há como avaliar as cooperativas exclusivamente com base num princípio dado; devem ser avaliadas com base a como aderem aos princípios em sua totalidade”. (ACI, 1995, p. 87-88).

São sete os princípios listados na declaração da ACI de 1995:

- 1) Adesão voluntária e aberta;
- 2) Gestão democrática por parte dos sócios;

- 3) Participação econômica dos sócios;
- 4) Autonomia e independência;
- 5) Educação, formação e informação;
- 6) Cooperação entre cooperativas;
- 7) Interesse pela comunidade.

Os três primeiros princípios dirigem-se à dinâmica interna típica de qualquer cooperativa; os quatro últimos, tanto ao funcionamento interno, como às relações externas das cooperativas

Assim como procedemos em relação aos valores, entendemos ser importante fazer uma rápida retomada de cada um dos princípios citados. O primeiro princípio, que trata da “adesão voluntária e aberta”, enfatiza que as cooperativas devem estar “abertas a todas as pessoas capazes de utilizar seus serviços e dispostas a aceitar as responsabilidades de ser sócio, sem discriminação social, política, religiosa, racial ou de sexo”. É um compromisso geral básico para as cooperativas desde seu surgimento no século XIX. Por sua vez, o princípio de “gestão democrática” expressa o direito dos sócios de participarem ativamente na fixação de políticas e na tomada de decisões-chave, visto que as cooperativas não pertencem aos dirigentes eleitos, mas aos empregados e sócios e a todos os dirigentes”. Quanto ao princípio de “participação econômica” dos sócios, trata-se da forma como os cooperativados devem participar, assim como da forma que decidem distribuir os excedentes, pois os sócios contribuem equitativamente ao capital de suas cooperativas e o administram de forma democrática”.

Continuando, o princípio da “autonomia e independência” assinala a importância de que as cooperativas mantenham a liberdade de controlar seu próprio destino futuro, e o princípio da “educação, formação e informação” enfatiza a importância da educação e da formação dentro das cooperativas. Por este princípio a educação significa algo mais que a simples distribuição de informação: “Significa comprometer as mentes dos sócios, dos líderes eleitos, dos diretores e dos empregados para que entendam bem a complexidade e riqueza do pensamento e ação cooperativos”. Por sua vez, o princípio da “cooperação entre cooperativas” prevê que “as cooperativas somente podem maximizar seu impacto mediante a colaboração prática e rigorosa uma com a outra”. Por fim, pelo princípio do “interesse pela comunidade”, as cooperativas estão estreitamente ligadas às suas comunidades, cabendo aos sócios decidir o quanto e de que forma uma entidade desta natureza pode e deve fazer para sua comunidade. (ACI, 1995, p. 89- 99).

Ao concluir esta exposição acerca da definição de cooperativa, seus valores e princípios tendo como referência a Associação Cooperativista Internacional, é importante e necessário identificar agora como a cooperativa Unimed se posiciona diante dessas questões.

A Constituição Unimed, promulgada em 21 de março de 1998, na seção II, art. 4º, define claramente sua adesão aos princípios do cooperativismo, reafirmando os compromissos mútuos entre cooperativa, cooperados e comunidade. Os princípios assumidos, plenamente identificados com os da ACI, são os seguintes:

- Da livre adesão, como forma associativa;
- Da gestão democrática, como forma política;
- Do compromisso doutrinário, como participantes das organizações cooperativistas nacionais e internacionais;
- Da proporcionalidade às operações, como forma distributiva de resultados; da ação integrada e interdependente, como sistemas;
- Da educação, treinamento e informação, como compromisso.

Além dos princípios vinculados ao cooperativismo identificados com os princípios promulgados pela ACI, constam na seção III, art. 5º, da mesma Constituição outros princípios elaborados pela Unimed. O argumento é de que estes foram instituídos pelo conjunto dos cooperativados e que também regem o Sistema Unimed. São os seguintes:

1. *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.
2. *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 usuários, tomadores desses serviços.
3. *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 de serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças;
- c. Da suplementaridade voluntária dos serviços públicos de assistência à saúde e de prevenção de doenças.

Reafirmando o que está escrito no princípio que se refere ao “campo da ética médica”, Irion (1994) explicita-o com mais detalhes:

1. Preservar a ética, eliminando a intermediação da medicina;
2. Preservar a relação médico/paciente através da livre-escolha;
3. Preservar a medicina liberal pelo atendimento em consultório, conservando a liberdade do médico em decidir os meios de atendimento ao cliente e,
4. Por apresentar doutrina de caráter social definida, em que se destacam a democracia das decisões e o fato de a cooperativa ser aberta a todos.
(p. 29-30).

Com base no exposto, torna-se possível estabelecer um paralelo entre o que a ACI propõe e os princípios e valores propostos pela Unimed em sua Constituição. Ao realizar essa comparação, observamos que a Unimed, como cooperativa, adota os valores e princípios propostos pela ACI. Também é possível constatar que a Unimed apresenta na Constituição de 1998 outros princípios, que também identificamos acima.

Esses são os aspectos relacionados aos valores e princípios que regulam as práticas dos médicos cooperativados. Além desses, é possível observar outros aspectos importantes no texto que elaboramos sobre a fundação e estrutura da Unimed que estamos analisando. Entendemos que também é importante resgatar um pouco do contexto histórico relatado no texto exposto acima.

Em relação ao contexto na época de sua fundação, podemos, resumidamente, identificar o seguinte:

- a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966;
- entrada no campo da saúde, de empresas de medicina de grupo oferecendo assistência médica através de planos de saúde;
- contratação por parte dessas empresas de medicina de grupo de médicos para trabalharem como empregados ou credenciados;
- concorrência que os médicos passaram a estabelecer entre si em relação ao emprego e salário;

- essa nova forma de prestar assistência médica pela contratação de médicos assalariados, segundo os próprios médicos, estaria contribuindo para o desaparecimento da clínica liberal realizada pelo médico em consultório;

Qual foi, na época, a reação dos médicos com esta situação?

- Buscar alternativa de trabalho e renda de outra forma que não fosse através das empresas de medicina de grupo;
- Mobilizar os órgãos representativos da classe médica;
- Denunciar essa forma de prestar assistência médica como sendo a mercantilização de um direito fundamental da população que é ter o direito de escolher livremente o médico que quer se tratar.

Apareceu um líder

- O médico Edmundo Castilho, assume a liderança na mobilização dos médicos;
- Enfatiza a importância de se constituir um seguro-saúde estatal, universal e compulsório, pelo qual o paciente tivesse o direito de poder optar pelo médico de sua preferência e de ser atendido por este profissional em seu consultório

O surgimento de um ideal

Este movimento, liderado pelo médico Edmundo Castilho, constrói uma nova possibilidade de trabalho e, com ela, um ideal:

- “[...] propus a união da comunidade santista para criar o que eu chamava de Seguro Saúde Comunitária”. (CASTILHO, 1992).
- “[...] Estabeleceríamos uma tabela de pagamento médico e, dessa somatória de migalhas, teríamos um todo, suficiente para oferecer o que o socialismo propunha: ‘A todos de acordo com as suas possibilidades’”. (CASTILHO, 1992).
- “Chegamos à conclusão de que a sociedade civil que eu havia concebido era uma cooperativa”. (CASTILHO, 1992).
- “Era um amorismo total, era o idealismo mais puro”. (CASTILHO, 1992).
- “A Unimed como cooperativa obedece aos princípios gerais do cooperativismo, embora disponha de princípios que lhe são próprios”. (IION, 1987).

Sem esgotar todas as possibilidades de análise, entendemos que os aspectos identificados já são suficientes para que possamos apresentar as possíveis ambivalências/contradições e cosmovisões.

As ambivalências/contradições

A primeira ambivalência/contradição situa-se na perspectiva de tentar conciliar os princípios do cooperativismo propostos pela ACI, com os princípios da Unimed, especialmente aqueles contidos no “campo da ética médica”.

A Constituição da Unimed assume como seus os seguintes princípios da ACI: livre adesão; gestão democrática; compromisso doutrinário das organizações cooperativistas nacionais e internacionais; proporcionalidade às operações; ação integrada e interdependente, como sistemas; educação, treinamento e informação. Estes, em sua essência, são os mesmos da ACI. Entendemos que aqui é possível observar uma ambivalência/contradição. Vejamos como ocorre essa ambivalência/contradição.

O princípio da Unimed define que é preciso: preservar a ética, eliminando a intermediação da medicina de grupo.

Na realidade, o que este princípio quer preservar é a não-exploração do médico pelos planos de saúde privados, onde existe a figura do “atravessador”, que ganha explorando o trabalho do médico. Contudo, os próprios cooperativados reconhecem que a Unimed não pode exigir fidelidade do médico cooperativado em razão da necessidade de ele garantir a sua sobrevivência; e por isso não há impedimento dele se credenciar junto a outros planos de saúde privados, concorrentes da própria Unimed.

O princípio da Unimed também coloca a necessidade de preservar a relação médico/paciente através da livre-escolha.

Aqui se revela outra questão: é difícil preservar a relação médico/paciente através da livre escolha do paciente, pois nem todos os médicos são associados à Unimed e nem todos os pacientes possuem planos de saúde da Unimed. Se estamos falando de pacientes com recursos próprios para pagar a consulta particular, os exames e hospitalização, então não estamos falando de um médico cooperativado, mas de qualquer médico, inclusive do médico cooperativado.

O outro princípio da Unimed define a importância de se: preservar a medicina liberal pelo atendimento em consultório, conservando a liberdade do médico em decidir os meios de atendimento ao cliente.

Quanto ao atendimento ao paciente ser realizado em consultório, não há nenhuma ressalva, pois é esse o espaço onde a consulta é realizada. A questão é a liberdade do médico decidir os meios de atendimento ao usuário. Entendemos que, se o usuário está vinculado a um plano de saúde, que, por sua vez, tem normas e limites de procedimentos, o médico se

sente impedido de decidir sobre outros procedimentos que não sejam aqueles permitidos pelo plano. A contradição apresenta-se na medida em que o cooperativado aceita os valores e princípios do cooperativismo, mas, ao mesmo tempo, quer ter a liberdade, como médico, de decidir sobre os meios de atendimento ao paciente, ou seja, é uma situação incompatível.

Outro princípio da Unimed é: por apresentar doutrina de caráter social definida, em que se destacam a democracia das decisões e o fato de a cooperativa ser aberta a todos.

O que temos a colocar é que doutrina de caráter social deve ser defendida sempre pelos cooperativados, assim como deve existir democracia nas decisões. A questão está relacionada ao “fato de a cooperativa ser aberta a todos”. Aqui também existe ambivalência/contradição na medida em que, os preceitos do cooperativismo estabeleçam que a cooperativa esteja aberta a todos, no caso da cooperativa Unimed isso nem sempre ocorre, pois existem restrições quanto ao ingresso. O tema da restrição será comentado mais adiante.

Vejamos na seqüência os Quadros 10 e 11, que explicitam as ambivalências/contradições e os indicativos das possíveis presenças das cosmovisões.

Ambivalências/contradições

Quadro 10: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes relacionadas à cooperativa Unimed

Ambivalências/ Contradições	Argumentações/justificativas
A Unimed como cooperativa adere aos princípios gerais do cooperativismo, definidos pela ACI, mas ao mesmo tempo institui princípios que se incompatibilizam com os da ACI.	<p>A Unimed se propõe preservar a profissão liberal tal qual ela é, dando ao cooperado a liberdade que a caracteriza, não intervindo na sua conduta.</p> <p>Não eliminou a intermediação, ela permite que o associado se credencie a outros planos de saúde, concorrentes da própria Unimed.</p> <p>A livre escolha do usuário em relação ao médico está condicionada aos dois estarem vinculados à Unimed.</p> <p>O médico cooperativado não tem a liberdade de decidir sobre os meios de procedimentos em relação ao paciente</p> <p>Existem restrições na entrada de novos sócios na cooperativa</p>

As cosmovisões

Quanto aos indicativos da presença de possíveis cosmovisões, podemos afirmar que elas existem conforme mostra o Quadro 11. Vejamos então.

Quadro 11: Cosmovisões identificadas nas falas dos participantes relacionadas à cooperativa Unimed

Cosmovisões	Argumentos/justificativas
Liberalismo individualista	Preservar a medicina liberal. “Liberal” entendido aqui que assume a pessoa como “indivíduo” que se basta a si mesmo, que não tem nada a ver com o outro, não se importa com o outro.
Totalitarismo coletivista	Neste primeiro tema, não há indícios da presença de características desta cosmovisão.
Comunitarismo solidário (se forem adotados os princípios da ACI que diz adotar)	Da livre adesão, como forma associativa; Da gestão democrática, como forma política; Do compromisso doutrinário, como participantes das organizações cooperativistas nacionais e internacionais; Da proporcionalidade às operações, como forma distributiva de resultados. Do idealismo que norteou a fundação e que inda existe nas falas de muitos cooperativados [...] “dessa somatória de migalhas, teríamos um todo, suficiente para oferecer o que o socialismo propunha: ‘A todos de acordo com as possibilidades’” (Edmundo Castilho, 1992). “Chegamos à conclusão de que a sociedade civil que eu havia concebido era uma cooperativa” (Edmundo Castilho, 1992). “Era o idealismo mais puro” (Edmundo Castilho, 1992).

Ao concluir a análise do primeiro tema – “cooperativa Unimed: que sistema é esse?” – constatamos que existem indicativos da existência de contradições e elementos que sugerem a presença das cosmovisões do liberalismo individualista e do comunitarismo solidário.

SEGUNDO NÍVEL

O segundo nível que passaremos a analisar está constituído por três grandes temas: “o médico cooperativado”, “o que leva o médico a entrar na Unimed” e “o ingresso”, este último subdividido em três subtemas: “ingresso com restrições”; “ingresso universal” e curso de cooperativismo.

Diferentemente do primeiro tema, que foi elaborado de uma forma teórica e, por isso, mereceu um detalhamento maior, a partir deste segundo nível, em razão de trabalharmos diretamente com as falas dos participantes, algumas análises serão mais sintáticas, representadas diretamente nos quadros, e outras poderão se estender mais, em virtude da argumentação que se faz necessária. Iniciaremos com o tema 2, que aborda a figura do médico cooperativado.

Tema 2: O médico cooperativado

Ao se referirem a si mesmos ou aos seus colegas, emergiu em suas falas o perfil de um profissional focado no individualismo. O que nos chama atenção é que os participantes, ao mesmo tempo em que se autodenominam de “individualistas”, “competitivos”, etc., também

mencionaram explicações e argumentos no sentido de justificar esse individualismo. Alguns vinculam o individualismo à natureza do trabalho que realizam - “não é questão de personalidade, mas da natureza do trabalho”; outros justificam pelo excesso de trabalho. Além desses dois, outros aspectos foram citados, também relacionados a essa perspectiva individualista: referem que há necessidade de os dirigentes “cutucarem” os cooperativados para que saiam da condição de individualistas e, também, culpabilizam a formação acadêmica por tê-los tornado individualistas.

Aqui estão colocadas duas justificativas trazidas pelos participantes vinculadas ao seu trabalho como médicos: uma dirigida à direção que deve “cutucá-los” e a outra fazendo referência à formação acadêmica, que os teria tornado individualistas. São argumentos que não serão discutidos aqui, mas que poderão ser temas para futuras discussões.

Vejamos a seguir o terceiro tema do segundo nível: “O que leva o médico a entrar na Unimed”.

Tema 3: O que leva o médico a entrar na Unimed

A proposta do terceiro tema foi identificar junto aos participantes da pesquisa os motivos que levam os médicos a solicitar seu ingresso na Unimed. Entre os argumentos, eles referem que o ingresso na Unimed é uma questão de sobrevivência e de segurança profissional.

Se, verdadeiramente, o argumento central estiver baseado no aspecto da sobrevivência e da segurança, é perfeitamente compreensível, então, pensar que o médico que ingressa na Unimed, ao menos num primeiro momento, não o faz pelos valores e princípios que guiam o espírito cooperativo da solidariedade e da cooperação. Na verdade, ele faria essa opção porque busca resolver o seu problema individual, obter as vantagens que poderão resolver o seu problema, satisfazer às necessidades que está buscando, como por exemplo, ter acesso a mais pacientes.

Essa expectativa é reforçada pela própria cooperativa, na medida em que condiciona o ingresso do novo sócio ao pagamento de uma quantia em dinheiro pela compra da “marca” Unimed. Esta compra por parte do médico que está entrando pode “soar” para ele como sendo um investimento. Tal fato pode se caracterizar como sendo apenas uma relação comercial que se estabelece entre as duas partes; a cooperativa e o médico.

O novo cooperado poderá pensar que está entrando numa empresa comercial, não numa cooperativa. Pelas falas, a impressão que temos é de que a relação que se estabelece é

uma relação puramente comercial. É um negócio, um investimento que o médico faz ao comprar as cotas de participação; por isso, buscará recuperar este investimento o mais rápido possível. Se a questão se coloca como um investimento, a expectativa do médico é de que deva haver retorno e, de preferência, o mais rápido possível.

Ao se estabelecer a relação apenas no nível comercial, o engajamento do profissional como cooperado certamente ficará prejudicado. Por isso, a Unimed, ao menos num primeiro momento, pode representar ao novo cooperado apenas um investimento financeiro individual, não um investimento numa idéia de coletividade, de cooperação.

Então, se para o médico ingressar na Unimed é uma questão de sobrevivência, não importa para ele se é uma cooperativa ou uma empresa comercial; o que importa é buscar as vantagens que ela pode oferecer. De fato, ao vender cotas, a cooperativa também está passando ao novo sócio a idéia de que, ao fazer o investimento, ele obterá retorno. Aqui fica evidente o aspecto ambivalente: a idéia de cooperativa *versus* a idéia de uma empresa de capital.

Pelo que acabamos de comentar, o argumento de que o “indivíduo sozinho não existe”, que também apareceu nas falas dos participantes, parece estar deslocado. Entendemos, contudo, que os médicos, ao falarem sobre o que os motiva a entrar na Unimed, também apontaram aspectos solidários, não somente aspectos que caracterizam uma postura individualista. O argumento acima é uma demonstração de que há profissionais que buscam a Unimed pelo seu caráter coletivo. Embora de uma forma mais discreta, constatamos algumas justificativas cuja ênfase não se centrou no aspecto econômico, mas no das relações voltadas para um ideal mais cooperativo. Os entrevistados não negam a necessidade de sobrevivência e segurança, mas referem que estas não necessariamente devem ser um processo individual; ao contrário, entendem que o indivíduo sozinho não existe. Por isso, ingressar na Unimed é tornar-se parte de uma equipe, de um conjunto. Esta nos pareceu ser uma visão solidária.

É possível se pensar, então, que os motivos que levam os médicos ingressar na Unimed nem sempre são coincidentes: enquanto alguns buscam a Unimed como um recurso para resolver seus problemas pessoais sem se importar com os demais, outros vêm nela a possibilidade de solução dos problemas individuais de forma coletiva e solidária.

Outro aspecto que os participantes trouxeram é a questão dos benefícios que o novo cooperado passa a usufruir ao ingressar na cooperativa, benefícios esses que dificilmente uma empresa privada concede às pessoas que dela participam. Esses são o resultado do esforço conjunto de todos os sócios, independentemente se o cooperativado apresenta uma postura

egoísta ou solidária. Os benefícios, verdadeiramente, caracterizam-se como sendo o resultado de uma ação coletiva.

A seguir passaremos a analisar o quarto tema do segundo nível: “o ingresso”, que se subdivide em três subtemas, “restrições de ingresso”, “ingresso universal” e o “curso de cooperativismo”.

Tema 4: O ingresso

Quando um médico ingressa na cooperativa, seja de que forma for, na especialidade que for, tem certas expectativas com relação à sua vida na instituição, à maneira como será visto e tratado pelos dirigentes, pelos colegas, pelos funcionários e, até mesmo, por pessoas estranhas à cooperativa. Da mesma forma, espera que essas pessoas se comportem conforme os lugares que ocupam na hierarquia institucional, assim como pressupõe que os conhecimentos e as informações que lhe serão transmitidos sejam coerentes com o prestígio e a função de uma cooperativa. Enfim, o associado pressupõe que seus objetivos, de forma geral, coincidam, pelo menos em parte, com os objetivos das outras pessoas que ali se encontram e da própria cooperativa como instituição social e de trabalho.

Está implícito que, quando alguém ingressa numa instituição, tem de se conformar às regras nela existentes, cumprir exigências, desempenhar um papel que já está prescrito de antemão. Por outro lado, é ali também que as pessoas querem ser reconhecidas em suas singularidades, fazer valer seus direitos e vontades, realizar seus sonhos individuais. Assim, como todos os outros que ali se encontram, buscam de uma forma ou de outra realizar-se, seja como profissional, seja como pessoa. “De um lado, o coletivo, o social, determinante das regras, das leis, dos papéis e das formas estabelecidas de inter-relação entre os indivíduos. De outro, as diferentes necessidades (conscientes) e desejos (quase sempre inconscientes) de diferentes indivíduos, também determinantes de suas ações”. (NASCIUTTI, 2003, p. 101-102).

Quanto ao tema relacionado ao ingresso, algumas ambivalências/contradições já podem ser notadas de imediato, tais como:

- Perfil de profissional liberal *versus* perfil de cooperativado;
- Cooperativa *versus* empresa;
- Venda/compra da “marca” Unimed *versus* adesão à cooperativa através da cota-parte da cooperativa;

É isso que o médico encontra quando busca a Unimed como espaço de trabalho. Muitos participantes, ao se posicionarem sobre a questão do ingresso na Unimed, fizeram referência às “leis”. O termo “leis” é no sentido de que todo ingresso, na realidade, se dá seguindo certas normas, regulamentos, que na linguagem dos participantes se traduzem como “leis”. Seria a lei de mercado *versus* a lei cooperativista? Muitos aceitam e até argumentam a necessidade de que o ingresso na Unimed seja realizado segundo as leis de mercado, não pelas leis cooperativistas, a não ser quando o juiz, através da legislação pertinente, julgar que o ingresso do médico na cooperativa se dê por via judicial.

Se a Unimed for compreendida pelos sócios e pelos demais médicos que pretendem nela ingressar como sendo uma empresa capitalista, significa que estão aceitando que ela seja regida pelas leis de mercado, não pelas leis cooperativistas.

As empresas privadas justificam que o ingresso de um novo funcionário deve estar condicionado ao perfil do cargo que irá ocupar. A Unimed dependendo dos critérios que estabelece para o ingresso do novo cooperativado, pode se constituir com um perfil de cooperativa ou um perfil de empresa privada. Se for o perfil de empresa privada, os critérios podem contemplar aspectos tais como, a especialidade do médico, o peso da sua influência social, os recursos financeiros do candidato a se associar, reserva de mercado dos que já estão dentro da cooperativa, entre outros.

Os entrevistados justificam que um dos requisitos para o ingresso é a necessidade de se comprar/vender a “marca” Unimed, porque ela tem um valor. Quem vende é porque se sente proprietário, e quem compra exige retorno. A restrição do ingresso, segundo os próprios médicos, tem o objetivo de garantir o retorno para os que entram e manter a rentabilidade para os antigos que dizem terem sido os que construíram a marca. Esta forma da Unimed de se organizar pode se constituir, com o tempo, numa experiência totalitária coletivista.

Quanto ao ingresso universal, parece ser uma experiência que ficou no passado, como eles mesmos referem: “antigamente entravam todos, pagava-se a cota-capital”; “Todos que pediam entravam”. Os participantes declararam ainda que na maioria das vezes o médico entra meio de “roldão”, isto é, entra sem saber o que é uma cooperativa.

Independentemente da forma como se realiza a entrada na Unimed, seja segundo o critério universal, seja comprando a “marca”, seja de “roldão”, todos devem realizar o curso de cooperativismo. Neste aspecto, o que nos chamou atenção foram os comentários em relação ao curso, pois referem que é obrigatório e pré-requisito para ingressar. Todos os participantes fizeram referência ao curso como importante, porém, quando perguntamos sobre os temas e sobre quanto tempo durara o curso, muitos não sabiam responder, ou seja, não

pareceu ser esta uma questão importante. A maioria tentou desqualificar o assunto, preferindo falar de outros temas, ou justificando que, embora não lembrassem os assuntos abordados, tinham conhecimento do que é ser cooperativado, pois o contato do dia-a-dia com colegas e diretores lhes proporcionava as informações necessárias para o seu convívio com os demais cooperativados. Quando lembravam os assuntos, destacaram-se os relacionados ao cuidado que os diretores recomendam quanto à racionalização dos gastos. Quanto ao conceito de um “bom cooperativado”, referiram que é aquele que poupa, que gasta pouco com o usuário; ao contrário, o mau cooperativado é aquele que não poupa e gasta muito com o usuário, por isso é necessário se aumentar a vigilância e o controle sobre este. Este tema será retomado mais adiante.

O curso, pelas informações obtidas, trata de temas mais voltados aos aspectos econômicos e de controle. Assim, temas como doutrina do cooperativismo, seus valores e princípios apenas são citados. É um curso que não se fixa no cooperativado. Falas como “não lembro o que foi dado”, “quanto tempo durou”, “quanto tempo faz” são um indício de que este curso tem mais características de treinamento que de educação cooperativista.

Dentro desse contexto, qual é o sentido do curso para o médico que está ingressando? Devemos lembrar que o médico que ingressa, pelas falas dos participantes, não conhece nada ou conhece muito pouco, de cooperativismo; além disso, está nela porque fez um investimento e toda sua expectativa está centrada, portanto, nisso. Ele pode não estar interessado nos aspectos que dizem respeito aos valores e princípios do cooperativismo. Diante dessa situação, entendemos que o curso deveria ser repensado, visto que, na realidade, é um treinamento de ingresso dos novos cooperativados mais voltado para os aspectos de controle com os gastos.

Ao concluir as análises dos três temas do segundo nível, relacionados à figura do médico e aos motivos do seu ingresso na Unimed, um aspecto, em especial, chamou-nos a atenção: o problema da inserção do médico no mundo de trabalho. Em geral, é senso comum pensar que na profissão de médico o trabalho não se constitui em problema. Contudo, o que se revelou em nossa pesquisa é que o ingresso do médico na Unimed não se dá, em primeiro lugar, pela consciência da possibilidade de realizar a experiência de um trabalho coletivo e solidário, tendo como modelo a cooperativa. Pelo que foi possível perceber, o ingresso na cooperativa pode estar relacionado ao fato de ele não ter trabalho, por isso a Unimed seria um espaço de trabalho; ou, então, mesmo já tendo trabalho, por buscar mais uma atividade, independentemente de ser numa cooperativa ou numa empresa privada.

A questão que se coloca é: Afinal, quem são os médicos que entram na Unimed? São os médicos recém-formados, que estão em busca de trabalho, que nem sempre dispõem de recursos financeiros para pagar os altos valores exigidos para o ingresso? Ou os médicos que possuem condições financeiras para pagar o que a cooperativa estabelece como valor da marca Unimed? Entendemos que aqui há uma contradição. O médico precisa entrar na Unimed para dar conta da sua sobrevivência e segurança, mas só entram os que aparentemente não têm problema de sobrevivência e segurança, pois dispõem de uma alta quantia em dinheiro para fazer um investimento, cujo retorno nem sempre é imediato.

Se o trabalho passa a ser uma questão vital para os médicos, especialmente para os novos que estão saindo das universidades, não seria justamente a Unimed, uma cooperativa, a saída para o problema de trabalho desses novos médicos? Como a Unimed se coloca diante desta questão?

Após essas ponderações, vejamos os quadros que sintetizam os argumentos e justificativas expostos acima, onde buscamos identificar as ambivalências/contradições e aspectos relacionados às três cosmovisões.

Ambivalências/contradições relacionadas aos três temas do segundo nível

Quadro 12: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes relacionadas ao médico no seu processo de ingresso na Unimed

Ambivalências /contradições	Argumentos/justificativas
Cooperativa versus empresa privada	<p>Cooperativa Ela proporciona a valorização do profissional. Ela abre as portas para a profissão, para o consultório, para os pacientes e para ser conhecido. O valor de ingresso está relacionado à cota parte de participação. Ela possui uma base e o novo cooperativado ao entrar já entra nessa base. O que existe agora é equipe, conjunto. Ela concede benefícios aos cooperados Tem plano de saúde para os associados e para os filhos menores.</p> <p>Empresa: É um negócio. É um investimento que deve ser feito. Para o novo cooperativado passa a ser um investimento ao comprar a cota de participação. O médico busca recuperar o investimento realizado o mais rápido possível. Entra se houver vantagens para ele. Interesse profissional direto</p>
Sem trabalho e sem recursos financeiros versus	<p>Se na assembléia for aprovado que tem que ser R\$50 mil a cota capital, só entrará médicos ricos, para ter 2 ou 3 clientes num mês ou num ano.</p>
Só entra quem tem dinheiro	<p>Elas estão aumentando muito a cota capital, inviabilizando o médico jovem de participar do grupo pelo valor financeiro. Um médico recém-formado, com crédito educativo, não pode dispor de 12, 15 mil a vista para se associar na cooperativa</p>
Ingresso restrito versus ingresso universal	<p>Leis de mercado. Para alguns é fácil para outros, impossível de entrar. Reserva de mercado. Condicionado a comprar a marca Unimed.</p>

Cosmovisões relacionadas aos três temas do segundo nível

Quadro 13: Indicativos da presença das cosmovisões a partir das falas dos participantes relacionadas ao médico cooperativado no seu processo de ingresso na Unimed

Cosmovisões	Argumentos e justificativas
Liberalismo Individualista (individualismo; vantagens individuais)	Classe individualista, desunida, liberal, não se mobiliza. Só se preocupa com seu umbigo, seu consultório, sua especialidade. Cada um vê primeiro o seu lado, seu interesse individual. Ninguém se ajuda, “sou bem individualista”. O médico é bastante autoritário e individualista. Uma cooperativa de médicos que são cooperados, mas que em alguns subgrupos de especialidades, são concorrentes. O médico vai se ligar à Unimed, se tiver vantagem pessoal Satisfazer a si mesmo, resolver, primeiramente, o seu problema individual. Interesse profissional individual direto.
Totalitarismo Coletivista (círculo fechado de cooperativados; totalitárias)	Leis de mercado. Para alguns é fácil para outros, impossível de entrar. Reserva de mercado. Condicionado a comprar a marca Unimed. É uma coisa complicada de se conseguir gerenciar, porque cada um acha que a verdade é a sua verdade. O médico autônomo é dono de tudo, dono da verdade. Acham que são donos de certas situações, principalmente nos hospitais, e aí ele diz: “estou aqui há 15 anos, está tudo bem, não quero mudar”. Dono, senhor, autoritário, cada um tem sua verdade.
Comunitarismo Solidário (o “indivíduo” sozinho não existe. Ingresso universal. Curso de ingresso)	O indivíduo sozinho não existe, o que existe agora é equipe, conjunto. Ela fornece ao cooperado garantias pessoais e profissionais. Tem plano de saúde para os associados e para os filhos menores. Seguro de vida. Vantagens comerciais. Antigamente não havia barreiras, todos entravam. A rigor o ingresso é universal. Aqui, todos que pediram entraram. Hoje não é fechada, qualquer profissional com seu diploma pode solicitar o ingresso. Mostra ao cooperado o que é o cooperativismo. Sua história, doutrina. O cooperado tem que saber os princípios, a filosofia.

TERCEIRO NÍVEL

No terceiro nível discutiremos o tema que trata da relação que o cooperativado estabelece com a cooperativa. Identificamos que podem ser duas as formas de o cooperativado se relacionar com a cooperativa: na forma de convênio, como se a Unimed fosse apenas um plano de saúde, e na forma de sócio/dono da cooperativa. Porém, antes de iniciar a análise destes dois subtemas, é importante tratar de uma questão que é anterior: a *fidelidade*.

Para o cooperativismo a fidelidade é um dos pontos centrais, porque a razão de a cooperativa existir está baseada na fidelidade. Para isso, basta retomar os valores e princípios vistos nos capítulos anteriores, que se obterá a resposta.

A fidelidade constrói-se na medida em que os cooperativados se sentem incluídos, participantes, donos e, por isso, “brigam” por aquilo que é seu”. O fato de os cooperativados

não se sentirem incluídos pode indicar uma série de possibilidades, tais como: não entenderem que são sócios de uma cooperativa; julgarem que a cooperativa não se importa com eles; entenderem que eles podem trabalhar em locais/empresas/organizações/que são concorrentes, etc. Certamente, este poderá ser um tópico de uma pesquisa: “O que os cooperativados têm a falar sobre a palavra “fidelidade”?”

Pelo fato de os participantes não terem sido enfáticos e claros neste assunto, questionamos se isso não poderia estar associado ao sentimento de ambivalência que paira sobre um bom número deles, visto que a relação que estabelecem com a Unimed não seria a de dono, mas de conveniado. Se o médico diz ser conveniado, terá obrigação de ser fiel à entidade? Deverá ser fiel a uma cooperativa da qual ele é dono, mas em que, ao mesmo tempo, coloca-se na posição de conveniado? Conveniado de si mesmo? Esta é uma contradição.

Outro aspecto insistentemente referido foi a questão de serem profissionais liberais. Isso também pode estar influenciando na fidelidade do cooperativado. Se ele se coloca como sendo um profissional liberal, é de supor que a fidelidade em relação à cooperativa poderá ser colocada em segundo plano. Esta contradição está contida na Constituição da Unimed, que prevê que seja preservada a condição de profissional liberal.

Após estas considerações iniciais relacionadas à questão da fidelidade, passemos para o subtema: “convênio”

Subtema 1: Um convênio

Eis aqui outro ponto que deve ser tratado com cuidado. Segundo o *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*, convênio significa “convenção, ajuste, acordo, pacto 2. Contrato entre dois ou mais órgãos públicos. 3. Contrato de prestação de serviço entre um órgão público e uma instituição particular”. (1986, p. 470).

Os participantes, em sua maioria, fazem referência à Unimed na condição de profissionais liberais conveniados. Para eles a Unimed é um plano de saúde que estabelece convênios com médicos. Estaríamos diante de uma ambivalência/contradição? Não é possível que um cooperativado da Unimed se torne conveniado da mesma Unimed, ou seja, conveniado dele mesmo, ser dono da cooperativa e, ao mesmo tempo, ser conveniado. Vejamos algumas colocações dos participantes: “é um convênio”; “é o convênio que melhor paga”; “é só mais um convênio”; “o convênio paga e o cooperativado trabalha”; “entrei sem saber o que era a Unimed, só sabia que era um convênio, credenciei-me”.

Na medida em que o médico assume a Unimed apenas como um convênio, não há por parte dele nenhuma responsabilidade; por isso, tenta usufruir ao máximo os ganhos pessoais. Como refere um participante: “Eles lesam a Unimed”. Ao se assumirem como credenciados, muitos se eximem da responsabilidade de cuidar da cooperativa e, por isso, colocam-se numa posição externa a ela. Ao passar a se relacionarem com a Unimed apenas num nível de plano de saúde, assumem a cômoda posição de se eximir dos problemas e passam a apontar problemas que, na realidade, eles próprios deveriam resolver, tais como: “que a Unimed é uma idéia boa, mas está dando errado; que ela está começando a falhar; que está sendo desvirtuada e que os seus sócios perderam a confiança na entidade”.

Realmente, se a relação se dá num nível de credenciamento, caracteriza-se como comercial; por isso, ao não se assumirem como donos, os médicos não se sentem responsáveis por aquilo que está acontecendo nela e passam a projetar nos outros as falhas. Parece, portanto, que o que está sendo comentado aqui, de o cooperativado se assumir como credenciado, pode estar relacionado com a forma como se dá seu ingresso. Por ter o ingresso na Unimed características comerciais, é possível que o cooperativado se sinta mais credenciado do que cooperativado.

Essa relação determina que não haja nenhum compromisso do cooperativado para com a cooperativa, pois, como eles mesmos, dizem: “Ela pode quebrar, mas o médico não quebra”, “Estar ligado a uma cooperativa é estar morto”. Quer dizer, então, que o vínculo só se estabelece na medida em eles podem ter vantagens? Segundo a fala de um médico, “ela não me traz nada além de um aumento de trabalho, de pacientes”.

Outro aspecto que trazem é quanto à possibilidade de a cooperativa desaparecer, fato que parece não lhes criar nenhum desconforto, pois referem que já estão assegurados por outros trabalhos. Logo, isso significa que a Unimed não é importante para eles. Mas e se realmente investissem todo o seu tempo na Unimed, como ela estaria? Não poderia estar melhor? Aí vem novamente à tona a questão da fidelidade.

Como foi colocado no início desta análise, este tema é importante e, certamente, deverá ser motivo de discussões dentro da cooperativa. Se ainda não emergiu, certamente virá à tona na medida em que a Unimed irá discutir seu futuro como cooperativa.

Subtema 2: Uma cooperativa

Se existem cooperativados que se colocam na posição de conveniados, por outro lado as falas também revelaram posicionamento de outros que se sentem incluídos, que se sentem verdadeiramente donos e, por isso, assumem a Unimed como uma cooperativa.

Vemos que as pessoas vão se tornando cooperativistas ao longo do tempo; vão tomando consciência (individual e social) de que são os donos, não apenas credenciados. Se não se assumem como donos como sócios, os cooperativados não assumem a cooperativa. Todos devem construir uma consciência de que a Unimed é importante e é a forma de organização profissional ideal hoje. Assim, à medida que forem se agregando como grupo, o objetivo torna-se mais fácil de ser alcançado.

Aqui há um indicativo trazido pelos cooperativados: a participação. É a participação que determina que uns se considerem conveniados e outros, cooperativados. Caberá aos dirigentes a tarefa de fazer com que haja uma participação efetiva dos cooperativados. É uma administração centralizadora ou descentralizadora? É uma administração que estimula os cooperativados a participarem? Se ninguém nasce cooperativista, o que faz a Unimed para tornar esses sócios de conveniados em cooperativistas?

Os Quadros 14 e 15 mostram o que discutimos aqui.

Ambivalências/contradições

Quadro 14: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes na sua relação com a Unimed

Ambivalências / contradições	Argumentos / justificativas
Fidelidade <i>versus</i> Infidelidade	<p>Eu acredito que ninguém viva da cooperativa. Eu não consigo viver só da Unimed. Em (cidade X) tu pode atender todos os convênios fazendo parte da Unimed, aqui na nossa não. É mal intencionado mesmo, é impossível um médico que faz parte de uma cooperativa, não tenha o mínimo de conhecimento dos procedimentos de uma cooperativa. Aquele colega que não se mantém dentro da ética nós eliminamos, exigimos fidelidade.</p>
Justificando a infidelidade	<p>O cooperativado atende no plano de saúde concorrente da Unimed, mesmo que eticamente ele não possa atender. Ele atende para sobreviver. A gente tem que ter esse entendimento de tolerância. O dirigente tem que ser tolerante. Você vai ter que ter múltiplos empregos, para poder manter um padrão, para poder estudar. Temos o maior coeficiente de honorários do estado e talvez do Brasil. Então de alguma forma isso fideliza bastante o cooperado.</p>
Convênio <i>versus</i> Cooperativa	<p>Se o dono do negócio disser que é um convênio e não disser que é minha empresa, é meu negócio, só aí você vai ter que gastar muita energia para fazer essa pessoa mudar a conversa. O médico diz: “eu sou credenciado da Unimed”, na verdade ele não é credenciado, ele é um sócio, um dono, mas na cabeça dele ele é credenciado. Ele é sócio/dono, mas na cabeça dele ele é credenciado ele não é dono. Na verdade é uma competição com a pessoa mesma. A cooperativa entra aí como uma intermediária. Por ser uma cooperativa dos médicos eu me credenciei. Na realidade ele (o plano de saúde da Unimed) veio para que o médico não fosse explorado por outros intermediários (planos de saúde privados)</p>
A Unimed <i>versus</i> minha vida	<p>A Unimed não mudou a minha vida. A Unimed me proporciona que pessoas venham procurar meu atendimento. Para mim a cooperativa é apenas um plus em minha vida. Ela não interfere em nenhuma das outras atividades, nenhuma, nada que eu queira. Ela pode quebrar, mas o médico não quebra. Estar ligado a uma cooperativa é estar morto.</p>
Participação <i>versus</i> omissão	<p>Na verdade eu sou cooperado, mas sou profissional liberal, eu estou aqui no meu consultório, eu não estou lá na Unimed. A participação é muito significativa. O pessoal é bem participativo, discute bastante. Não é todo mundo que está disposto a ceder o seu tempo em função da coletividade. É uma coisa pouco altruísta. As pessoas pouco participam. As pessoas não se preocupam, elas não vão às reuniões, não se interessam. Algumas pessoas, eu acho, que não tem interesse Nunca participei de nada.</p>

Cosmovisões

Quadro 15: Indicativos da presença das cosmovisões a partir das falas dos participantes na sua relação com a Unimed

Cosmovisões	Argumentos/justificativas
<p>Liberalismo individualista (é um convênio; lesando a cooperativa; necessidade de controle)</p>	<p>É uma relação empregador/funcionário. Uma exploração do trabalho médico. Acham que a Unimed é um tipo de convênio e por isso lesam como eles podem a Unimed. Ele não está preocupado com o crescimento da cooperativa, como uma empresa, ele está preocupado é fazer com que ganhe cada vez mais naqueles procedimentos que ele quer. Ele acha que a cooperativa é um plano de saúde comum, que ele tem que tirar o máximo de proveito do plano. Não é a paixão da minha vida. Se a Unimed quebrar, for mal, o médico não vai quebrar porque ele atende medicina privada, ele atende vários convênios Tudo tem que ter controle. Se algum colega sair dessa linha de pensamento e pensar só em si, ele vai quebrar a cooperativa e vai quebrar o preceito.</p>
<p>Comunitarismo solidário (possibilidade de resgatar a cooperativa)</p>	<p>Eu sou cooperado da Unimed, não posso ser cooperado de outro convênio. Eu acho difícil que um cooperado vá querer fazer uma competição desleal com a cooperativa. A gente percebe que hoje o médico não consegue viver sozinho.</p>
<p>Totalitarismo coletivista</p>	<p>Não se verificou aspectos vinculados a esta cosmovisão.</p>
<p>Comunitarismo solidário (ninguém nasce cooperativista)</p>	<p>O Sistema se constitui a partir de todos nós que fazemos parte da cooperativa pensando coletivamente. Hoje eu entendo que a cooperativa é uma empresa nossa. Afinal todo mundo é dono. Tu és a tua cooperativa, entendes? A gente tem que defendê-la. Todos os cooperados têm o mesmo poder. Os sócios têm que dar às mãos. Dentro dessa cooperativa o princípio básico é o cooperativismo, é isso aí, cooperar. Tem um companheirismo muito grande. A cooperativa foi criada, tendo em vista o fator agregador, com todo mundo igual. A Unimed é uma coisa que a gente trata com carinho. Existe uma relação de confiança entre o médico e a Unimed. Sozinho você não consegue nada, então você tem que se unir. Na verdade não é uma coisa imposta, é opcional de cada um. Ela ensina a conviver com outros colegas e decidir pela maioria, pelo bem comum.</p>

A relação que se estabelece entre cooperativado e a cooperativa, analisada acima, trouxe uma informação que anima quem acredita na força de um grupo que se constitui na forma de cooperativa. As falas indicam que existe um grupo de cooperativados que têm consciência do que é ser associado de uma cooperativa. Portanto, a Unimed tem grandes possibilidades de avançar na qualificação dos seus associados na medida que há profissionais associados que já possuem essa consciência.

No próximo tópico abordaremos o tema “relação entre o cooperativado e o usuário”. Esta relação, assim como a relação entre o cooperativado e a Unimed, é muito importante, porque define, de certa forma, o sucesso ou o fracasso da Unimed.

TERCEIRO NÍVEL

Neste tema, assim como ocorreu no tópico anterior, no qual analisamos a relação entre o cooperativado e a Unimed, também será necessário pontuar uma questão preliminar antes de entrar nos dois subtemas (subtema “médico” e subtema “usuário”). Acima foi colocada a questão da fidelidade e aqui, considerada no mesmo nível de importância, explicitamos a questão do *vínculo* entre o médico cooperativado e o usuário que aderiu ao plano de saúde da Unimed.

Com base nas falas dos entrevistados foi possível abstrair que a relação médico *versus* usuário está cada vez mais distante. Perguntamos sobre o que estaria acontecendo, uma vez que esta relação é tão importante que até mereceu um destaque na Constituição da Unimed de 1998, como um princípio no campo da ética médica, assegurando a importância de se preservar a relação direta entre o médico e o paciente, para que, garantida sua independência, torne-se o único juiz diante de sua consciência pelos atos médicos que praticar na sua relação com o paciente.

Se esse vínculo se quebrar, haverá aí um impasse, pois o tratamento só se efetiva quando existir uma relação de confiança entre o médico e o paciente. Por isso, se há indícios de que há problemas no vínculo, o cooperativado, juntamente com a direção da Unimed, deverá buscar identificar quais são os entraves para que possam ser equacionados, porque um conflito nesta relação poderá ter desdobramentos negativos tanto para o médico, pois o usuário poderá procurar outro profissional, como para a cooperativa, que poderá perder usuários para outros planos de saúde, seus concorrentes. Além disso, o usuário tem a liberdade de procurar ajuda em outros espaços que não somente na área médica.

Essa relação está sendo atravessada por problemas de que o próprio cooperativado tem de dar conta. Como exemplo, a forma como o médico tem de se organizar em termos de

trabalho, como quando necessita trabalhar em muitos locais ao mesmo tempo. Será que ele perdeu o “ponto de controle”, o domínio da situação, e agora os usuários passaram a assumir esse “ponto de controle”, através do controle social? Terá o usuário se tornado mais exigente? É possível que o que se julgava ser uma relação de confiança, na realidade, era um vínculo de dependência do paciente em relação ao médico. Estas são algumas questões que, entre outras, certamente deverão ser discutidas e aprofundadas.

As justificativas levantadas pelos participantes estão relacionadas a não terem mais tempo para atender bem o paciente em razão da necessidade de estarem trabalhando em muitos locais ao mesmo tempo. Se for paciente particular, será bem atendido. Se for paciente de convênio, será mal atendido. Tentar transformar o paciente de convênio em paciente particular, cobrar “por fora”, não garantirá a aproximação do médico com o paciente. O temor que se revela nas falas dos participantes é de que um vínculo não amistoso entre o médico e paciente possa se transformar num processo judicial. Assim como o médico pode ser infiel para com a cooperativa, o paciente da cooperativa também pode ser infiel em relação ao médico.

Pelo que pudemos constatar nas falas dos participantes, o médico cooperativado coloca-se numa posição em que julga não precisar ser necessariamente fiel à sua cooperativa, pois, segundo suas falas, se ela quebrar, ele não quebrará. Contudo, se o paciente não for fiel ao médico, haverá dificuldades para este, pois ele depende da fidelização do paciente para poder ampliar o número de atendimentos. Nesse sentido, um paciente bem atendido será um indicador de novos pacientes para o médico que o atendeu bem, demonstrando que se estabeleceu um vínculo de confiança.

Analisada a questão do vínculo entre médico e paciente, vamos ao passo seguinte, onde abordaremos o subtema 1: “o médico cooperativado”.

Subtema 1: O médico cooperativado

Ao iniciar a análise da temática sobre o médico cooperativado, uma pergunta se faz necessária. Como se dá o cuidado ao outro quando existe um atravessamento (necessário), que é o dinheiro? Que valor assume o dinheiro nessa relação? Entendemos que os muitos empregos que os médicos referem ser necessários para sua manutenção podem ser um sinal de que o profissional liberal já não existe; o que existe é um profissional assoberbado em busca de trabalho.

Para os participantes o termo “liberal” significa ter a liberdade de escolher o procedimento que recomendará; para o usuário, por sua vez, seria a liberdade de escolher o médico que quer consultar. Aqui temos dois problemas: o médico cooperativado só poderá ser escolhido por um usuário que aderiu ao plano de saúde da Unimed; portanto, nem todos os usuários podem escolhê-lo. Quanto ao médico, não tem a liberdade de escolher o procedimento que quer adotar em relação ao paciente, porque está condicionado a um contrato que o usuário realizou com a Unimed ao adquirir o plano de saúde. Nesse plano de saúde a que o usuário aderiu estão estipuladas as condições de seu atendimento e dos procedimentos a que ele tem direito.

Um médico cooperativado que tenta induzir o paciente que tem um plano de saúde a pagar uma consulta particular não tem espírito cooperativista. A importância da cooperativa para este médico é no sentido de se utilizar dela para ter vantagens pessoais. Entendemos que nesse procedimento estão implicados problemas éticos. Se o médico se assume como dono, é o dono que está atendendo o usuário, não o credenciado, que também diz ser. Ao assumir-se como dono e, ao mesmo tempo, como credenciado da Unimed, revela uma postura ambivalente/contraditória de si mesmo.

Ao contrário da postura do médico comentada, também tomamos depoimentos de médicos cooperativados sobre experiências respeitadas e éticas em relação ao usuário. Como exemplo, o cooperativado não limitar o número de consultas e não forçar o usuário a pagar a diferença da consulta é um indicativo de que o médico ao menos respeita o usuário no seu plano de saúde.

Feita a análise da postura do médico cooperativado na sua relação com o usuário, passemos agora a ver como o usuário estabelece sua relação com o médico.

Subtema 2: O usuário

Os usuários da Unimed são todos aqueles, que, de forma individual, familiar ou coletiva, conseguem pagar mensalmente a parcela do plano de saúde. Embora não tenhamos investigado diretamente este aspecto, os médicos cooperativados fazem referência à importância do usuário, seja na condição de estar ligado a um plano de saúde, seja na condição de paciente particular. Aliás, é na condição de paciente particular que todo médico gostaria de se vincular ao usuário, como bem retrata uma das falas ao referir que o paciente privado é a “paixão” de todo médico. O mesmo participante declara que o paciente particular é fiel, não reclama, não questiona, não processa, porém está em extinção.

A diferença entre o paciente particular e o paciente que tem plano de saúde é a possibilidade da escolha. O paciente particular escolhe o médico, ao passo que o usuário de um plano de saúde tem a liberdade de escolher, mas com uma limitação: só poderá escolher o médico que consta numa lista elaborada pela Unimed. Aqui, portanto, a liberdade de escolha do médico por parte do usuário tem limites.

Nesse limite das escolhas dos médicos pelo usuário é que entra a questão dos critérios que ele utiliza para escolher o profissional. É sempre uma questão relacionada ao vínculo. Para se ter vínculo é necessário ter tempo para se dedicar ao outro. Será difícil ao médico construir um bom vínculo com o usuário se ele está sempre ocupado em dar conta dos seus trabalhos/empregos. Ou ainda, não haverá um bom vínculo entre cooperativado e usuário na medida em que o médico força o usuário a pagar uma consulta particular, mesmo tendo o direito de ser atendido pelo seu plano de saúde.

Existe, contudo, uma possibilidade de se estabelecer uma aliança entre o usuário e médico, de modo que os dois possam tirar proveito do plano, na medida em que busquem conjuntamente alternativas de estabelecerem vínculos que ultrapassem a necessidade de ganhos imediatos.

Passemos aos Quadros 16 e 17 que nos indicarão as ambivalências/contradições e a existência de possíveis cosmovisões.

Ambivalências/contradições

Quadro 16: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes na relação/vínculo entre o médico cooperativado e o usuário.

Ambivalências / contradições	Justificativas/argumentações
<p>Dizer estar preocupado em cuidar bem do usuário <i>versus</i> não ter tempo para atendê-lo</p> <p>Dizer ser liberal <i>versus</i> estar vinculado à cooperativa Unimed ou a outros planos de saúde.</p>	<p>Tu precisas muitas vezes, dispor de bastante tempo, ouvir o paciente e às vezes o que se recebe é pouco, tu tens que fazer um atendimento bastante rápido.</p> <p>A coisa está tão atropelada que não estou tendo mais tempo para ter essa relação com o paciente.</p> <p>Nós realmente estamos cada vez mais distantes, nós temos uma interface difícil de transpor.</p> <p>Liberal porque é o médico que vai escolher o procedimento que ele vai fazer naquele paciente.</p> <p>É uma coisa muito boa na relação médico-paciente, porque não tem nada que atrapalhe essa relação.</p> <p>Mas aí tu pegas um plano, até o plano de saúde da própria Unimed, aí eu não tenho a liberalidade de propor ao meu paciente tal coisa.</p> <p>Tu não podes utilizar muitos exames.</p> <p>O médico fica nesse aperto, nesse impasse.</p> <p>Eu não sou mais liberal com o paciente, sou simplesmente alguém que está ali dentro de uma máquina que faz esse procedimento.</p> <p>Se estiver dentro de um plano não é mais tão liberal assim.</p> <p>Existe uma discrepância de postura neste médico entre seu consultório particular e ao mesmo tempo ser sócio da cooperativa.</p>
<p>A Unimed (médicos) dizer que o paciente tem liberdade de escolha do profissional <i>versus</i> limitação do paciente em acessar o médico em função de o médico ser ou não sócio da Unimed</p>	<p>É o paciente que faz a escolha do profissional que ele quer consultar.</p> <p>Tem gente que atende uma Unimed por semana, então quando o paciente procura porque precisa, não tem consulta para ele.</p> <p>As pessoas que têm o convênio acabam vindo consultar com a gente (onde está a escolha do paciente?)</p>

Cosmovisão

Quadro 17: Indicativos da presença das cosmovisões a partir das falas dos participantes na relação/vínculo entre o médico cooperativado e o usuário

Cosmovisões	Argumentações / justificativas
<p>Liberalismo individualista (Limitando o número de consultas)</p>	<p>O médico marca esta consulta para dali 3 ou 4 meses para forçar transformar o cliente mesmo conveniado na Unimed, num paciente particular. Está começando a ficar difícil assim arrumar horário porque eu limitei em 7 pacientes por dia. Se é pela Unimed só daqui a dois meses, mas se é particular tem vaga amanhã. O usuário chega ao médico e diz: eu quero que você me peça uma tomografia da cabeça. O paciente senta e põe em cima da mesa a ressonância e diz: doutor eu tenho tal coisa. Ele quer aproveitar e fazer um exame que ele nunca fez.</p>
<p>Comunitarismo solidário</p>	<p>A pessoa é atendida pelo seu próprio dono. A pessoa sabe. A Unimed não estabelece limite de consultas. Está marcado na agenda e cada um vai ser atendido na sua vez. Assim funciona para todo mundo independente de ter convênio, de ser Unimed, particular ou filantropia. Eu atendo a Unimed, exatamente como eu atendo o particular. Eu não faço distinção de horário, eu não faço distinção de exame, eu não faço distinção de tempo, ele vem, ele se anuncia, ele é atendido. A cooperativa não indica médicos, ela apresenta a lista dos especialistas e as pessoas fazem sua livre escolha, depende do trabalho de cada um.</p>
<p>Totalitarismo coletivista</p>	<p>Não foram identificadas evidências desta cosmovisão.</p>

Passemos à questão da administração da Unimed, uma temática bastante comentada pelos participantes da pesquisa. Assim, percebemos que este é um tema complexo e que deve ser muito bem trabalhado pelo conjunto dos sócios e dirigentes da entidade. Vejamos alguns aspectos trazidos pelos cooperativados em suas entrevistas.

QUARTO NÍVEL

Contudo, em termos singelos, o desafio maior que as cooperativas têm enfrentado não vinha do mundo exterior. Igual que no passado (igual que no futuro), a ameaça mais grave não era a competência. Não era inclusive a diferente ordem política. Estava nos corações dos cooperativistas desanimados. É uma questão de determinação, uma incerteza sobre o quê o movimento é capaz de oferecer ao mundo contemporâneo. (ACI, 1995, p. 110).

Viver coletivamente implica, assim, em instituir-se em organizações, o que significa divisão de papéis, divisão de trabalho e, bem ou mal, hierarquização das relações sociais, estabelecendo-se, como consequência, as relações de poder que permeiam toda e qualquer relação social. (NASCIUTTI, 2003, p.102).

Tema: Administrando a Cooperativa Unimed

A questão da administração, no caso da Unimed com os cooperativados, foi muitas vezes expressa no seguinte dilema: secretária *versus* plano de saúde, ou plano de saúde *versus* secretária. Novamente, como já debatido sobre a questão da *fidelidade* entre o cooperativado e a cooperativa e o *vínculo* entre o médico cooperativado e o usuário, agora surge a questão de a Unimed assumir-se como secretária dos cooperativados. Será este o papel da entidade? Ser secretária? Estaria o nome “secretária” substituindo o nome “plano de saúde”?

O que a Unimed secretária faz é a intermediação entre o paciente e o médico. É o mesmo que o plano de saúde faz: intermedeia o paciente e o médico. A Unimed, ao assumir que é um plano de saúde, também está assumindo esse papel?

Essas questões resultam do que analisamos anteriormente, sobre os cooperativados associarem a cooperativa Unimed com algo a que se credenciam. O que leva cooperativados a assumirem este papel de credenciados da Unimed é a associação que fazem da cooperativa Unimed com um plano de saúde.

Outra questão trazida foi quanto ao tamanho das cooperativas. Ouvimos que, no início, era mais fácil porque as cooperativas eram menores. Logo, a expansão das cooperativas está sendo denunciada como um fator que tanto pode agregar como desagregar. Então, que tamanho deve ter uma cooperativa Unimed? O tamanho é algo limitante ou não? Os participantes referem que é muito difícil manter o espírito da cooperativa numa instituição de grande porte.

Com essas reflexões é que vamos analisar o tema que aborda a questão da administração na Unimed. Neste tema a figura do administrador foi tratada de uma forma que poderíamos chamar de “frente/verso”. A própria expressão traz a questão da ambivalência e da cosmovisão que agrega.

Subtema 1: O poder como dominação/burocracia

Constatamos que poucos se envolvem na administração, e os que o fazem caracterizam a continuidade política, ou seja, permanecem sempre os mesmos. Na Unimed o posto de presidente é remunerado. Não são mais profissionais médicos, são médicos que se profissionalizaram.

Esta forma de administrar a cooperativa, como relatado pelos cooperativados, com a permanência de dirigentes nos cargos de direção, estaria tornando o processo administrativo centralizador. Esses dirigentes estariam assumindo o papel de “donos”, como ocorre com os planos de saúde privados. Como podemos ver, a questão é bastante complexa.

Neste aspecto entram as questões de participação. São os dirigentes os responsáveis por essa situação ou são os cooperativados, na medida em que são individualistas, competitivos, não participam e buscam apenas ganhos pessoais? Sobre esse aspecto muito bem se manifestou um cooperativado: “O médico ainda não sentiu a necessidade de participar da sua cooperativa, porque ele ainda está numa boa”.

Subtema 2: O poder como serviço

Há um outro olhar, um olhar que traz elementos diferentes dos colocados acima.

Os participantes fizeram questão de ressaltar que o processo de indicação dos dirigentes se realiza por meio de eleições segundo as diretrizes do cooperativismo, ou seja, uma pessoa, um voto. Os participantes também mencionaram a importância de o dirigente ter experiência, visto que a Unimed está atingindo a um grau de aperfeiçoamento e, por isso, precisa de profissionais, como declarou um cooperativado: “Eles tentam fazer a coisa funcionar”. Ainda, citam e admiram os colegas que “abrem mão” da sua profissão para se dedicar à cooperativa, pois está disputando um mercado de planos de saúde e precisa ser bem administrada.

Os Quadros 18 e 19 trazem com maior detalhe as questões referidas acima.

Ambivalências/Contradições

Quadro 18: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes relacionadas ao poder na cooperativa Unimed

Ambivalências/Contradições	Justificativas/argumentações
<p>Unimed Secretária versus Unimed cooperativa</p>	<p>É fundamental entender o que é uma Unimed. A Unimed nada mais é do que uma secretária. A Unimed é secretária do médico. A Unimed funciona como secretária. A Unimed, para o médico, preenche uma necessidade de intermediar uma relação com o paciente. O que faz a cooperativa? Distribui os pacientes e todos se sentem bem, é uma mãe brasileira.</p>
<p>Unimed cooperativa versus Unimed plano de saúde</p>	<p>A cooperativa é só mais um convênio. É um plano de saúde. Não é necessariamente um plano de saúde eficaz. A cooperativa se tornou como qualquer outro plano de saúde, como exploração do trabalho médico. Na realidade ele (o plano de saúde) veio para que o médico não fosse explorado por outros intermediários.</p>
<p>Uns fazem versus outros deixam de fazer</p>	<p>Existe a casta de dirigentes e a casta de associados. Existe um grupo de dirigentes dentro da Unimed que fazem o que tem que fazer e existem os médicos que nunca participaram de cursos de cooperativismo.</p>

Cosmovisões

Quadro 19: Indicativos da presença das cosmovisões a partir das falas dos participantes relacionadas ao poder na cooperativa Unimed

Cosmovisões	Argumentações / justificativas
<p>Liberalismo individualista</p> <p>Totalitarismo coletivista</p>	<p>Não foram identificados elementos desta cosmovisão</p> <p>Tudo aquilo que vai crescendo, sem grandes planejamentos, vai deixando lacunas.</p> <p>O sistema Unimed cresceu rápido demais.</p> <p>Muitas vezes, em grandes cooperativas eles [direção] se perdem dentro daquela máquina de gerenciamento e o lado humano e profissional do médico cooperado ele fica um pouco de lado.</p> <p>Na verdade poucos se envolvem e isso é um problema.</p> <p>Os poucos que se envolvem, se envolvem de tal maneira, que criam a continuidade política.</p> <p>Com o passar do tempo, aquilo vira uma roda, ficam sempre os mesmos.</p> <p>É um problema muito grande a omissão dos médicos.</p> <p>Tem pessoas que acabam ficando nisso como um emprego.</p> <p>Eles tentam fazer o melhor, mas na verdade estão lá como um emprego.</p> <p>Hoje os dirigentes não são mais médicos, hoje eles são só políticos</p> <p>Eles vão se agarrando aos cargos.</p> <p>Em muitas cooperativas, seus dirigentes têm altos salários para justificar a sua abertura de espaço na sua atividade profissional.</p> <p>Eles já estão na ociosidade, e ai eles entram no sistema e o sistema é uma maneira deles ganharem dinheiro.</p> <p>Tem gente que trabalha há muitos anos na cooperativa, que fazem daquilo seu carro chefe principal, Assume essa atividade como fonte principal do seu dia a dia, se constitui como profissão.</p> <p>A conta que se paga, fica uma conta muito grande.</p> <p>Todos estão interligados e todos que estão lá dentro que são os presidentes, diretores ou outros cargos, vão criando cada vez mais cargos. São cargos, a gente sabe que são cargos políticos, só para se manter no cargo, é sempre assim.</p> <p>Ta havendo assim um grupinho aqui que está vendo interesses e tem todos os que estão fora que estão perdendo o interesse pela cooperativa.</p> <p>Não pode ficar meia dúzia de dirigentes, tendo que fazer todo o trabalho, centralizando.</p> <p>Isso é um defeito grande no sistema, chama-se centralização.</p> <p>O que não pode é você ficar totalmente dentro dos seus honorários, isso se chama centralização.</p> <p>Deveria haver uma mudança no estatuto da cooperativa, que proibisse as pessoas de se perpetuarem nos cargos de direção.</p> <p>É que na verdade poucos se envolvem e isso é um problema.</p>
Comunitarismo solidário	<p>Nos primeiros anos era só por Ideal.</p> <p>Mesmo a gente não sabendo muito, a gente procurava se inteirar vivia aquilo, acreditava naquilo.</p> <p>Se elas foram escolhidas, elas têm que usar da melhor forma possível, todos os recursos para fazer a cooperativa crescer, mas também fazer as pessoas crescerem junto.</p> <p>A Unimed daqui é uma das melhores do estado em termos de funcionamento, justamente pelo esmero das pessoas que estão lá trabalhando.</p> <p>É um pessoal bem interessado em fazer a coisa funcionar, que se preocupa com a qualidade do serviço que a gente presta.</p> <p>Se a pessoa tem experiência administrativa, tem que usar essa experiência.</p>

Entre os princípios do cooperativismo estabelecidos pela ACI o quinto trata da “educação, formação e informação”. Durante a construção das temáticas que seriam nossos

pontos de referência para as análises, a questão da educação cooperativista foi enfatizada pelos cooperativados como central para que a Unimed possa ir alcançando o ideal de se tornar efetivamente uma cooperativa.

É educação cooperativa? Curso de cooperativismo? Treinamento? Formação cooperativista? Várias são as possibilidades de nomear esta área tão importante. Se ninguém nasce cooperativista, como as pessoas podem ir se tornando cooperativistas? Um dos caminhos é por meio da educação. Como a Unimed trabalha esta temática? Estará atingindo os objetivos junto aos cooperativados?

Com essas interrogações é que passamos para o tópico seguinte, que tratará da questão da educação cooperativa.

QUINTO NÍVEL

Tema 8: A educação cooperativista

Em relação à educação cooperativista, observamos nas falas dos participantes que não é um investimento que chama a atenção dos cooperativados, porém isso não significa que não haja esforço por parte da direção nesse sentido, pelo que os participantes falaram, há toda uma estrutura montada com essa finalidade.

A educação está diretamente relacionada ao cooperativismo na medida em que trata dos princípios, dos valores. Contudo, o que parece acontecer nos cursos obrigatórios administrados quando o novo cooperativado ingressa na entidade são mais treinamentos de conduta que cursos voltados ao cooperativismo. Nesse aspecto questionamos: É possível realizar treinamentos que visem melhorar condutas, trabalhar maneiras como cada cooperado deve se comportar, deve agir, o quanto deve solicitar de exames, quantos dias deve manter o paciente internado. Entendemos que é possível. O que não se pode é chamar tais treinamentos de “educação cooperativista”.

Conforme constatamos em nossa pesquisa, os cooperativados referem que a Unimed cresceu muito e, pelo fato de o médico não ter sido treinado para ser administrador, acabou se perdendo nos trâmites burocráticos. Por isso, a educação cooperativista é ainda muito mal utilizada, o que reconhecem como uma falha. Entretanto, se, por um lado, é dito ser difícil o engajamento da educação cooperativista na cooperativa, por outro, também colhemos depoimentos de que há um investimento na educação na Unimed.

Há a necessidade de se trabalhar a educação cooperativista não só com os cooperativados, mas também com o usuário do plano de saúde da Unimed. Os entrevistados referem que há também programação de cursos técnicos e eventos científicos.

O papel da universidade é considerado importante na formação dos acadêmicos, futuros profissionais da medicina. Contudo, a dificuldade está localizada na questão individualista do médico, que se mostra auto-suficiente adotando a postura de quem não precisa ser instruído.

Ambivalências/contradições

Quadro 20: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes em relação à educação cooperativista

Ambivalências / contradições	
<p>Educação Cooperativista <i>versus</i> não participação</p>	<p>Ela tem que ter dentro da sua estrutura uma condição de educação cooperativista continuada. Resolvemos partir para a educação. A participação é um pouco aquém do esperado. Os cursos que a Unimed está promovendo, na realidade, eles atingem poucos profissionais. Eu não participei de nenhum curso de cooperativismo. Os médicos não participam. Ele diz que não vai fazer um cursinho. Não se tem uma estratégia de qual é a melhor forma de se criar mecanismos de conscientização. Na minha época não precisava fazer curso.</p>
<p>Educação cooperativista <i>versus</i> curso de cooperativismo (treinamento)</p>	<p>Você tem que fazer curso. Este curso é obrigatório no sentido de preencher requisitos iniciais. Acho que é importante fazer o curso. Diz o que é e como funciona, como é que se distribuem os pagamentos, as rendas, as sobras, como deve se comportar o cooperado. É só para ele saber por que ele vai ser dono da empresa. A frequência dos cursos não é bem determinada, depende de como está o comportamento do cooperado Talvez uma das grandes ferramentas seja a educação, seja a conscientização. Ela é muito mal utilizada no sistema. O lado humano e profissional do cooperado fica um pouco de lado. Temos investido na educação cooperativista.</p>

Cosmovisões

Quadro 21: Indicativos da presença das cosmovisões a partir das falas dos participantes em relação à educação cooperativa

Cosmovisões	Argumentos/justificativas
Liberalismo individualista	<p>Existem os médicos que nunca participaram de cursos de cooperativismo. Eles vêem a Unimed como mais um convênio. Se você fizer uma palestra sobre cooperativismo, você vai ver que tem meia dúzia de pessoas. Os médicos não participam. Existe esse curso, só que ninguém faz. O médico é bastante autoritário e individualista. É uma coisa complicada de se conseguir gerenciar, porque cada um acha que a sua é a sua verdade. Ele não aceita, ele diz que não vai fazer um cursinho: O cara vem me ensinar como é que eu vou atender medicina?</p>
Comunitarismo solidário	<p>Já participei de cursos neste sentido, até nos motivando que a gente entendesse a cooperativa como algo nosso. Hoje talvez uma das grandes ferramentas seja educação, seja conscientização e ela é muito mal utilizada no sistema, muito mal utilizada, muito mal utilizada. Temos investido há mais ou menos nove anos com bastante vigor na educação cooperativista. A cooperativa está preocupada na atualização do médico. Eu sou Unimed e eu só sobrevivo se eu tiver gente boa.</p>
Totalitarismo coletivista	<p>Programas científicos Ela promove muitos eventos científicos, O médico formado agora não vem com esse preparo da faculdade. O médico é bastante autoritário e individualista. Então, é uma coisa complicada de se conseguir gerenciar, porque cada um acha que a sua é a sua verdade. É complicado. Muitas vezes o médico não aceita, ele diz que não vai fazer um cursinho porque pensa que “o cara vem me ensinar como é que eu vou atender medicina”? Em grandes cooperativas as direções se perdem dentro daquela máquina de gerenciamento e o lado humano e profissional do médico cooperado fica um pouco de lado.</p>

Como estará sendo pensado o futuro da Unimed? Por ora, temos a história de quarenta anos. Como serão os próximos quarenta anos? Muitas são as perguntas e, talvez, poucas as respostas. Esta pesquisa também produziu muitas perguntas, que, esperamos, possam produzir boas reflexões.

O futuro é o próximo e também o último tema a ser abordado. Algumas questões foram mencionadas pelos participantes, como passaremos a expor.

SEXTO NÍVEL

Tema 9: O futuro

É importante olhar para o futuro, ainda mais se o futuro parece ser especialmente difícil de prever. (ACI, 1995, p. 111).

De fato existem poucos limites do que se pode fazer quando se trabalha conjuntamente para o benefício mútuo. As realizações do movimento cooperativo internacional no passado demonstram essa verdade. A força atual das cooperativas em todo o mundo o afirma mais; as necessidades futuras da família humana demandam sua confirmação. (ACI, 1995, p. 99-100).

As cooperativas são organizações práticas; a maioria dos cooperativistas estão principalmente preocupados em resolver suas necessidades imediatas. Por isso, o movimento cooperativo não olha facilmente para o futuro. Em seu lugar, prefere instintivamente evoluir de forma pragmática, respondendo às oportunidades e adaptando-se às mudanças quando ocorrem. (ACI, 1995, p. 110).

De modo geral, a questão do futuro não é algo que preocupa os médicos cooperativados, ao menos os participantes da pesquisa. Talvez isso se deva à força da imagem da marca, que é muito valorizada pelos cooperativados, constituindo um fator que os deixa tranquilos. Podem pensar hoje assim: “Se tudo deu certo até aqui, certamente não teremos problemas para o futuro”.

Constatamos que os sócios da Unimed ainda não a olham como uma cooperativa, pois pensam tão-só em resolver seus problemas de forma individual. Esta é outra questão complexa, pois, na medida em que há uma competição entre os próprios cooperativados, menores são as chances de se organizarem como grupo. Todavia, se o futuro indica que só haverá possibilidade de sucesso se houver união e participação, os cooperativados terão de deixar de lado o individualismo e buscar uma maneira de efetivar a cooperação.

Entretanto, se por um lado, existem cooperativados que não estão ainda preocupados com o futuro, outros referiram que a Unimed precisa pensar no futuro, visto que não pode esperar por aqueles que ainda não sentiram a necessidade de participar da cooperativa “porque ainda estão numa boa”. Independentemente de estarem atentos ou não, o futuro sempre é vislumbrado como uma expectativa. O futuro sempre traz a esperança de que será melhor que ontem e melhor que hoje. No caso, a Unimed tem um curto passado, um presente promissor e um futuro todo a ser conquistado. Os participantes referem que a adesão ao cooperativismo ainda não se efetivou por completo e que, para isso, será necessário uma mudança cultural, com a formação de um novo modelo mental, ou seja, a cabeça precisa mudar. Contudo, a luta maior será conscientizar o médico para essa mudança.

Um dos paradigmas que é preciso romper é quanto ao foco na doença. Embora a maioria dos médicos cooperativados ainda trabalhe voltada para a doença, já existe um movimento interno para que a promoção da saúde possa ir tomando espaço nas práticas dos médicos. Essa preocupação está baseada em estudos que indicam que nos próximos anos aumentará a população idosa e, com ela, surgirão mais doenças; por isso, a prevenção e a promoção são importantes metas a serem atingidas.

Já existe certo consenso de que a medicina do futuro será exercida por um lado por um pequeno grupo, composto por profissionais altamente especializados localizados nos centros de excelência e por outro, a maioria realizando suas atividades voltadas às políticas públicas, nominada pelos cooperativados como sendo o processo irreversível da “socialização da medicina”. Nesse modelo de assistência médica, o cooperativismo apresenta-se como uma possibilidade real de organização do trabalho. O cooperativismo também pode ser uma forma de os usuários se organizarem. À medida que os usuários forem se fortalecendo como grupo social, haverá um maior equilíbrio entre quem oferece planos de saúde e aqueles que os compram. Por isso a necessidade de se pensar em criar espaços de educação para os usuários, com o que, talvez, o distanciamento na relação médico/paciente seja superado.

Outra possibilidade é que o cooperativado, ao invés de ficar esperando o usuário em seu consultório, vá ao seu encontro, principalmente nos espaços de trabalho, esclarecendo-lhes dúvidas e orientando-o. Ao sair do seu consultório, ele começará a perceber que ao seu redor existe uma comunidade com a qual poderá interagir e, certamente, que terá muito a trocar e a aprender com as pessoas que a formam. Nesse movimento de sair do consultório e se aproximar dos espaços onde estão as pessoas, haverá, certamente, outro aprendizado, que está associado à solidariedade e ao altruísmo. É possível ir construindo individualidade ao invés de individualismos, visto que se enriquecem com os outros e podem também repassar-lhes suas experiências, num permanente processo de relações psicossociais.

Ao finalizar este tema que trata do futuro da Unimed, não podemos deixar de mencionar algumas questões entre a Unimed e o SUS. Algumas falas em relação ao SUS revelam admiração por ser o único sistema de saúde que possui cobertura universal, isto é, não há limites em relação às necessidades das pessoas. Tudo de que a pessoa precisar o SUS banca e não exige contrapartida, enquanto todos os outros planos de saúde possuem limites quanto aos procedimentos que disponibilizam para os pacientes. Há um temor, no entanto, no sentido de que, quanto melhor o SUS funcionar, mais competitivo será para a Unimed; por isso, sua ainda desorganização, em termos de controle de material, gerenciamento e gastos, favorece os demais planos de saúde, principalmente a Unimed, que é o maior depois do SUS.

O SUS e a Unimed certamente haverão de encontrar uma forma de otimizar o atendimento à saúde para a população brasileira. Se a Unimed realmente assumir sua missão como uma cooperativa, a aproximação será possível, ou seja, dependerá mais dessa entidade do que do SUS, até porque a Unimed é auditada pela Agência Nacional de Saúde (ANS).

Ambivalências/contradições

Quadro 22: Indicativos da presença das possíveis ambivalências/contradições identificadas nas falas dos participantes sobre o futuro

Ambivalências / Contradições	Argumentações / Justificativas
SUS <i>versus</i> cooperativa Unimed	<p>O SUS é um sistema fantástico, só que se ele fosse bem usado, ele talvez tivesse dinheiro sobrando, só que ele é mal usado pelo usuário e pelo próprio profissional.</p> <p>A socialização da medicina não tem volta.</p> <p>Nos próximos 10 anos, ou o cooperativado vai entrar por essa linha de uma medicina mais socializada ou a clientela não vai existir, vai atender um ou dois.</p> <p>Cada vez mais o médico vai ficar no meio de uma medicina completamente socializada.</p> <p>Às vezes até no hospital as pessoas falam assim: “Por que será que tem médicos que pela Unimed são tantos dias de internação e pelo SUS deixam tantos dias a mais, pelo IPE deixam tantos dias, entende’? Tem que ter controle. Então, na realidade a gente deveria ser sempre a mesma pessoa, quer dizer, eu vou atender o paciente, eu não vou atender o convênio, quer dizer, eu vou atender o paciente e sua doença....”</p>

Cosmovisões

Quadro 23: Indicativos da presença das cosmovisões a partir das falas dos participantes sobre o futuro da Unimed

Cosmovisões	Argumentações/Justificativas
<p>Liberalismo individualista</p> <p>Comunitarismo solidário</p>	<p>O médico ainda não sentiu a necessidade de participar da sua cooperativa, porque ele ainda está numa boa.</p> <p>Nós temos que repensar a Unimed.</p> <p>A prevenção hoje não é mais importante, hoje o mais importante é a promoção, é agir antes que haja a necessidade da prevenção, essa é a filosofia do futuro.</p> <p>Está ocorrendo uma mudança de paradigma em relação à saúde em relação ao tratamento da saúde.</p> <p>A cabeça da gente precisa mudar e a mudança é claro, só existe se a gente quiser mudar, se não, não.</p> <p>A luta maior é conscientizar o médico para essa mudança, dele assumir o cooperativismo, a coletividade, o coletivismo e não o individualismo. Essa é a mudança cultural do médico.</p> <p>Nos próximos 5 anos, em função da socialização da medicina, o cooperativado vai ter que obrigatoriamente participar.</p> <p>O cooperado, ele vai ter que obrigatoriamente participar da sua cooperativa, participar não só no trabalho, não só no voto, mas nas diretrizes porque nós queremos transformar essa cooperativa para que ela se torne um bem para o médico e à população.</p> <p>A única maneira de nós sobrevivermos como Unimed, é se nós formos unidos e participativos.</p> <p>O cooperativismo, eu acredito que ele é a solução.</p> <p>A cooperação é tudo. O cooperativismo é tudo.</p> <p>O ato cooperativo é o lado eminentemente humano.</p> <p>Talvez faltasse no cooperativismo que o próprio cliente que é o comprador do serviço tivesse entendimento disso. A educação do usuário é importante.</p> <p>Embora haja dificuldades, descontentamentos, a gente continua acreditando no cooperativismo, e acho que é uma idéia boa que pode melhorar é algo bom que pode ficar melhor.</p> <p>Eu acho que as pessoas têm que amadurecer e visualizar que a individualidade existe e que tem espaço para isso, mesmo numa cooperativa.</p> <p>Eu enquanto profissional não vejo nenhum impedimento em ser solidário com o colega que entra.</p> <p>Eu acho que é possível a solidariedade mas para ser possível, nós temos que ser chamados a cada pouco a participar, ter pessoas e formar pequenos grupos que chame os demais e agregue, fazer grupos de especialidade e fazer com que cada um leve os demais e participe para ter este entendimento.</p> <p>Eu acho que existe a solidariedade no sentido médico, pela própria formação, ele se formou para atender as pessoas, para fazer as coisas corretas, coisa e tal.</p> <p>Eu tenho a impressão que é possível sim a solidariedade, é uma questão de trabalho dos próprios cooperados em tentar despertar o colega para isso.</p> <p>Tem a desejar mas pode ficar melhor por isso que a gente pensa, continua participando e tem a esperança que possa melhorar, seja participando ou opinando, ou... enfim.</p> <p>Nós fortalecemos a classe, mas ela não atingiu seus objetivos ainda.</p>
<p>Totalitarismo coletivista</p>	<p>Não foram identificados indicativos desta cosmovisão.</p>

A análise que realizamos das informações prestadas pelos médicos cooperativados da Unimed participantes da pesquisa forneceu-nos valiosos dados e compreensões das dinâmicas relações psicossociais que se produzem no seu interior. Das falas dos médicos cooperativados foi possível extrair um rico material, no qual nos baseamos para realizar as reflexões que aqui foram expostas. Entendemos que a inclusão de um capítulo somente com as falas dos participantes permitiu que pudéssemos trabalhar numa amplitude maior, mesmo sabedores de que as possibilidades de análise não se esgotaram e de que do texto ainda se poderão extrair novas e ricas análises e interpretações, além das percebidas por nós.

Passaremos agora para o capítulo das conclusões, onde procuraremos organizar as análises e interpretações de forma que possam dar ao leitor uma clareza maior daqueles pontos que julgamos serem os que se constituem hoje como ambivalentes/contraditórios tanto na estrutura da cooperativa Unimed quanto nas práticas dos médicos cooperativados. Assim, também queremos trazer com maior clareza características da Unimed que possam ser identificadas dentro das três cosmovisões, a partir dos quatro elementos de análise.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final de uma caminhada que, desde seu início, sabíamos seria difícil e complexa, tendo em vista as questões que buscávamos responder. Cientes da responsabilidade que isso representava, não poupamos esforços em demarcar e detalhar com cuidado todos os passos que realizamos e julgávamos serem os mais adequados para cada momento. Nossa expectativa sempre foi no sentido de identificar os elementos que pudessem revelar até que ponto a experiência de trabalho da cooperativa Unimed se sustenta numa possível ambivalência/contradição entre o individual e o social, assim como identificar a existência de características que sustentam a presença das cosmovisões, principalmente a existência da cosmovisão do comunitarismo solidário. Afinal de contas, o exercício da medicina tem seu ponto alto no vínculo que o médico estabelece com o seu cliente, cujos pressupostos são o cuidado, o afeto e a solidariedade.

Para que pudéssemos chegar a este momento e apresentar esta síntese (que, entendemos, ainda seja parcial) das ambivalências/contradições e das três cosmovisões, foi necessário retomar todos os temas e subtemas do Quadro 7, refletindo, analisando e interpretando o significado das informações produzidas, tanto pelos textos e documentos impressos, como, principalmente, pelos participantes da pesquisa através de seus depoimentos, na condição de médicos sócios da cooperativa Unimed.

Apresentaremos, a seguir, as 11 ambivalências/contradições que, para nós, se constituíram como as mais significativas, presentes na estrutura e nas práticas dos médicos cooperativados da Unimed. A ordem da sua apresentação foi aleatória, pois não estabelecemos critérios de importância ou prioridade. Para tornar mais clara a compreensão para o leitor, essas categorias serão apresentadas em seqüência, acompanhadas de um pequeno texto ilustrativo organizado a partir do material analisado – falas dos participantes e textos impressos, que confirma sua existência.

Após a exposição das ambivalências/contradições, apresentaremos as três cosmovisões, tendo como referência os quatro elementos – concepção do ser humano, os valores, tipos de sociedade/instituições e as práticas –, que nos orientaram durante a análise das informações, e, em seqüência, nossas argumentações como fechamento deste trabalho.

5.1 Ambivalências/contradições

1. Princípios da Unimed *versus* princípios do cooperativismo

A ambivalência/contradição que se estabelece entre os princípios do cooperativismo da ACI e os princípios da Unimed é sustentada pela própria cooperativa, na medida em que em sua Constituição, promulgada em 1998, refere aderir aos princípios gerais do cooperativismo, ao mesmo tempo em que afirma a necessidade de preservar a profissão liberal tal qual ela é, dando ao cooperado a liberdade que a caracteriza. Em decorrência disso, a Cooperativa não intervirá na conduta do cooperado.

1. Empresa capitalista *versus* empresa cooperativa

Para quem compra a marca Unimed, é um negócio, um investimento que tem que ser feito. Eu acho que em médio prazo tu recuperas esse investimento.

A participação na cooperativa se dá única e exclusivamente pelo dinheiro. Pelo interesse profissional direto. Ele (o médico) entra se tiver vantagens para ele.

A cooperativa foi criada tendo em vista esse fator agregador com todo mundo igual. O sistema se constitui a partir de todos nós que fazemos parte da cooperativa pensando coletivamente. Sozinho, você não consegue nada.

Você tem que se unir, dentro de uma estrutura que tenha história, que tenha força e que tenha a palavra união. Todos devem trabalhar em união, uníssono, todos com os mesmos pensamentos.

2. Unimed plano de saúde/secretária *versus* Unimed cooperativa

É fundamental entender o que é uma Unimed.

A Unimed nada mais é do que uma secretária.

A Unimed funciona como secretária do médico.

O que faz a cooperativa? Distribui os pacientes e todos se sentem bem, é uma mãe brasileira.

É um plano de saúde.

A cooperativa se tornou como qualquer outro plano de saúde, como exploração do trabalho médico.

Na realidade ele (plano de saúde) veio para que o médico não fosse explorado por outros intermediários.

3. Convênio *versus* cooperativa

A cooperativa é só mais um convênio.

Se o dono do negócio disser que é um convênio e não disser que é minha empresa, é meu negócio, só aí você vai ter que gastar muita energia para fazer essa pessoa mudar a conversa.

O médico diz: “Eu sou credenciado da Unimed”. Na verdade, ele não é credenciado, ele é um sócio, um dono, mas na cabeça dele ele é credenciado.

Na verdade é uma competição com a pessoa mesma.

Por ser uma cooperativa dos médicos e me credenciei.

4. Ser liberal *versus* ser cooperativado

Liberal porque é ele que vai escolher o procedimento que ele vai fazer naquele paciente.

Existe uma discrepância de postura no médico entre seu consultório particular e, ao mesmo tempo, ser sócio da cooperativa.

É uma coisa muito boa a relação médico-paciente, porque não tem nada que atrapalhe essa relação, mas aí tu pega um plano, até o plano de saúde da própria Unimed, aí eu não tenho a liberalidade de propor ao meu paciente tal coisa. Se estiver dentro de um plano não é mais tão liberal assim.

O médico fica nesse aperto, nesse impasse. Tu não podes utilizar muitos exames.

Eu não sou mais liberal com o paciente.

5. Minha vida *versus* cooperativa Unimed

A Unimed não mudou a minha vida.

Para mim a cooperativa é apenas um *plus* em minha vida.

Ela não interfere em nenhuma das outras atividades, nenhuma, nada que ele queira.

Tu és tua cooperativa, entendes?

A gente tem que defendê-la com unhas e dentes.

Nós somos sócios, donos dela; se ela vai bem, nós vamos bem, se ela vai mal, nós vamos mal.

Sozinho, você não consegue nada.

Ela ensina a conviver com outros colegas.

6. Infidelidade *versus* fidelidade

Aquele colega que não se mantém dentro da ética nós eliminamos, exigimos fidelidade.

Ele atende o concorrente da cooperativa, mesmo que eticamente ele não possa atender. Ele atende para sobreviver.

A gente tem que ter esse entendimento de tolerância. O dirigente tem que ser tolerante.

Você vai ter que ter múltiplos empregos, para poder manter um padrão, para poder estudar.

Temos o maior coeficiente de honorários do estado e talvez do Brasil. Então, de alguma forma isso fideliza bastante o cooperado.

Em (nome da cidade) tu pode atender todos os convênios fazendo parte da Unimed, aqui a nossa não.

7. Educação cooperativista/treinamento *versus* médico cooperativado

A participação é um pouco aquém do esperado.

Os cursos que a Unimed está promovendo, na realidade, atingem poucos profissionais.

Muitas vezes ele não aceita, ele diz que não vai fazer um cursinho: “O cara vem me ensinar como é que eu vou atender medicina”?

O curso é para saber tudo sobre a empresa que ele vai comprar.

8. Não vincular-se ao usuário *versus* vincular-se ao usuário

A coisa está tão atropelada que não estou tendo mais tempo para ter essa relação com o paciente.

Tu precisas, muitas vezes, dispor de bastante tempo, ouvir o paciente, e às vezes o que se recebe é pouco, tu tens que fazer um atendimento bastante rápido.

O vínculo direto com o paciente; nós realmente estamos cada vez mais distantes, nós temos uma interface difícil de transpor.

Sou simplesmente alguém que está ali dentro de uma máquina que faz esse procedimento.

Tem gente que atende uma Unimed por semana, então quando o paciente procura porque precisa, não tem consulta para ele.

Na realidade, a gente deveria ser sempre a mesma pessoa, quer dizer, eu vou atender o paciente, eu não vou atender o convênio, quer dizer, eu vou atender o paciente e sua doença

Quando existe uma relação médico *versus* paciente boa, ele confia em ti até debaixo d'água, essa é uma verdade.

9. Liberdade de escolha do usuário em relação ao médico *versus* limitação do paciente em acessar o médico em função de o médico ser ou não sócio da Unimed

É o paciente que faz a escolha do profissional que ele quer consultar.

As pessoas que têm o convênio acabam vindo consultar com a gente.

10. O médico busca a Unimed porque não tem trabalho e não tem recursos financeiros *versus* só entra quem tem dinheiro

Estão aumentando muito a cota capital, inviabilizando o médico jovem de participar do grupo pelo valor financeiro, na medida em que um médico recém-formado, com crédito educativo, não pode dispor de doze, quinze mil a vista para se associar na nossa cooperativa.

Se defender na assembléia que tem de ser cinquenta mil a cota capital, só entrará os médicos ricos, para ter dois ou três clientes num mês ou num ano, não vale a pena.

A seguir, apresentaremos as três cosmovisões, que revelam, com bastante clareza, os diferentes modos de ser que hoje a cooperativa Unimed assume, tanto no que diz respeito à sua dinâmica interna como na sua relação com a sociedade, representada, principalmente, pelos seus usuários.

5.2 As cosmovisões

1. Cosmovisão do liberalismo individualista

Conceito de ser humano

Eu sou bem individualista.

Somos uma classe muito individualista e desunida

Somos profissionais autônomos, liberais, individuais

O médico só se preocupa com seu rendimento, com seu próprio umbigo, seu consultório, sua especialidade

Eles vêem primeiro os interesses individuais

Não é formado para trabalhar em grupo

Ninguém se ajuda. Cada um cuida do seu lado

Valores

O médico autônomo é dono de tudo, dono da verdade.

Cada um acha que a sua é a sua verdade. É complicado.

Alguns subgrupos de especialidades são concorrentes.

Quem vai sobreviver? O mais capaz, o mais preparado.

Eu acho que no fundo, a gente acaba sendo sempre concorrentes

A participação na cooperativa se dá única e exclusivamente pelo dinheiro

Tipo de sociedade / instituição

A Unimed é administrada como uma empresa que precisa ser competitiva naquele segmento; esse é o ponto administrativo da Unimed. É claramente dito e reprisado e as diretorias, nos seus vários escalões, elas têm essa meta, essa prioridade.

Os membros da diretoria eles têm interesse em aumentar a Unimed, dar mais benefícios, aumentar a margem de lucro.

É difícil entrar na Unimed pelas leis de mercado. Ela tem suas leis.

Existem normas a serem aplicadas para quem entra.

É um investimento, o médico que ingressa na Unimed espera ter retorno financeiro.

O médico só vai se ligar à Unimed se tiver vantagem pessoal.

Eu também gostaria que ela não quebrasse. Agora, não é a paixão da minha vida. Se a Unimed quebrar, for mal, o médico não vai quebrar.

Prática

Não deixam de marcar mais pacientes ou de trocar um plantão para ir numa reunião da Unimed.

Os colegas pensam que a Unimed é só um emprego a mais, que é um tipo de convênio, e por isso lesam como eles podem a Unimed.

Ele acha que tem que tirar o máximo de proveito do plano. Por isso os caras caneteiam lá, pedem exames, pedem outras coisas.

Tem que controlar os cooperativados: tem que ter controle.

Ele marca esta consulta para dali três ou quatro meses para forçar transformar o cliente mesmo conveniado na Unimed, num paciente particular.

Ele não está preocupado com o crescimento da cooperativa, como uma empresa; ele está preocupado é fazer com que ele ganhe cada vez mais.

2. Cosmovisão do totalitarismo coletivista

O conceito de pessoa humana

O médico é bastante autoritário.

Valores

Os mais antigos eram os donos da medicina, eles é que julgavam a qualidade. Ninguém contestava o médico. Era o médico o ponto de controle. O ponto de controle da medicina era dele, ele era o senhor

Cada um tem sua verdade. Cada um acha que a verdade é a sua verdade.

Tipo de sociedade / instituição

A percepção dos cooperativados é que a Unimed hoje é uma estrutura administrativa imensa, com múltiplos cargos, onde existe um grupo de médicos que faz carreira.

Existe a casta de dirigentes e a casta de associados.

Há uma meia dúzia de dirigentes tendo que fazer todo o trabalho, centralizando. Isso se chama centralização. É difícil de mudar, são sempre os mesmos presidentes. Talvez seja mérito mesmo, eu acho que aqui é por mérito. Mas eu acho isso uma coisa muito errada.

Eles não se preocupam tanto em produzir o trabalho deles (trabalho médico), porque eles ganham pela produção de toda Unimed, de toda a colméia, de toda a cooperativa.

Na verdade, quem se dedicar à diretoria, até por necessidade, deve deixar as coisas da profissão de lado. Aí que está a dificuldade de manter a vida de profissional liberal e a vida de cooperado. Isso traz vantagens e desvantagens. A vantagem é que existe certa profissionalização desses administradores. As desvantagens são os vícios, onde a diretoria trabalha para sua própria manutenção.

Alguns se envolvem de tal maneira que criam a continuidade política. Dentro da continuidade política, com o passar do tempo, aquilo vira uma roda, ficam sempre os mesmos.

Cria-se o continuísmo. É um problema muito grande a omissão dos médicos. Tem pessoas que acabam ficando nisso como um emprego. Eles tentam fazer o melhor, mas, na verdade, estão lá como um emprego.

Os funcionários vão tomando conta, eles ficam dez, quinze, dezesseis anos dentro da Unimed e, na realidade, os donos são eles, que se dizem donos da empresa.

A prática

A pior coisa que tem numa relação é a indiferença.

Tem os alienados, que o que a cooperativa fizer está bom
 As pessoas não se preocupam, elas não vão às reuniões, não se interessam.
 Eu nunca participei de nada, a não ser votar para presidente e cargos eletivos da Unimed, que eu nem sei te dizer quais são.
 Referem que não vão para a reunião para não perder tempo.
 Não é todo mundo que está disposto a ceder o seu tempo em função da coletividade.
 As pessoas pouco participam.
 Tem gente que está cooperada, que não participa.

3. Cosmóvisão do comunitarismo solidário

Conceito de ser humano / pessoa=relação

O “indivíduo” sozinho não existe, o que existe é equipe, conjunto.

A individualidade existe e tem espaço para isso, mesmo numa cooperativa

Há interesse que todas as pessoas se conheçam, se relacionem.

Conhecer cada um, a realidade de cada um, o que ela faz o que ele precisa.

Valores

É possível a solidariedade.

Os sócios têm que dar as mãos, sozinho, você não consegue nada.

Ela ensina a conviver com os colegas e decidir pela maioria, pelo bem comum.

É uma cooperativa e o princípio básico é o cooperativismo, é isso aí, cooperar.

Hoje o médico não consegue viver sozinho.

É possível sim a solidariedade, é uma questão de trabalho dos próprios cooperados em tentar despertar o colega para isso.

Tipo de sociedade / instituição:

Nós temos que repensar a Unimed.

Está ocorrendo uma mudança de paradigma em relação à saúde em relação ao tratamento da saúde. Promover a saúde e não a doença. Essa é a filosofia do futuro

A cabeça da gente precisa mudar e a mudança é claro, só existe se a gente quiser mudar,

A luta maior é conscientizar o médico para essa mudança, dele assumir o cooperativismo, a coletividade, o coletivismo e não o individualismo. Essa é a mudança cultural do médico.

Ela não explora ninguém, não visa lucros.

O sistema se constitui a partir de todos pensando coletivamente.

Todo mundo é dono. Esse é o princípio: todo mundo é dono da Unimed.

Todos os cooperados têm o mesmo poder.

A rigor o ingresso é universal.

As pessoas que estão gerenciando, têm que usar da melhor forma possível os recursos para fazer a cooperativa crescer, mas também fazer as pessoas crescerem junto.

Nós queremos transformar essa cooperativa para que ela se torne um bem para o médico e à população.

A única maneira de nós sobrevivermos como Unimed, é se nós formos unidos e participativos.

O próprio cliente que é o comprador do serviço deveria ter entendimento disso. A educação do usuário é importante.

Nós fortalecemos a classe, mas ela não atingiu seus objetivos ainda.

Prática

Todos devem trabalhar em união, uníssono, com a maioria é justo, facilita muito.

Quando se tem um grupo, existem maiores facilidades para buscar, brigar por condições de trabalho e remuneração.

Participar não só no trabalho, não só no voto, mas nas diretrizes, para que ela se torne um bem para o médico e para população

Na medicina cada vez mais vai sendo implementado o sistema de saúde comunitária, via Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e postos de saúde.

Chamar os demais e agregar, formar grupos, fazer com que cada um leve os demais e participe para ter este entendimento.

A sobrevivência do médico vem da Unimed

Após termos apresentado a síntese das ambivalências/contradições e das cosmovisões mais expressivas que se revelaram no percurso do nosso trabalho, entendemos ser importante, neste momento, manifestar as impressões dessa experiência de trabalho no qual investimos tempo, estudos, enfim, parte de minha vida.

Em nenhum momento dessa jornada tivemos dúvida quanto à importância do trabalho que estávamos realizando, pois sabíamos que muitas questões estavam implicadas no nosso estudo: primeiro; pelas características peculiares da instituição onde o estudo foi realizado e que, desde os primeiros passos, nos acolheu e colaborou sempre que necessário; segundo, porque, pelas investigações que efetuamos, estudos realizados pela psicologia na cooperativa

Unimed ainda são incipientes, especialmente aqueles tendo como referencial teórico a psicologia social; terceiro, porque estávamos nos desafiando a realizar a pesquisa com base num referencial metodológico que foi sendo construído passo a passo no processo da pesquisa e que se mostrou capaz de dar conta da coleta e análise das informações organizadas com base nas falas dos médicos; por fim, porque tínhamos nos comprometido a disponibilizar os dados tanto para o espaço acadêmico como para a própria Unimed, pois entendemos que os achados da pesquisa trazem elementos consistentes para reflexões sobre o momento atual pelo qual passa a Unimed, assim como para criar espaços de discussões quanto ao seu futuro com base nos indicativos apresentados pelos participantes da pesquisa.

Nosso papel como investigadores consistiu em trazer à superfície o que estava ou está escondido em relação à visão de mundo presente nas mentes dos cooperativados. O que dizer sobre os achados? Em relação às ambivalências/contradições, entendemos que revelam a própria condição do exercício da medicina pelo profissional médico.

A União dos médicos – Unimed, que foi fundada em 1967 por um grupo de médicos liderados por Edmundo Castilho, instituiu um novo paradigma no atendimento à saúde realizada pelos médicos. Mais do que combater os outros planos de saúde, que exploravam o trabalho médico (até hoje ainda não conseguiu realizar este objetivo, pois muitos dos médicos associados à Unimed também são credenciados de planos privados, que continuam a explorar o trabalho médico), instituiu um novo modo de os médicos se organizarem.

Mesmo que o ideal de ser uma cooperativa dentro dos princípios do cooperativismo fundado pelos Pioneiros de Rochdale em 1844 ainda não tenha sido alcançado, ela tem demonstrado uma capacidade inquestionável na organização de uma parcela dos médicos que buscam melhores condições de trabalho, renda e de realização profissional.

As ambivalências/contradições identificadas e sistematizadas pela pesquisa não devem ser analisadas segundo o viés de serem boas ou ruins. Entendemos que não é essa a forma de serem analisadas, pois daríamos ênfase apenas aos aspectos secundários e não ao principal, que é a discussão do verdadeiro papel da medicina e do profissional hoje na sociedade contemporânea.

Um aspecto para o qual devemos chamar atenção é que as ambivalências/contradições das quais estamos falando são específicas da experiência dos médicos cooperativados da Unimed, não dos médicos em geral. É possível que algumas dessas ambivalências/contradições identificadas na cooperativa Unimed também estejam presentes na prática dos médicos que não são cooperativados. Por exemplo, a dificuldade de estabelecer vínculo com o paciente, porque está ocupado e preocupado em dar conta de vários

empregos ao mesmo tempo, ou aquela em que se assume como profissional liberal (aliás, independentemente de ser sócio da cooperativa ou não, todos se definem como liberais), mas por estar ligado a um plano de saúde, ou vinculado a uma instituição, estará sujeito ao que elas determinarem. Essas ambivalências podem ser vivenciadas por qualquer médico, independentemente de ser sócio ou não da Unimed.

Se houver a disposição por parte dos dirigentes, cooperativados, funcionários e usuários dos planos dos planos da Unimed das ambivalências/contradições aqui apresentadas, isso poderá resultar no encaminhamento de muitos dos aspectos levantados pelos participantes da pesquisa quanto ao futuro da Unimed. O que dizer das três cosmovisões? Para nós, esses achados foram especialmente interessantes, pois foi possível, por meio dos quatro elementos – concepção de ser humano, valores, modelo de sociedade/instituição e os comportamentos manifestados –, identificar de uma forma bastante objetiva as diferentes dinâmicas produzidas pela cooperativa Unimed através do conjunto de seus sócios.

A cosmovisão do liberalismo individualista representa de forma bastante clara como a Unimed se estrutura hoje, tanto em nível organizacional como em nível institucional. Ali aparecem o conceito do ser humano revelado pelos participantes e os valores adotados pela maioria. O modelo de sociedade/instituição é plenamente coerente com o modelo liberal, e isso se revela nos comportamentos e nas práticas.

Entendemos que muitas das ambivalências/contradições vivenciadas pelos cooperativados é decorrente desta situação: uma instituição que adota e defende a filosofia liberal, mas que, ao mesmo tempo, diz adotar os valores e princípios do cooperativismo.

Quanto à cosmovisão do coletivismo totalitário, também nos revela informações interessantes. Nesta cosmovisão o que mais se destacou está relacionado com a forma como a Unimed está sendo administrada. As falas dos participantes levantam aspectos que, se ainda não estão sendo discutidos, certamente isso não demorará acontecer.

Em nossa pesquisa tivemos o privilégio de entrevistar alguns cooperativados que participaram da fundação da Unimed da sua região. Isso significa dizer que ela está numa fase na qual muitos dos pioneiros e outros que vieram depois estão exercendo cargos administrativos há bastante tempo. Essa situação foi trazida pelos participantes, alguns sendo enfáticos ao dizer que há um forte centralismo, que existem administradores que já não são mais médicos, mas políticos. Contudo, também trouxeram a questão de que a participação dos sócios é baixa e que a maioria não se interessa em participar, o que acaba favorecendo a situação de alguns líderes permanecerem por longo tempo nos cargos administrativos.

Essa será uma tendência da Unimed para o futuro? É uma situação que o conjunto dos cooperativados através da própria direção deverá discutir.

A terceira cosmovisão, nominada de comunitarismo solidário, também traz elementos muito importantes para a nossa discussão. Um dos objetivos da nossa investigação foi buscar informações que nos pudessem revelar se na Unimed existiriam as condições favoráveis à emergência de uma experiência solidária. Podemos afirmar que sim, mas devemos lembrar que a cosmovisão do liberalismo individualista ainda se mantém hegemônica, acrescida de aspectos do coletivismo totalitário, que podem levar a uma centralização do poder com características de um poder-dominância.

Aqui nos parece que está localizada uma questão importante. O comunitarismo solidário ainda não é hoje uma referência na Unimed. Está em terceiro plano, aparecendo em algumas práticas dos médicos cooperativos, ou então da própria cooperativa como instituição ao realizar atividades solidárias em comunidades. Contudo, se atentarmos para o conteúdo das falas dos cooperativados, podemos perceber que já existe uma consciência da necessidade de que algo seja feito na Unimed. O modelo de cooperativa que se apresenta hoje já não consegue dar conta das novas demandas da sociedade. Portanto, algo deve ser feito.

Este contexto histórico no qual a Unimed está integrada não estaria gestando as condições para que os médicos, como aconteceu em Santos/SP em 1967, através de Edmundo Castilho, proponham um novo modelo de cooperativa Unimed? Pelas informações dos participantes, contidas na cosmovisão do comunitarismo solidário, temos indicativos de que isso é possível. O ideal do cooperativismo estaria novamente sendo cultuado como explicitado no hino da Unimed? Estaria o médico Antônio Munaretto, ao resgatar o ideal que caracterizou nos pioneiros que fundaram a Unimed, anunciando que esse ideal ainda está presente e nele pode estar a semente que produzirá a flor de uma nova esperança?

Do ideal nasce a esperança
No fraterno esforço concebida
Em defesa da saúde de todos
Com amor e carinho pela vida

Defende da ganância e cobiça
Com mãos fortes, serena atitude
Baluarte modelo pra todos
Na igualdade revela a virtude
No saber, na ciência o alicerce
Na união desafio constante
Unimed, Unimed, Unimed!
Patrimônio a saúde garante.

Sustenta valores brasileiros
Com bravura, confiança e firmeza
Cooperado se doa e se entrega
Na missão de curar com nobreza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALIANZA COOPERATIVA INTERNACIONAL (ACI). Anexo 3: Declaración de la Alianza Cooperativa Internacional sobre la Identidad Cooperativa: Un Informe. **Anuário de Estudos Cooperativos Lankidetzako Ikaskuntzen Urtekeria**. Universidad de Deusto Instituto de Estudios Cooperativos I.E.C,1995. p. 77-97.

ALIANZA COOPERATIVA INTERNACIONAL (ACI). Anexo 4: En los Albores del Siglo XXI: Las Cooperativas. **Anuario de Estudos Cooperativos Lankidetzako Ikaskuntzen Urtekeria**. Universidad de Deusto Instituto de Estudios Cooperativos I. E. C, 1995, p. 100-130.

BAUER, M. W.; GASTEL,G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis: Vozes, 2002.

BÖÖK, Sven Ake. Valores cooperativos para un mundo en cambio. In: CONGRESSO DE LA ACI TOKIO, XXX. octubre de 1992. Oficina Regional para Centro America y el Caribe. Aliança Cooperativa Internacional Oficina Regional, Octubre de 1992.

BUZZONI, Heitor D' Aragone. **Estado de São Paulo**, SP, 24 mar. 1992 (Memorial Unimed 25 anos, v. 1, p. 59.

CARNEIRO, Palmyos Paixão. **Cooperativismo médico**. Edições Júpiter, São Paulo, 1977/78.

CASTILHO, Edmundo. MEMORIAL, **Unimed 25 anos**: cooperativismo médico. São Paulo: Cortez, 1992.

CENTRAL NACIONAL UNIMED. Acesso em: 10 maio 2008. Disponível em:

COSTELA, L. *O mundo do trabalho e a construção de uma economia popular solidária*. Monografia (Especialização Superior no Curso de Cooperativismo) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 1999.

CRACOGNA, Dante. Reflexiones sobre los valores y los principios cooperativos en la Alianza Cooperativa Internacional. **Anuário de Estudos Cooperativos Lankidetzako Ikaskuntzen Urtekeria**. Instituto de Estudios Cooperativos, Universidad de Deusto Instituto de Estudios Cooperativos I. E. C, 1991, p. 97-109.

_____. La identidad cooperativa en un mundo cambiante. Conferencia pronunciada en la Universidad de Deusto, el 7 de julio de 1993. **Anuario de Estudos Cooperativos Lankidetzako Ikaskuntzen Urtekeria**. Universidad de Deusto Instituto de Estudios Cooperativos I. E. C, 1993. p. 87-96.

DRIMER, Alicia Kaplan; DRIMER, Bernardo. **Las cooperativas**: fundamentos, história, doctrina. 3. ed. Buenos Aires: Intercop, 1981.

GUARESCHI, P. A. Alteridade e relação: uma perspectiva crítica. In: JODELET, Denise, P. A. et al. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998 p. 149-160.

_____. Relações comunitárias – relações de dominação. In: LANE, Silvia T. M. et al. (Org.). **Psicologia social comunitária da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 81-99.

_____. *Psicologia social crítica*. Porto Alegre: Edipucrs, 2004.

_____. O novo rosto do amor In: MADALOZZO, Avelino (Org.). **Da inteligência ao coração e à ação**. Porto Alegre: Edipucrs, 1997, p. 9-16.

HOLANDA, Aurélio Buarque de. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

IRION, João Eduardo. **Cooperativismo médico** – Unimed. Santa Maria: Grafos, 1987.

_____. **Fale como dono**. Cooperativismo médico Unimed. São Paulo: Cartaz Editorial, 1994.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Representações sociais e esfera pública**. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. Psicologia social, saber, comunidade e cultura. **Psicologia & sociedade**, v. 16, n. 2, maio/ago. 2004, p. 20-31.

_____. Os contextos do saber. Petrópolis: Vozes, 2008.

LANE. A psicologia social e uma nova concepção do homem para a Psicologia . In: LANE, S. T. M. CODO, Wanderley (Org.). **Psicologia Social, o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 10-19.

MARKOVÁ, Ivana. **Dialogicidade e representações sociais as dinâmicas da mente**. Petrópolis: Vozes, 2006

MARTIN-BARÓ, Ignacio (1988). **Accion e ideologia: psicologia social desde Centroamerica**. UCA Editores, San Salvador / El Salvador, C.A.

MEMORIAL. **Unimed 25 anos: cooperativismo médico**. São Paulo: Unimed, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed., São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/Abrapso, 1996.

MLADENATZ, G. **Historia de las doctrinas cooperativistas**, Buenos Aires: Intercoop, 1933.

_____. **História das doutrinas cooperativistas**. Trad. por: José Carlos Castro, Maria da Graça Leal e Carlo. Brasília: Confebras, Brasília – DF, 2003.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. Prefácio. In: JODELET, Denise. **Loucura e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005, p. 11-32.

NASCIUTTI, Jacyara C. Rochael. A instituição como via de acesso à comunidade. In: LANE, Silvia T. M. et al., **Psicologia social comunitária da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 101-102.

NALEBUFF, B. J.; BRANDENBURGER, A. M. **Co-operação**. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

PAGÈS, Max et al. **O poder das organizações**. São Paulo: Atlas, 1990.

PALMIERI, M. W. A.; BRANCO, A. U. Cooperação, competição e Individualismo em uma perspectiva sócio-cultural construtivista. **Psicologia reflexão e crítica**, v. 17, n. 2, p. 180-198, 2004.

PINHO, Diva Benevides. **Economia e cooperativismo**. São Paulo: Saraiva, 1977.

POSSAMAI, H.; GUARESCHI, P. Minha culpa, meu destino – Representações sociais do acidente de trabalho. In: VERONESE, Marília V.; GUARESCHI, Pedrinho A. (Org.). **Psicologia do cotidiano: representações sociais em ação**. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 225-246.

SAWAIA, Bader B. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: LANE, Silvia T. M. et al. (Org.). **Psicologia social comunitária da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 35-53.

SCHMIDT, Aldo. **Memorial e Unimed 25 anos: cooperativismo médico**. São Paulo: Unimed, 1992, p. 47.

SCHNEIDER, J. O. As origens do cooperativismo. In: MAY, N. L. et al. **Compêndio de cooperativismo**. Porto Alegre: WS Editor.1998/2004 p. 23.

SILVA, R. N. Notas para uma genealogia da psicologia social. In: **Psicologia & sociedade**, v. 16, n. 2, maio/ago. 2004, p. 12-19.

SILVA, Amaury Barbosa da. A Unimed no cooperativismo brasileiro. In: MAY, Nilson Luiz (Coord.). **Compêndio de cooperativismo Unimed**. Porto Alegre: WS Editor, 1998, 2004, p. 79-83.

SOETHE, J. R. **Pistas para uma concepção atual de educação popular**. São Leopoldo: Oikos, 2004.

TITTONI, Jaqueline; JACQUES, Maria da Graça Pesquisa. **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 1998.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna**. Petrópolis: Vozes, 2008.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Carta enviada à Unimed/RS – Federação para autorização da pesquisa



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA



CARTA DE APRESENTAÇÃO

Porto Alegre, 29 de maio de 2006.

Ilmo Sr.
Dr. Nilson Luiz May
Presidente da Federação das UNIMEDs do
Estado do Rio Grande do Sul

Estamos apresentando o Sr. Hélio Possamai, professor do Curso de Psicologia da Universidade de Passo Fundo e aluno do Pós-Graduação em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

A partir do projeto de pesquisa: **“O Profissional da Unimed: as ambivalências entre o individual e o social”**, o pesquisador buscará identificar de que forma, os médicos, profissionais liberais, constituem sua singularidade e subjetividade no exercício de sua prática profissional trabalhando numa instituição cooperativa, cujos ideais demandam uma participação democrática e solidária.

Os dados a serem interpretados serão coletados através de entrevistas individuais com os profissionais médicos cooperados da Unimed que aceitarem participar da mesma.

Tendo em vista que os sujeitos que participarão da pesquisa estão vinculados à Unimed, é necessário que a mesma seja informada, através do projeto, dos objetivos que o estudo pretende alcançar.

Para que o projeto possa ser encaminhado para o Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, é necessário que a Instituição manifeste seu acordo através da Carta de Autorização.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o aluno doutorando Hélio Possamai, matrícula 04190515, fone (54) 3312-1584, sob a orientação do Professor Dr. Pedrinho A. Guareschi, fone (51) 3320-3500.

O projeto será realizado após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Psicologia da PUC-RS, fone: (51) 33203500.

Prof. Dr. Pedrinho A Guareschi
Orientador

Prof. Dr. José Odelso Snheider
Co-Orientador

Apêndice 2 – Documento da Unimed/RS – Federação liberando a pesquisa



À Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e Comitê de Ética em Pesquisa
PUCRS

Porto Alegre, 22 de junho de 2006, quinta-feira.

Prezados Senhores,

A Federação das Cooperativas de Médicas do Rio Grande do Sul - UNIMED/RS - através da Diretoria de Desenvolvimento Humano - DDH - tem conhecimento do Projeto de Pesquisa: O PROFISSIONAL DA UNIMED:AS AMBIVALÊNCIAS ENTRE O INDIVIDUAL E O SOCIAL do pesquisador Hélio Possamai que será desenvolvida junto a médicos cooperados de algumas Unimeds do Estado e autoriza a coleta de dados nessa instituição, após aprovação do referido projeto pela Comissão Científica e Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

Dr. Renato Lehnen

Diretoria de Desenvolvimento Humano
Diretor

Apêndice 3 – Correspondência do Comitê de Ética aprovando o projeto de pesquisa



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício 982/06-CEP

Porto Alegre, 21 de agosto de 2006.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 06/03261, intitulado: **“O profissional da UNIMED: as ambivalências entre o individual e o social”**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser autorizadas a partir da presente data.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Góidim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Prof Pedrinho Arcides Guareschi
N/Universidade

Apêndice 4 – Correspondência para a Unimed/RS comunicando que o Projeto de Pesquisa havia sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade

Passo Fundo, 19 de setembro de 2006.

Prof. Sérgio Lara

Prezado Senhor,

Ao cumprimentá-lo, estou informando que o Projeto de Tese: O PROFISSIONAL DA UNIMED: AS AMBIVALÊNCIAS ENTRE O INDIVIDUAL E O SOCIAL, aprovado pela Direção da Federação Unimed do RS, em 22 de junho, próximo passado, também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

O Comitê de Ética em Pesquisa, através do Ofício 982/06 – CEP, com data de 21 de agosto, manifestou-se nos seguintes termos:

“O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu projeto de pesquisa registro CEP 06/03261, intitulado: O profissional da Unimed: as ambivalências entre o individual e o social. Sua investigação está autorizada a partir da data presente. Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser autorizadas a partir da presente data. Atenciosamente. Prof. Dr. José Roberto Goldim. Coordenador do CEP- PUCRS.”

Portanto, a partir da aprovação da Federação Unimed e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, estou apto a iniciar imediatamente a pesquisa de levantamento dos dados junto aos médicos cooperativados.

Como havíamos conversado, pretendo realizar as entrevistas com os médicos que atuam na região do Planalto (Passo Fundo, Carazinho, Erechim....) e para que isso possa acontecer será importante que as Unimeds ou os profissionais possam ser informados pela Direção da Federação.

Despeço-me, no aguardo de uma resposta.

Atenciosamente.

Prof. Hélio Possamai

Apêndice 5 – Correspondência da Unimed/RS Federação aos presidentes das Unimed
oficializando a realização da pesquisa

Unimed 

DDH 061
31 de outubro de 2006.

UNIMED REGIÃO DA PRODUÇÃO

Dr. Luiz Carlos Colle Thomé

Prezado Senhor

Como parte da estratégia de integração e interação com as Universidades, visando o aperfeiçoamento do Sistema Unimed-RS, já temos cursos de pós-graduação, especialização e MBA em andamento, curso de multiplicadores, já realizados e, agora, abrimos espaço para que pesquisadores (mestrando ou doutorando) estudem as nossas cooperativas, as nossas atividades, retribuindo com o material pesquisado e palestras para as Unimed.

A primeira pesquisa será realizada pelo professor e mestre da PUC, Hélio Possamai nas áreas de ação das Cooperativas Região da Produção, Planalto Médio e Erechim, junto a cooperados dessas Unimed.

Solicitamos, portanto dessa Diretoria a autorização e o apoio necessário ao professor Hélio para a realização dessa pesquisa.

Se houver autorização, informaremos o professor Hélio e ele entrará em contato com a presidência ou pessoa delegada, explicando o tipo de pesquisa.

Nota. O apoio da Unimed não implica em desembolso e nem recursos materiais. Somente autorização e fornecimento de algumas informações para que o professor Hélio entreviste alguns cooperados.

Cordialmente,



Dr. Renato Lehnen
Diretor de Desenvolvimento Humano

DDH 060
31 de outubro de 2006.

UNIMED PLANALTO MÉDIO

Dr. Rudy Hairton Goellner

Prezado Senhor

Como parte da estratégia de integração e interação com as Universidades, visando o aperfeiçoamento do Sistema Unimed-RS, já temos cursos de pós-graduação, especialização e MBA em andamento, curso de multiplicadores, já realizados e, agora, abrimos espaço para que pesquisadores (mestrando ou doutorando) estudem as nossas cooperativas, as nossas atividades, retribuindo com o material pesquisado e palestras para as Unimeds.

A primeira pesquisa será realizada pelo professor e mestre da PUC, Hélio Possamai nas áreas de ação das Cooperativas Região da Produção, Planalto Médio e Erechim, junto a cooperados dessas Unimeds.

Solicitamos, portanto dessa Diretoria a autorização e o apoio necessário ao professor Hélio para a realização dessa pesquisa.

Se houver autorização, informaremos o professor Hélio e ele entrará em contato com a presidência ou pessoa delegada, explicando o tipo de pesquisa.

Nota. O apoio da Unimed não implica em desembolso e nem recursos materiais. Somente autorização e fornecimento de algumas informações para que o professor Hélio entreviste alguns cooperados.

Cordialmente,



Dr. Renato Lehnen
Diretor de Desenvolvimento Humano

DDH 059
31 de outubro de 2006.

UNIMED ERECHIM

Dr. Alcides Mandelli Stumpf

Prezado Senhor

Como parte da estratégia de integração e interação com as Universidades, visando o aperfeiçoamento do Sistema Unimed-RS, já temos cursos de pós-graduação, especialização e MBA em andamento, curso de multiplicadores, já realizados e, agora, abrimos espaço para que pesquisadores (mestrando ou doutorando) estudem as nossas cooperativas, as nossas atividades, retribuindo com o material pesquisado e palestras para as Unimeds.

A primeira pesquisa será realizada pelo professor e mestre da PUC, Hélio Possamai nas áreas de ação das Cooperativas Região da Produção, Planalto Médio e Erechim, junto a cooperados dessas Unimeds.

Solicitamos, portanto dessa Diretoria a autorização e o apoio necessário ao professor Hélio para a realização dessa pesquisa.

Se houver autorização, informaremos o professor Hélio e ele entrará em contato com a presidência ou pessoa delegada, explicando o tipo de pesquisa.

Nota. O apoio da Unimed não implica em desembolso e nem recursos materiais. Somente autorização e fornecimento de algumas informações para que o professor Hélio entreviste alguns cooperados.

Cordialmente,



Dr. Renato Lehnen
Diretor de Desenvolvimento Humano

Apêndice 6 – Carta enviada pelo pesquisador para os presidentes das Unimeds

Passo Fundo, 29 de novembro de 2006.

Ilmo Sr.

Prezado Senhor,

Sou professor do Curso de Psicologia da Universidade de Passo Fundo e, atualmente aluno doutorando do Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

Conforme compromisso assumido em contato pessoal que estabelecemos nesta data, estou enviando as informações relativas à pesquisa que estou realizando, cujo título é:

“O Profissional da Unimed: as ambivalências entre o individual e o social”.

O estudo tem como objetivo identificar de que forma os médicos, profissionais liberais, constituem sua singularidade e subjetividade no exercício de sua prática profissional trabalhando numa instituição cooperativa, cujos ideais demandam uma participação cooperativa e solidária.

Os dados a serem interpretados serão coletados através de entrevistas individuais e grupos focais com os profissionais que aceitarem participar da mesma.

Tendo em vista que os médicos que participarão da pesquisa estão vinculados à Unimed, é importante que sejam informados da realização da mesma e dos objetivos que pretende alcançar.

Informo ainda que esta pesquisa foi aprovada pela Direção da Federação Unimed do RS, em 22 de junho e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul em 21 de agosto próximo passado.

Atenciosamente.

Prof. Hélio Possamai

Apêndice 7 – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa que estamos realizando se propõe buscar identificar de que forma o médico cooperado constitui sua singularidade e subjetividade no exercício de sua prática profissional. Os dados a serem interpretados serão coletados através de entrevistas individuais com os profissionais que aceitarem participar do presente estudo. Os pesquisadores garantem ao(a) participante da pesquisa a liberdade de se afastar em qualquer etapa desse estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo, assim como a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca da pesquisa. A pesquisa manterá o caráter confidencial das informações relacionadas ao participante não o(a) identificando. As informações coletadas, não serão utilizadas em seu prejuízo e o(a) mesmo(a) terá toda a liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa assim como os resultados finais da pesquisa. Ao consentir em participar autoriza aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas expressando a concordância da divulgação pública dos resultados. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o aluno do Curso de Doutorado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC-RS, Hélio Possamai matrícula 04190515, fone (54) 3312-1584 sob a orientação do Prof. Dr. Pedrinho A Guareschi, fone (51) 3320-3633, com autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-RS fone: (51)3320-3345.

Local: _____ Data: _____ / _____ / _____

Nome do(a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura do Prof. orientador: _____

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do (a) participante: _____

Obs.: O presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em 2(duas) vias de igual teor ficando uma via em poder do(a) participante e a outra em poder do pesquisador responsável pela pesquisa