

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

**RELAÇÕES PÚBLICAS NO COOPERATIVISMO MÉDICO:
ESTUDO DO CASO UNIMED.**

MAURA PADULA

ORIENTADOR: ANTONIO CARLOS GIULIANI

Piracicaba, SP

Junho, 2006

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

**RELAÇÕES PÚBLICAS NO COOPERATIVISMO MÉDICO.
ESTUDO DO CASO UNIMED.**

MAURA PADULA

ORIENTADOR: ANTONIO CARLOS GIULIANI

7

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração, da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Metodista de Piracicaba, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Administração.

Piracicaba, SP

Junho, 2006

FICHA CATALOGRÁFICA

PADULA, Maura

Relações Públicas no Cooperativismo Médico. Estudo do Caso Unimed./ Maura Padula.
– Piracicaba, SP, 2006.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Giuliani

Dissertação (Mestrado) – Mestrado Profissional em Administração – Faculdade de
Gestão e Negócios – Universidade Metodista de Piracicaba.

1. Relações Públicas. 2. Cooperativismo. 3. Cooperativas de Saúde. I. Giuliani, Antonio
Carlos. II. Universidade Metodista de Piracicaba. III. Título.

Candidato: Maura Padula

Relações Públicas no Cooperativismo Médico. Estudo do Caso Unimed.

Dissertação defendida e aprovada em 30 de junho de 2006 pela Comissão Julgadora

Prof. Dr. Antonio Carlos Giuliani (orientador)
(Faculdade de Gestão e Negócios - Universidade Metodista de Piracicaba)

Profª. Dra. Nádia Kassouf Pizzinatto
(Faculdade de Gestão e Negócios – Universidade Metodista de Piracicaba)

Prof. Dra. Maria José da Costa Oliveira
(Faculdade de Relações Públicas e Publicidade e Propaganda – Faculdades Metropolitanas de Campinas - Metrocamp)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes de minha vida:

ao **Boni**, que, com paciência e muito amor, me apoiou e incentivou nos momentos mais difíceis, atuando como pai e mãe para nossos filhos nos inúmeros finais de semana e madrugadas que passei junto ao computador e aos livros;

aos **meus filhos, Rodrigo e Luiza**, que, mesmo sentindo falta, aceitaram minha ausência e entenderam a importância deste momento para mim;

aos **meus irmãos, Marisa, Márcia e Imero**, que, com o exemplo de perseverança e dedicação ao estudo, estiveram sempre presentes, mesmo sem saber.

ao **meu pai**, por suas demonstrações de orgulho, que me estimularam e permitiram que acreditasse em mim;

à **minha mãe**, a quem, na dor da saudade, pude recorrer nos momentos difíceis, na certeza de que ela está sempre comigo.

AGRADECIMENTOS

No desenvolvimento deste trabalho, pude contar com o apoio e incentivo de muitas pessoas e, por isso, tenho muito que agradecer.

Aos **dirigentes do Sistema Unimed**, que gentilmente dispensaram tempo no fornecimento das informações necessárias para o desenvolvimento deste estudo, de forma especial aos **Drs. Rodolfo Pinto Machado de Araujo e Luis Antonio Adamson**, que pessoalmente entrevistaram para que pudesse concluir o trabalho de campo no tempo estabelecido.

Ao meu orientador, **prof^o Dr. Antonio Carlos Giuliani**, por não ter desistido, mesmo quando pensei que o tempo não perdoaria uma distribuição equivocada de prioridades.

À **profa. Dra. Nádia Kassouf Pizzinatto**, pelo papel fundamental no reforço à minha auto-confiança, e aos professores **Oswaldo Farah e Eduardo Eugênio Spers**, que durante nossas conversas, me estimularam e transmitiram conhecimentos fundamentais para a conclusão do trabalho.

A **Teresinha de Moraes** e ao **Caetano Haberli Jr.**, pelo carinho e paciência na leitura deste trabalho e por terem atuado como interlocutores críticos, o que me permitiu ampliar conhecimentos, facilitando o desenvolvimento do estudo.

A **Cléo van Raij**, pelo apoio e incentivo ainda no início deste trabalho e por sua colaboração na revisão dos textos.

Aos amigos, **Maria José de Oliveira, Márcio Roque, Rosa Guedes e Cristina Belluco**, pelo incentivo, apoio emocional e empréstimos de livros e textos.

RESUMO

Este trabalho estuda a aplicação dos instrumentos de Relações Públicas bi cooperativismo de trabalho médico, como técnicas para a melhoria dos relacionamentos entre as cooperativas e os médicos cooperados. É um estudo exploratório, tomando o Sistema Unimed como estudo de caso. Como resultado, apresenta o grau de conflito existente nesta relação e suas possíveis causas e recomenda as ferramentas de Relações Públicas mais adequadas para amenizar tais divergências, respectivamente nas cooperativas de pequeno, médio e grande porte.

Palavras-Chave: Relações Públicas, Cooperativismo, Cooperativa de Trabalho Médico, Cooperativa de Saúde.

ABSTRACT

This work studies the role of Public Relations tools in medical services cooperatives, as techniques to improve relationship between the cooperatives and their associated doctors. It is an exploratory study taking Unimed System as a case study. The study presents the conflict that arises from that relationship and recommends Public Relations tools as the most appropriate to minimize such divergences in small, medium or big size cooperatives.

Key words: Public Relations, Cooperativism, Health Service Cooperative, Health Cooperative.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Princípios Cooperativistas	12
Quadro 2 - As cooperativas Brasileiras.....	14
Quadro 3 – Perfil do Cooperativismo Brasileiro por Estado.....	16
Quadro 4 - Análise P.F.O.A. das cooperativas.....	18
Quadro 5 - Plataformas de comunicação	36
Quadro 6 - Características de quatro modelos de Relações Públicas de Gruning e Hunt.....	41
Quadro 7 - Ações de Relações Públicas na administração dos conflitos.....	46
Quadro 8 - Os Quatro modelos Organizacionais de Handy.....	51
Quadro 9 - A Unimed em Números	59
Quadro 10 - Matriz de Amarração Processual da Pesquisa (Metodologia)	68
Quadro 11 – Relação de Entrevistados	69
Quadro 12 - Cooperativas Pesquisadas de Pequeno Porte	71
Quadro 13 - Cooperativas Pesquisadas de Médio Porte	72
Quadro 14 - Cooperativas Pesquisadas de Grande Porte	73
Quadro 15 – Canais de Relacionamento Cooperativa-Cooperado - por Singular.	78
Quadro 16 – Fatores de escolha dos meios de comunicação	88
Quadro 17 – Canais de comunicação – Emissor e receptor	89
Quadro 18 - Formação profissional do responsável pela comunicação nas Cooperativas Unimed	90
Quadro 19 - Posicionamento das cooperativas em relação à Fidelidade Societária	92
Quadro 20 – Razões dos conflitos nas relações cooperativa-cooperado	104
Quadro 21 – Grau de conhecimento dos cooperados	106
Quadro 22 – Análise P,F.O.A das Cooperativas Unimed	110

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cooperativas do Brasil em Números.....	15
Figura 2 - Modelo de Lasswell, com modificações de Nixon.....	28
Figura 3 - O processo de Comunicação	29
Figura 4 - Comunicação Integrada	32
Figura 5 - Universo das Relações Públicas	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACI** – Aliança Cooperativista Internacional
- AGO** – Assembléia Geral Ordinária
- AMB** – Associação Médica Brasileira
- APM** – Associação Paulista de Medicina
- CIU** – Comissão Institucional Unimed
- CRM** – Conselho Regional de Medicina
- ECA** – Escola da Comunicação e Artes
- FATES** - Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social
- FESP** – Federação das Cooperativas Médicas do Estado de São Paulo
- FIU** – Fundo Institucional Unimed
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IHCO** - *International Health Cooperative Organization* (Organização Internacional das Cooperativas de Saúde)
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- NIC** – Núcleo de Integração Cooperativista
- OCB** – Organização das Cooperativas Brasileiras
- OCEs** – Organização das Cooperativas Estaduais
- OCESP** – Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- OPS** - Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
- UF** – Unidade da Federação
- UNIMED** – União de Médicos
- UNIMEC** - União de Usuários Médicos e Cajas S/A.
- USP** – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

RESUMO		VI
ABSTRACT		VII
1 INTRODUÇÃO		01
1.1 Problema		03
1.2. Objetivos		03
a) Geral		03
b) Específicos		04
1.3. Pressupostos		04
1.4. Justificativa e Relevância do tema.....		05
1.5. Metodologia		06
2 COOPERATIVISMO – HISTÓRIA, CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS		08
2.1. Origem Histórica.....		08
2.2. Filosofia Cooperativista.....		11
2.3. Cooperativismo no Brasil.....		13
2.4. Estrutura das Cooperativas.....		17
2.5. Cooperativismo de Trabalho Médico.....		20
3 RELAÇÕES PÚBLICAS		26
3.1. A Comunicação.....		26
3.2. Comunicação e seu conceito.....		27
3.3. Comunicação Organizacional, Comunicação Integrada e Comunicação de Marketing		31
3.4. Relações Públicas.....		37
3.4.1. Origem das Relações Públicas.....		37
3.4.2. Objetivos e funções das Relações Públicas.....		40
3.4.3. Relações Públicas na Saúde		48
3.5. Cultura Organizacional e Relações Públicas		49
4 RELAÇÕES PÚBLICAS E COOPERATIVISMO MÉDICO: ESTUDO DO CASO UNIMED		57
4.1. Sistema Unimed		57
4.1.1. A Comunicação na Unimed		62
4.2. Metodologia da Pesquisa		64
4.2.1. 1ª fase – Revisão Bibliográfica, Documental e Virtual		64
4.2.2. 2ª fase – Estudo de Caso		65
4.2.3. Universo e Amostra		66

5	ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA.....	69
	5.1. Levantamento do Perfil das cooperativas	70
	5.1.1. Porte das Cooperativas	70
	5.1.2. Investimentos em Recursos Próprios	74
	5.2. Levantamento do nível de relacionamento com o cooperado.....	76
	5.2.1. Ferramentas de Relações Públicas.....	76
	5.2.2. Envolvimento do médico com a cooperativas.....	91
	5.2.3. Verificação dos conflitos cooperativa-cooperado	102
	5.2.4. Pontos fortes, pontos a serem melhorados, ameaças e oportunidades	109
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
	ANEXOS	128

1. INTRODUÇÃO

O Cooperativismo ganha uma dimensão especial em países em desenvolvimento como o Brasil, principalmente por seu papel estratégico na promoção de oportunidades de trabalho e cidadania. Alavancadora de oportunidades, a filosofia cooperativista encontrou, nas transformações e exigências do mundo capitalista, condições de desenvolvimento em áreas diversas, como a agropecuária, trabalho, crédito, habitação e consumo.

Democracia, solidariedade e igualdade são valores que caracterizam e fundamentam esse modelo organizacional. O foco está no homem e não no capital. O princípio da livre adesão e o fato de cada cooperado ter direito a um único voto, independentemente de seu volume de produção no campo de trabalho, garantem a igualdade dos direitos e da participação. Seu órgão decisor maior é a Assembléia Geral, da qual participam todos os Cooperados, também chamados associados. São estes que elegem os Conselhos de Administração e Fiscal, que, por sua vez, são responsáveis pela indicação e controle dos agentes que dirigirão a cooperativa.

Enquanto que em uma empresa de capital o objetivo final é o lucro, em uma sociedade cooperativa o objetivo é prestar serviços aos seus cooperados, viabilizando e desenvolvendo a produção e consumo, sem a intermediação de terceiros.

O cooperativismo vive, no entanto, um conflito característico de sua estrutura, com dimensões distintas, dependendo do ramo de atividade em que atua e de características específicas de seus sócios, incluindo, aqui, cultura, hábitos e costumes. Nas cooperativas, a relação capital-trabalho é diferente de uma empresa capitalista, sendo o seu foco principal o trabalho. O capital é dividido em cotas-partes, de igual valor econômico, que cada cooperado compra ao aderir à cooperativa, ou, se estiver sendo criada, à sua formação. É importante ressaltar que cada pessoa, física ou jurídica,

tem direito a adquirir apenas 1 (uma) cota-parte, garantindo, assim, o princípio da democracia por meio da igualdade de participação entre os associados. A partir daí, a renda de cada cooperado está relacionada ao desenvolvimento de seu próprio produto, ou serviço junto à cooperativa, dando margem ao surgimento de interesses individuais em detrimento do coletivo.

Não se deve ignorar a controvérsia dessa afirmação. Como pode, em um ambiente cooperativo, os interesses não serem comuns? A explicação é simples: a renda dos cooperados não está diretamente vinculada aos resultados operacionais da Cooperativa, identificados pelos atuantes do setor como “sobras”, mas, sim, à venda do seu produto ou serviço por meio da estrutura cooperativista. Assim, o seu foco de interesse, mesmo que erroneamente, está no campo individual e não no coletivo. Isso justifica, em muitos casos, o desinteresse dos cooperados nas questões administrativas da cooperativa. Essa postura muda, entretanto, quando os gestores tomam decisões, impulsionados por necessidades do mercado, que os cooperados entendem como prejudiciais aos seus negócios. É apenas a “ponta” de um conflito permanente vivido nesse modelo organizacional.

Em uma estrutura cooperativista, os associados assumem um duplo papel: de um lado são clientes ou mesmo donos, para quem a cooperativa presta serviços; e de outro, são fornecedores do produto ou serviço, estando sujeitos às regras de um mercado cada vez mais competitivo, no qual a cooperativa está inserida. Essa característica é ainda mais significativa no universo do cooperativismo de trabalho médico, pois os profissionais prestadores de serviços, antes de se tornarem cooperados, são médicos e, dentro dos princípios éticos da medicina, não aceitam interferências na relação médico-paciente, portanto não aceitam interferência da cooperativa no exercício de sua atividade.

A diversidade dos públicos que orbitam em torno das cooperativas, com seus interesses diversos, se contrapõe à realidade mercadológica, comprometendo, necessariamente, a satisfação do grupo. Então, os conflitos ganham força e comprometem a filosofia cooperativista, fundamentada na democracia e na solidariedade, razão de ser desse modelo organizacional.

Por outro lado, nesta era em que a informação assume papel estratégico nos negócios, a administração moderna dispõe de ferramentas, teorias e técnicas que auxiliam as empresas a enfrentar as dificuldades de um mercado cada vez mais competitivo. Nesse cenário, as Relações Públicas ganham a atenção dos gestores enquanto técnica de comunicação, aproximação e transparência na gestão dos negócios que facilitam os trâmites da governança, transmitindo confiança aos investidores. Priorizando o homem e não o produto na relação mercadológica, as Relações Públicas envolvem todos os públicos de interesse da organização e sua principal meta é o desenvolvimento e manutenção da credibilidade, incluindo-se aqui marca, produto e gestão.

1.1. O PROBLEMA DA PESQUISA

O problema central deste estudo é analisar (se existe) o conflito nas relações entre as cooperativas de trabalho médico e seus cooperados, verificando não só como esse relacionamento é trabalhado, mas também o seu grau de eficiência, tendo como base as teorias e técnicas das Relações Públicas, que apresentam, dentre suas funções, o papel de ajudar a organização e seu público a compreenderem-se mutuamente.

Pretende-se apurar como as cooperativas de trabalho médico trabalham essa dicotomia de papéis, às quais o médico cooperado está exposto enquanto fornecedor de serviço e dono da cooperativa; como as Relações Públicas podem auxiliar no relacionamento cooperativa-cooperado e vice-versa e verificar quais as técnicas e/ou ferramentas de Relações Públicas mais adequadas.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. GERAL

- Analisar a aplicação das teorias e técnicas de Relações Públicas em sistema cooperativos de trabalho médico, como instrumentos para a melhoria do relacionamento cooperativa-cooperado.

1.2.2. ESPECÍFICOS

- Conceituar Relações Públicas para as Cooperativas Médicas.
- Avaliar se as cooperativas possuem um plano de comunicação estruturado para se relacionar com os médicos cooperados.
- Apontar a(s) ferramenta(s) de comunicação mais adequada(s) para amenizar os conflitos entre as cooperativas (administração) e cooperados.

1.3. PRESSUPOSTOS

Ao apresentar o problema da pesquisa, verifica-se que o mesmo é concebido sob a forma de pergunta e o pressuposto como resposta, ou seja, aquilo que se supõe, antecipadamente, como resposta. São pressuposições ou suposição que poderão confirmar-se ou não ao final da pesquisa, sem caráter conclusivo, podendo contribuir para o levantamento de hipóteses para um próximo estudo.

A existência dos questionamentos anteriores permitiu a formulação dos pressupostos:

- P1. Os médicos cooperados são um público estratégico para as cooperativas, não apenas por serem donos, mas, principalmente, porque são responsáveis pela qualidade dos serviços.
- P2. As cooperativas médicas Unimed ainda não utilizam as ferramentas disponibilizadas pelas Relações Públicas por desconhecer os benefícios que podem gerar.
- P3. O desconhecimento da realidade da cooperativa, gerado pela falha na comunicação, pode desencadear conflitos na relação cooperativa-cooperado e também queda na qualidade dos serviços.

P4. Os instrumentos de Comunicação Integrada de Marketing, particularmente as Relações Públicas, são importantes para o sucesso das Cooperativas Médicas, nesse novo cenário da Saúde Suplementar no Brasil.

1.4. JUSTIFICATIVA

No Brasil, existem hoje 13 ramos distintos de cooperativas, segundo a Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB: agropecuário, consumo, crédito, educacional, especial, infra-estrutura, habitacional, mineral, produção, saúde, trabalho, turismo e lazer e transporte de cargas e passageiros. É preciso reconhecer que é no segmento agropecuário que o cooperativismo foi e é reconhecido no Brasil, tendo merecido a atenção dos pesquisadores em vários estudos, em sua maioria buscando valorizar e ou mensurar o efeito transformador do cooperativismo sob a ótica sócio-econômica. Mas foi no trabalho médico que o Brasil alcançou a inovação, pela qual hoje projeta-se como modelo para todo o mundo.

A partir de uma necessidade real de mercado, no final da década 60, do século XX, o cooperativismo de trabalho médico cresceu e desenvolveu-se como em poucos outros setores no Brasil, ocupando a lacuna provocada pela insuficiência dos recursos públicos em Saúde, que na época já mostrava os primeiros sinais de decadência, tornando-se uma clara alternativa à medicina capitalista. A maior referência de cooperativa de trabalho médico que se tem no Brasil é o Sistema Nacional de Saúde Unimed, estudo de caso neste trabalho.

Pioneiro no mundo, o modelo de assistência médica criado pelo sistema cooperativista Unimed ganhou projeção internacional e hoje é referência para o desenvolvimento de cooperativas de trabalho médico em países da América do Sul. Segundo dados da Unimed do Brasil (www.unimed.com.br), o sistema cooperativo Unimed envolve 98,3 mil profissionais médicos, espalhados por 376 cooperativas independentes administrativamente, mas interligadas pelo intercâmbio de atendimentos, que atendem a 11,9 milhões de usuários, o que corresponde a 33% do mercado de saúde suplementar. Focalizando somente o Estado de São Paulo (www.unimeds.com.br), esses

números chegam a 73 cooperativas singulares, 6 Federações Regionais, quase 20 mil médicos, que atendem a mais de 4,2 milhões de usuários.

Por ter sido criado no Brasil e ainda estar restrito a poucos países, o cooperativismo de trabalho médico começa agora a chamar a atenção dos pesquisadores. É possível encontrar algumas iniciativas em monografias realizadas quando da conclusão dos cursos de especialização em saúde, que apontam caminhos para estudos mais aprofundados. O estudo das Relações Públicas na abordagem do conflito cooperativa-cooperado em cooperativas de trabalho médico ainda mostra-se inédito.

Outro fato a ser considerado é que, desde 1998, com a promulgação da Lei 9656, que regulamenta os planos de saúde no País, as cooperativas de saúde vêm sofrendo uma série de mudanças administrativas e legais, decisões essas que resultam em aumento na carga de impostos e na necessidade de reservas que impactam diretamente no bolso dos donos: os médicos cooperados. Percebe-se aqui mais um potencial ponto de conflito que poderá ou não ocorrer, dependendo da habilidade dos gestores (agentes) na condução dos fatos, pois desconhecendo a nova realidade, os médicos passam a criticar a cooperativa, comprometendo, muitas vezes, a qualidade dos serviços e, por consequência, a marca.

Num país em que diariamente os jornais trazem manchetes ratificando o esfacelamento da saúde pública e o total descaso dos governantes para o fato, o cooperativismo médico apresenta-se como terceira via e as ferramentas do entendimento, como as Relações Públicas, devem ser colocadas em prática para o bem-estar dos segmentos envolvidos, desde os médicos cooperados até a população.

1.5. METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, por ser uma metodologia que permite identificar características, pensamentos e relações que poderão ser aprofundadas com novos estudos e outras abordagens. Os métodos selecionados foram levantamentos bibliográficos,

documentais e estudo de caso, permitindo analisar as Relações Públicas na Cooperativa de Trabalho Médico Unimed, maior referência em cooperativismo de trabalho médico no Brasil.

O estudo está estruturado em seis capítulos. No primeiro, apresenta-se a Introdução, com a contextualização do tema, definição do problema da pesquisa e sua relevância para o meio acadêmico e para o mercado, objetivos e pressupostos. No segundo capítulo, busca-se uma revisão histórica sobre o cooperativismo no mundo, sua filosofia, o surgimento no Brasil, a estrutura cooperativista e o cooperativismo de trabalho médico. O capítulo três oferece ao leitor uma visão geral das Relações Públicas, começando pelo seu posicionamento no campo da comunicação social, e abordando o seu vasto leque de funções. No capítulo quatro, verifica-se a metodologia aplicada no estudo, juntamente com uma apresentação detalhada da estrutura do Complexo Empresarial Cooperativo Unimed - Sistema Unimed. No capítulo cinco, é feita a apresentação e análise dos dados da pesquisa. O sexto e último capítulo é reservado às considerações finais.

2. COOPERATIVISMO – HISTÓRIA, CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS.

O conceito de cooperativismo é o foco principal deste capítulo, que apresenta sua origem histórica, a filosofia cooperativista, o cooperativismo no Brasil e, especificamente, o cooperativismo médico, permitindo ao leitor compreender a estrutura cooperativista e também o conflito a que esse modelo organizacional está exposto.

2.1. Cooperativas: Origem histórica

Segundo Lezamiz (2005), há divergências de opinião entre os estudiosos quanto ao que seja exatamente o cooperativismo. Existem aqueles que dizem que o cooperativismo não é uma doutrina política porque não prescreve normas para a função e/ou organização do Estado, nem para as relações deste com os indivíduos. É simplesmente um plano econômico. Outros afirmam que é uma doutrina econômico-política que propõe a cooperação no campo econômico e social como meio para proporcionar melhores condições de trabalho e renda.

Na definição da Aliança Cooperativista Internacional (ACI),

[...] uma cooperativa é uma associação autônoma de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, culturais e sociais, por meio de uma empresa de propriedade comum e democraticamente controlada (www.ica.coop).

A Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), uma das associadas da ACI, também adota essa mesma definição.

O cooperativismo, como forma de associação, está vinculado ao mundo moderno, datado de meados do século XIX, mas Silva Filho (2001) relembra que se pode encontrar referências mais antigas decorrentes do sentido de solidariedade,

que sempre se fez presente entre os homens e cita a Idade Média, no qual se encontram os antecedentes mais remotos do cooperativismo, representado pelas sociedades de agricultores nas regiões alpina ou eslava e o próprio sistema feudal, que proporcionou a associação dos vassallos, a fim de poderem atender ao pagamento exigido pelos senhores feudais.

Mas, já em plena Revolução Industrial, no início do século XIX, começa-se a falar, efetivamente, de cooperação e a desenvolver a filosofia cooperativista, pelos então chamados socialistas utópicos, que geram essa doutrina econômica. Na França, Contar Henri de Saint Simon prega a aplicação prática dos princípios do cristianismo e socialismo, proclamando a exaltação da fraternidade humana, contra a avidez de ganho. Para esse pesquisador, a propriedade deve ser comum e a diferença nos salários não deve permitir a criação de classes econômicas diferentes, impedindo o desenvolvimento dos extremos: riqueza e pobreza. Fundamentado nesses mesmos princípios, Charles François Marie Fourier lançou as primeiras bases para o cooperativismo, criando assentamentos agrícolas nos Estados Unidos, onde ele e seus seguidores estabeleceram diversos acordos agrícola-industriais, chegando a contar com 1.700 membros em uma única comunidade, que se valia da proposta de produzir sua auto-sustentabilidade (Lezamiz, 2005).

Na Inglaterra, alguns consideram o pai do cooperativismo William King , médico de Brighton, que, depois de criar uma cooperativa de consumo, contribuiu com a formação de outras 300. Criou um jornal de propagandas, *The co-operator*. (Maurer, 1966). Outro precursor do cooperativismo foi Robert Owen, contemporâneo de Fourier, que era dirigente de uma fábrica de New Lanark e manifestava uma grande preocupação com o bem estar dos trabalhadores. Suas ações nesse sentido envolveram projetos educacionais, redução de horas de trabalho e a organização de armazéns onde os trabalhadores pudessem adquirir produtos a preços módicos. Criou, nos Estados Unidos, a colônia de caráter comunista – *A New Harmony* – que terminou em malogro.

Outras tentativas foram feitas, mas todas falharam. Foi, então, que a experiência de operários de Rochdale, uma pequena cidade nos arredores de

Manchester, na Inglaterra, deu origem ao que hoje os pesquisadores definem como a origem do cooperativismo, no sentido conceitual, com a criação da Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale, em 21 de dezembro de 1844 (Silva Filho, 2001). Para Maraschin (2004, p.2), essa cooperativa diferencia-se das demais que já existiam na época, “porque seus fundadores não se limitaram a constituir a associação, mas elaboraram um corpo de idéias e regras gerais, o ‘Estatuto dos Probos Pioneiros de Rochdale’, incluindo princípios e regras para o seu funcionamento”, princípios que norteiam o cooperativismo até os dias atuais. Inspirada nas idéias dos socialistas Charles Fourier e Robert Owen, essa cooperativa foi criada na modalidade de consumo, cuja finalidade era o provisão de artigos domésticos sem a especulação de intermediários, contendo 40 sócios, apesar de apenas 28 estarem presentes em sua reunião constitutiva, dentre os quais vários discípulos de Owen.

Nesse mesmo período, o movimento cooperativista ganha representatividade também na Suíça e, na seqüência, na Alemanha e França.

[...] Enquanto, na Inglaterra e na Suíça, surgiam e se disseminavam as cooperativas de consumo, na Alemanha se formavam simultaneamente, em dois pontos diversos, as primeiras cooperativas de crédito e, na França se ensaiavam as primeiras tentativas de cooperativas de produção (MAURER, 1966, p.25).

O movimento cooperativista rapidamente tornou-se internacional e a comprovação disso aconteceu com a criação da Aliança Cooperativista Internacional (ACI), em 1895, na Inglaterra, hoje com sede na cidade de Genebra, na Suíça. Antes disso, em 1882, foi criada a Associação de Amigos da Cooperativa de Produção, já buscando a união (Silva Filho, 2001).

A ACI é uma organização não-governamental independente, que une, representa e serve ao cooperativo mundial. Em 1946, o movimento cooperativista, representado pela própria ACI, foi uma das primeiras organizações não-governamentais a ter uma cadeira no Conselho da Organização das Nações Unidas (ONU) e é hoje a maior organização não-governamental do mundo, segundo a própria instituição.

O cooperativismo, enquanto empreendimento econômico e social, tem seus princípios, normas e doutrinas baseados na Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale, um conjunto de regras que, a partir de 1921, passaram a ser recomendadas pela Aliança Cooperativista Internacional (ACI) como critérios para as cooperativas que a ela se filiassem. Os princípios, inicialmente, eram: livre adesão e demissão dos sócios; direito de um voto por associado (um homem - um voto); juros limitados ao capital; distribuição das sobras (ou perdas) proporcional à operação; fundo de reserva para aumento do capital e fundo de reserva para desenvolvimento da educação.

2.2. A filosofia cooperativista

Os princípios cooperativos são, segundo a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), as linhas orientadoras pelas quais as cooperativas levam os seus valores à prática. Foram criados pelos pioneiros de Rochdale e, posteriormente, em 1937, adotados pela Aliança Cooperativista Internacional (ACI). Na época, as regras eram (MAURER, 1966):

- 1º - Livre adesão.
- 2º - Controle democrático: uma pessoa corresponde a um voto.
- 3º - Retorno de excedentes em proporção às compras.
- 4º - Juros limitados sobre o capital.
- 5º - Neutralidade política e religiosa.
- 6º - Vendas à vista: preocupação pela boa gestão.
- 7º - Educação contínua dos sócios, custeada por uma pequena parte do saldo anual.

Posteriormente, como consequência de sua própria expansão mundo afora, esses princípios sofreram revisões, em 1966 (Congresso de Viena) e 1988, quando a ACI deu início a uma revisão visando ao fortalecimento do cooperativismo na economia mundial, revisão essa concluída nos Congressos de Tóquio (1992) e Manchester (1995).

Atualmente, os princípios cooperativistas, apresentados no Quadro 1, estão especificados em 7 itens que regem as cooperativas em todo o mundo. Dependendo da natureza da cooperativa um ou outro item é mais valorizado.

Quadro 1 - Princípios Cooperativistas

Princípios	Entendimento
1º - Adesão voluntária e livre.	Liberdade na adesão. Organizações livres e abertas às pessoas que tenham afinidade à proposta. Não permite discriminações de sexo, sociais, raciais, políticas e religiosas.
2º - Gestão democrática e livre.	Um homem, um voto. Grandes decisões tomadas por todos, em assembleias, que elegem também os membros do grupo que ficarão à frente da administração.
3º - Participação econômica dos membros.	Os membros contribuem equitativamente para o capital das suas cooperativas e controlam-no democraticamente. Sistemas de remuneração estão relacionados à produtividade e as sobras ou perdas são destinadas conforme decisão de assembleia.
4º - Autonomia e independência.	As cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, controladas por seus membros.
5º - Educação, formação e informação.	Trabalham a educação e formação dos seus membros, dos representantes eleitos e dos trabalhadores e têm a missão de difundir a filosofia cooperativista.
6º - Intercooperação.	Valorizam o movimento cooperativista, trabalhando em conjunto, por meio das estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.
7º - Interesse pela comunidade.	As cooperativas trabalham para o desenvolvimento sustentado das suas comunidades por meio de políticas aprovadas pelos membros.

Fonte: Adaptado da OCB (www.ocb.org.br).

Segundo a OCB,

[...] as cooperativas baseiam-se em valores de ajuda mútua e responsabilidade, democracia, igualdade, equidade e solidariedade. Na tradição dos seus fundadores, os membros das cooperativas acreditam nos valores éticos da honestidade, transparência, responsabilidade social e preocupação pelo seu semelhante (www.ocb.com.br).

2.3. O Cooperativismo no Brasil

Historicamente, assim como na Europa, tem-se registros de organizações fundamentadas na cooperação e solidariedade desde 1.600, com a República dos Palmares e com a fundação das primeiras missões jesuíticas, no Rio Grande do Sul (Pinho, 2004; Queiroz, 1997).

Outras manifestações são relatadas por Pinho (2004), mas o primeiro registro do cooperativismo no Brasil acontece em 1847, quando o médico francês Jean Maurice Faivre, socialista utópico e grande admirador de Fourier, funda, no Paraná, juntamente com um grupo de imigrantes europeus, a Colônia Santa Teresa Cristina, organizada em forma de cooperativa (Queiroz, 1997). A partir dali, vários alemães desenvolvem centenas de atividades associacionistas de amparo mútuo. Em 1889, é fundada, em Ouro Preto (atualmente cidade do Estado de Minas Gerais), a Sociedade Cooperativa Econômica dos Funcionários Públicos de Ouro Preto, primeira cooperativa que se tem notícia no Brasil.

A primeira lei cooperativista brasileira foi promulgada em 1932 (Decreto 22.239/32). Em 1964, a Lei 4.595 reformou o sistema bancário e extinguiu todas as cooperativas de crédito do país. A partir do ano seguinte, o cooperativismo agrícola ganha forças e, finalmente, em 16 de dezembro de 1971, é promulgada a Lei 5764/71 que estrutura o cooperativismo no Brasil e unifica sua representação pela Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB).

A Lei 5.764/71 legaliza a atividade e define a política nacional do cooperativismo brasileiro, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. Existem, também, Resoluções complementares para a atividade cooperada, além de outras legislações em vigor que regem as demais sociedades no que diz respeito aos aspectos não alcançados pela lei cooperativista. Além desses instrumentos jurídicos, há o Estatuto Social da cooperativa, que normatiza o seu funcionamento e sua relação com os associados.

Em termos de representatividade, o Brasil conta hoje com cooperativas de 13 ramos distintos, segundo OCB: agropecuário, consumo, crédito, educacional, especial, infra-estrutura, habitacional, mineral, produção, saúde, trabalho, turismo e lazer e transporte de cargas e passageiros. O Quadro 2 apresenta o número de cooperativas, de associados e de empregados por ramo, bem como sua evolução entre os anos de 2004 e 2005.

Quadro 2 - As cooperativas Brasileiras

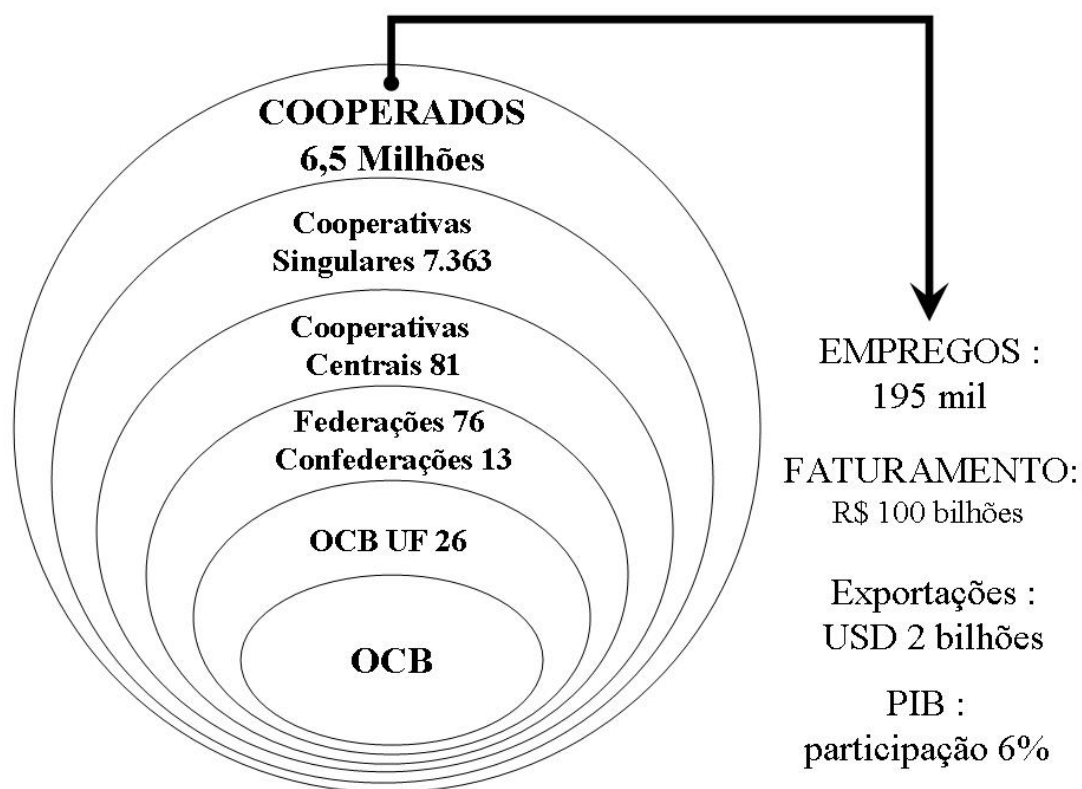
Ramo	Número de Cooperativas			Número de Associados			Número de Empregados		
	2004	2005	%	2004	2005	%	2004	2005	%
Agropecuário	1.398	1.514	8,30%	865.173	879.918	1,70%	116.919	123.368	5,52%
Consumo	144	147	2,08%	1.820.531	2.181.112	19,81%	7.463	6.938	-7,03%
Crédito	1.068	1.101	3,09%	1.890.713	2.164.499	14,48%	26.068	20.555	-21,15%
Educacional	311	319	2,57%	66.569	73.951	11,09%	2.827	3.144	11,21%
Especial	9	10	11,11%	326	529	62,27%	0	-	0,00%
Habitacional	356	355	-0,28%	128.940	91.299	-29,19%	1.126	1.562	38,72%
Infra-estrutura	171	160	-6,43%	585.857	600.399	2,48%	5.299	5.213	-1,62%
Mineral	37	44	18,92%	48.846	15.212	-68,86%	27	52	92,59%
Produção	136	173	27,21%	25.490	17.569	-31,07%	373	323	-13,40%
Saúde	883	899	1,81%	326.579	287.868	-11,85%	28.249	28.599	1,24%
Trabalho	1.894	1.994	5,28%	346.100	425.181	22,85%	4.154	6.506	56,62%
Transporte	715	783	9,51%	52.793	50.600	-4,15%	2.590	3.411	31,70%
Turismo	14	19	35,71%	1.741	2.917	67,55%	5	9	80,00%
TOTAL	7.136	7.518	5,35%	6.159.658	6.791.054	10,25%	195.100	199.680	2,35%

Fonte: OCE's e OCB, 2006.

Como se pode observar no Quadro 2, o sistema cooperativo brasileiro apresentou crescimento tanto em número de cooperativas como de associados e empregados. O ramo de saúde, especificamente, apresentou um crescimento bastante tímido em número de cooperativas e em número de empregos gerados, porém teve um decréscimo significativo em número de associados. O ramo agropecuário destaca-se dos demais pelo número de empregos gerados, porém é o cooperativismo de consumo e de crédito que reúne maior número de pessoas associadas: mais de dois milhões de associados, respectivamente. Os treze ramos juntos ratificam a importância da estrutura

cooperativista no Brasil, logicamente liderados pela agropecuária (sistema cooperativo foi responsável por 40% da produção total agrícola do país em 2005), tendo apresentado um faturamento, em 2005, na ordem de R\$ 100 bilhões e exportado US 2 bilhões. Na Figura 1, esses dados são apresentados juntamente com a distribuição do sistema cooperativo no brasileiro em números de cooperados, números de cooperativas singulares, cooperativas centrais, de federações, de confederações, além da estrutura da OCB nos estados e na Federação.

Figura 1 – Cooperativas do Brasil em Números



Fonte: OCB, 2005

Como pode ser observado na Figura 1, o sistema cooperativo tem uma importância inquestionável na economia brasileira. Hoje gera renda e trabalho para mais de 6,5 milhões de pessoas associadas, além de criar 195 mil empregos.

Distribuindo o potencial das cooperativas pelos estados brasileiros, percebe-se que a força do setor não está vinculada ao número de cooperativas, mas, sim, à capacidade de agregar associados e gerar novos empregos. Conforme apresentado no Quadro 3, a maior concentração das cooperativas, em números absolutos, encontra-se em São Paulo (1.044 cooperativas), Estado que agrega o maior número de cooperativados (mais de 2,6 milhões), gerando empregos para mais de 30 mil pessoas. Esses números passam também a proporção do porte das cooperativas: a maioria das cooperativas do Estado de São Paulo é de grande porte, enquanto que no Rio de Janeiro, o segundo Estado com maior número de cooperativas, são elas pequenas e pulverizadas

Quadro 3 – Perfil do Cooperativismo Brasileiro por Estado

Ramo de Atividade	Cooperativas	Associados	Empregados
Acre	29	5.466	120
Alagoas	84	12.040	4.006
Amazonas	109	15.583	778
Amapá	68	3.393	406
Bahia	493	107.654	2.796
Ceará	185	72.468	3.705
Distrito Federal	213	102.014	1.913
Espírito Santo	134	88.665	3.092
Goiás	188	89.273	6.316
Maranhão	235	12.709	702
Minas Gerais	801	697.147	22.718
Mato Grosso do Sul	86	41.690	2.792
Mato Grosso	182	129.775	4.788
Pará	359	48.839	840
Paraíba	147	42.067	2.151
Pernambuco	224	108.575	1.504
Piauí	114	17.613	225
Paraná	228	403.195	50.000
Rio de Janeiro	970	132.976	3.532
Rio Grande do Norte	191	72.667	1.464
Rondônia	50	18.809	280
Roraima	52	1.463	3
Rio Grande Do Sul	918	1.278.965	34.161
Santa Catarina	283	625.658	19.611
Sergipe	82	12.656	412
São Paulo	1.044	2.642.685	30.593
Tocantins	49	7.009	772
TOTAIS	7.518	6.791.054	199.680
Ramo de Atividade			

Fonte: Núcleo de Banco de Dados da OCB – dezembro de 2003.

2.4. A Estrutura cooperativista

Todas as cooperativas brasileiras, independentemente do ramo de atuação, são regidas pela Lei 5.764/71 e possuem a mesma estrutura básica. As questões específicas de cada uma são estabelecidas no Estatuto Geral da Cooperativa, definido e aprovado pelos sócios durante as assembléias gerais, dentro dos critérios da lei.

A assembléia geral dos sócios, segundo Queiroz (1997), é o órgão supremo da sociedade cooperativa. É o fórum em que são discutidas, votadas e aprovadas todas as decisões de interesse da sociedade. Há dois tipos de assembléias gerais: a ordinária, convocada obrigatoriamente uma vez por ano, quando são apresentados os resultados operacionais e fiscais do ano anterior para aprovação dos sócios, e a extraordinária, convocada sempre que necessário, a qual delibera sobre assuntos diversos relacionados com a empresa, mas em especial: reforma estatutária; fusão, incorporação ou desmembramento; participação de empresas não-cooperativas; mudança de objeto da sociedade e dissolução e nomeação de liquidantes. Para todos os casos, para tornar válidas as deliberações, são necessários dois terços dos votos. Nas cooperativas singulares, as assembléias gerais são formadas pelos sócios cooperantes e nas centrais, federações e confederações, são formadas por delegados representantes das cooperativas singulares filiadas. A assembléia geral elege o conselho de administração e o conselho fiscal, encarregados de gerir a cooperativa.

Quanto à forma legal de constituição (Polonio, 2001), as sociedades cooperativas foram classificadas no artigo 6º, da lei 5764/71 da seguinte forma: de 1º grau (singulares), constituídas pelo número mínimo de vinte pessoas físicas e caracterizadas pela prestação direta de serviços aos associados; de 2º grau (centrais e federações), constituídas pelo número mínimo de três cooperativas singulares, sendo possível, nas centrais, o ingresso de cooperativas de modalidades diferentes; de 3º grau (confederações), constituídas pelo número mínimo de três federações ou centrais, da mesma ou de diferentes modalidades. Vale ressaltar que o novo código civil introduziu mudanças no cooperativismo, destacando-se “a não determinação ‘taxativa’ do mínimo de associados para se organizar uma cooperativa singular ou de primeiro grau” (PINHO, 2004, p.5).

Em termos de mercado, as cooperativas concorrem com empresas de um modo geral e o diferencial constitutivo, princípios doutrinários e normas de funcionamento podem, em determinados momentos, constituir vantagem ou desvantagem competitiva. Bialoskorsky (2002) explica que o empreendimento cooperativo, dentro de suas especificidades, apresenta dimensões distintas e muitas vezes conflitantes: de um lado fica o foco de mercado, com sua lógica econômica de maximização de resultados, da concorrência e dos preços e, de outro, a visão societária cooperativista, que deseja elevar a riqueza dos associados, valorizando a fidelidade contratual, a ética nos negócios, a transparência e o desenvolvimento de todos os envolvidos, com distribuição equitativa dos resultados.

Machado Filho *et al.* (2004) apresentou, em forma de matriz, os pontos fortes, pontos fracos, ameaças e oportunidades atuais do sistema cooperativista brasileiro.

Quadro 4: Análise P.F.O.A. das cooperativas

<p>AMEAÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Acirramento da concorrência. ● Abertura/desregulamentação econômica. ● Concentração das atividades produtivas. ● Desgaste da imagem do cooperativismo na sociedade. 	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Possibilidade de coordenação da produção. ● Exploração da imagem (produtos de origem certificada). ● Alianças e parcerias com empresas nacionais e multinacionais para industrialização de distribuição. ● Possibilidade de alinhamento com o conceito de responsabilidade social corporativa.
<p>PONTOS FRACOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Problemas internos de gestão. ● Processo decisório complexo e muitas vezes distorcido. ● Ausência de critérios para alocação de investimentos (questões políticas). ● Dificuldades no levantamento de capital (impossibilidade de abertura de capital e restrições crescentes na obtenção de linhas de financiamento). 	<p>PONTOS FORTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Acesso à produção agropecuária. ● Incentivos especiais. ● Possibilidade de coordenação da produção. ● Apoio ao produtor rural na difusão de técnicas agrícolas.

Fonte: Machado Filho *et al.* (2004, p. 67).

Com base no Quadro 4, fundamentado principalmente nas questões agrícolas, e considerando as cooperativas de trabalho médico, tem-se que incluir ainda nesse cenário a Lei 5764/98 (www.ans.gov.br), que regulamenta os planos de saúde no Brasil. A lei, de maneira geral, coloca todos os prestadores de serviços médicos em um mesmo patamar em termos de coberturas, diferenciando-os apenas pelo preço e qualidade dos serviços. Administrativamente, passou a exigir provisões técnicas, assim como já era exigido das seguradoras do ramo de saúde, impactando de forma acentuada nos custos das cooperativas e, por consequência, no bolso de seus donos, os médicos cooperados. O fato cria oportunidades, por um lado, e ameaças, pois permite às cooperativas de trabalho médico mostrar todo o seu diferencial de atendimento, mas, por outro, expõe a dificuldade de capitalização nesse modelo organizacional.

As imposições do rápido avanço tecnológico, a necessidade de grandes capitais, equipamentos modernos, profissionalização da gestão, planejamento da produção e necessidade de reduzir custos para enfrentar a competição da economia de mercado trazem uma nova realidade às cooperativas. Imagina-se que os membros associados, na condição de usuários-empresários, também sentem necessidade e querem que a sua cooperativa adquira maior vigor, valorizando, no caso de cooperativas agropecuárias, a produção e melhorando as suas condições econômico-sociais.

Pelo menos essa deveria ser a lógica, mas Zylbersztajn (1994) afirma que a eficiência desses cooperados tomadores de decisão, vista sob a ótica do(s) dono(s) do capital, não está dissociada do risco que correm em termos de acesso às sobras. Para o autor, pode-se “levantar a hipótese de que, não tendo direito sobre o resíduo, o tomador de decisões incorrerá em ações distintas daquelas que tomaria no caso de possuí-los, assim como instituirá benefícios não-salariais em maior proporção” (ZYLBERSZTAJN, 1994, p.23),

Expõe-se aqui a ponta de um conflito vivenciado pelo sistema cooperativista, que pode ser maior ou menor, dependendo do grau de união de seus sócios e características culturais, pois o cooperado é, ao mesmo tempo, proprietário e cliente da cooperativa.

Machado Filho ressalta o conflito:

[...] A distribuição das margens entre os cooperados, as cooperativas singulares e a central é mal balanceada. Há um amplo conflito de interesses (mal) resolvido em um ambiente de ausência de visão sistêmica dos negócios (MACHADO FILHO, 2004, p. 65).

Para Bialoskorsky (2002), há fatores que dependem das decisões da cooperativa, como estrutura de governança, estrutura financeira e de comercialização, e outros que independem das cooperativas e estão focados no ambiente competitivo e institucional. O autor complementa que essa particular forma organizacional pode fazer com que as cooperativas maximizem os serviços aos seus associados e não, efetivamente, os resultados da operação, se afastando do ponto de maximização de seus resultados e do ótimo econômico (Bialoskorsky, 1997).

Em consequência da nova realidade concorrencial, as vantagens competitivas das empresas estão se tornando cada vez menores ou menos perceptíveis. As empresas cooperativas precisam trabalhar com estruturas organizacionais cada vez mais enxutas e consolidar estruturas que contemplem atividades que agreguem valor. Seja para atender às necessidades dos associados ou às exigências impostas pela competição da economia de mercado, os dirigentes de cooperativas precisam definir estratégias capazes de levar as suas cooperativas a se tornarem mais fortes e competitivas.

As estratégias competitivas, segundo Hunger e Whellen (2002), criam uma posição defensável em um setor para que uma empresa possa superar o desempenho das concorrentes.

2.5. O Cooperativismo de Trabalho Médico

Para os registros da origem das cooperativas médicas Otta (2003) recorre a Blanco (1983) que coloca como precursor dessa atividade James Peter Warbasse, que, em 1947, publicou o livro "Medicina Cooperativa", fazendo uma análise do cooperativismo nos EUA e citando cooperativas médicas no Canadá, Bélgica, França, Yugoslávia, Japão e países da América Central e do Sul. Porém, essas

cooperativas eram, na realidade, cooperativas de usuário, que se uniram para contratar serviços médicos.

As primeiras referências sobre cooperativismo de trabalho médico encontram-se, de fato, no Brasil, mais especificamente, na cidade de Santos, no estado de São Paulo, a partir de uma realidade que se implantava na saúde do país. Em meados da década de 60, do século XX, os institutos previdenciários, que também ofereciam assistência médica, foram unificados pelo governo federal no INPS - Instituto Nacional de Previdência Social, que prometia a democratização da saúde. O que se viu, de fato, como consequência, foi o início de um processo que culminaria com o esfacelamento do Sistema Público de Saúde e o crescimento das empresas de Medicina de Grupo, que explorava o trabalho do médico. Face a essa realidade, um grupo de médicos da cidade de Santos encontrou, na filosofia cooperativista, a forma ideal para trabalhar, por entender que assim estariam impedindo a intermediação na relação médico-paciente. Liderados por Edmundo Castilho, então presidente do sindicato médico da cidade, fundam a União dos Médicos – Unimed, quando surge a primeira cooperativa de trabalho médico, no Brasil. Na década de 70, a idéia rapidamente se espalhou pelo país e, posteriormente, para a Colômbia, onde foi criada a **UNIMEC** - União de Usuários Médicos e Cajas S/A.

O sistema cooperativo de trabalho médico, como todas as demais cooperativas brasileiras, é regido pela Lei Federal nº. 5764/71 e toda sua estrutura está subdividida em cooperativas de 1º, 2º e 3º Grau, chamadas “Singulares”, “Federações” e “Confederações”, respectivamente, totalmente independentes sob aspecto administrativo e unidas exclusivamente por uma marca, no caso do Sistema Unimed.

A dicotomia de papéis, à qual a estrutura cooperativista expõe seus associados, é particularmente delicada em uma cooperativa de trabalho médico: em determinado momento, são fornecedores de serviços em uma área extremamente frágil na ótica da sociedade, a saúde, e, como tal, querem liberdade para exercer sua profissão com toda a plenitude, incluindo tudo o que existe de mais moderno em termos de recursos; e em outro, são os donos da empresa, a quem interessa a performance competitiva, desempenho administrativo, a melhor remuneração e o resultado positivo

ao final de cada exercício fiscal. Importante destacar que esses profissionais prestadores de serviços, antes de se tornarem cooperados, são médicos e, dentro de seus princípios éticos (Código de Ética- art. 16), não aceitam interferências na relação médico-paciente, portanto não aceitam interferências da cooperativa no exercício de sua atividade.

Um fato importante contemporâneo agrava essa relação. Reis (1999), em estudo que avalia a relação médico-paciente sob a ótica da comunicação, destaca que os médicos, assim como outros profissionais, tiveram que se ajustar às novas necessidades do mundo globalizado, vendo sua atividade

[...] ser invadida por máquinas e equipamentos dotados de alta complexidade mas, principalmente, envolvendo altos custos de aquisição, manutenção e operacionalização. O exercício da medicina passou a ter uma dependência direta dessa tecnologia e também do capital que ela exige (REIS,1999, p. 25).

Para Reis (1999), a vida humana, sua preservação, sua integridade e sua defesa passaram a depender, cada vez mais, de capital e de investimentos. A saúde, ou melhor, a recuperação desta, passou a ser vista por alguns profissionais como cifras, margens de lucro e outros índices econômico-financeiros. Nas últimas décadas, o Brasil passou a conviver com esses dois fenômenos mundiais (a busca da saúde e os recursos financeiros) interagindo na relação médico-paciente.

A autora alerta que se essa situação desagrade à população, deixa médicos, também, insatisfeitos e estressados, citando estudo feito pela Fundação Oswaldo Cruz (Machado, 1997), que afirma que os médicos consideram sua profissão desgastante em função do excesso de trabalho, baixa remuneração, más condições de trabalho, responsabilidade profissional, área de atuação/especialidade, relação médico-paciente, conflito/cobrança da população e perda da autonomia. Considerando-se esse último item é possível entender a natureza do conflito na cooperativa no que tange ao exercício da profissão médica: altos custos, por um lado, e necessidade de autonomia, de outro. É essa problemática que cabe aos agentes das cooperativas médicas administrarem.

Outros problemas marcam o cooperativismo de trabalho médico. Segundo Otta (2003), o conhecimento sobre cooperativismo é, de maneira geral, precário nessas instituições, atingindo os membros dos Conselhos e até a diretoria, além do distanciamento entre a cooperativa e o cooperado, que, conforme afirma o autor, é provocado pelo tamanho da cooperativa. Para esse autor, os Conselhos de Administração, Fiscal e Ético ou Técnico compõem o nível estratégico nas tomadas de decisões, ficando o operacional por conta do cooperado. Entretanto, é rara a troca de opiniões entre os mesmos.

No cenário do mercado de saúde suplementar no Brasil, desde a promulgação da Lei 9656/98 que regulamenta os planos de saúde, a necessidade de integração cooperativa-cooperado tornou-se ainda mais emergente. Um ponto que impacta diretamente no bolso do cooperado vem da Resolução RDC N° 77, de 17 de julho de 2001, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS. A dificuldade de capitalização agrava esse quadro, pois é cobrada do cooperado a posição de dono, que arca com os custos. Sem o real conhecimento na nova realidade no setor, o conflito é uma consequência natural.

Oliveira *et al.* (2002) dedicaram um estudo para apurar o senso de propriedade dos médicos cooperados da cooperativa de trabalho médico Unimed de Taubaté e nas conclusões preliminares apontam o grau de insatisfação do médico em relação à utilização de sua cooperativa, tanto na sua vida pessoal, quando profissional. Primeiramente, porque a cooperativa frustra suas expectativas quanto ao reconhecimento profissional, melhoria na qualidade de vida e remuneração. Mostram, também, que o médico acha que sua cooperativa não defende e apóia os cooperados, não atua de forma eficiente no combate à intermediação do serviço médico, não garante volume de trabalho e não oferece garantias de uma assistência médica de qualidade.

Como solução, os autores apontam doze caminhos, que vão desde uma proposta de reforma na lei cooperativista brasileira até projetos para transformar o consultório médico em células da cooperativa. Chamam a atenção, entretanto, que com exceção de poucos itens, o passo estratégico para a implantação das propostas feitas

pelos autores inclui ações de marketing e comunicação, mais especificamente de Relações Públicas, entre as quais destacam-se o programa de comunicação eficaz, programa para inclusão dos cooperados nas ações sociais da cooperativa, programa para fidelização dos cooperados e endomarketing, o qual na prática resume as três propostas anteriores.

Num mercado cada vez mais competitivo e complexo, com as taxas de desemprego aumentando, o risco da cooperativa amplia-se por tornar-se uma alternativa quase que única para os médicos. Estes buscam a cooperativa porque simplesmente o cliente particular praticamente não existe mais, mas estão longe de compor o grupo de idealistas, como nos tempos de Rochdale. Para Irion (1997), o maior problema para o desenvolvimento do cooperativismo é o desconhecimento da doutrina cooperativista, que se estende da base da população aos escalões superiores.

Buscando minimizar essa fragilidade de interesses dos cooperados, muitas cooperativas de trabalho médico proibem, por meio de seus estatutos internos, a possibilidade do médico ser cooperado e também trabalhar para empresas de medicina de grupo. É a chamada dupla militância, que é coibida na maioria dos casos e gera muita polêmica no mercado e junto aos tribunais de justiça. Segundo Irion (1997, p. 157), “a dupla militância se caracteriza pela existência de vínculo de caráter permanente entre a concorrente e o cooperado faltoso”, que não respeitou o estatuto da cooperativa. Defende a educação cooperativista como uma das soluções para o impasse.

Rios (1998) discorda dessa afirmação e coloca quatro grandes erros ao se trabalhar a relação cooperativa-cooperado: confundir cooperativismo com educação cooperativista; formar comitês de educação cooperativista e achar que tudo está resolvido; começar a educar o cooperados somente depois que está filiado ao sistema e, finalmente, fazer algo sobre educação cooperativista somente quando surgem os problemas. Para o autor, o estabelecimento de critérios adequados para a admissibilidade do interessado em filiar-se ao sistema cooperativo é o melhor caminho, como em uma empresa, que procura determinado perfil de funcionário. Somente serão aceitos na cooperativa aqueles que tiverem perfil adequado à filosofia organizacional. A

educação cooperativista deve fazer parte do contexto da cooperativa, mas não com o nível estratégico que ocupa em algumas instituições.

3. AS RELAÇÕES PÚBLICAS

Este capítulo apresenta a definição de Relações Públicas, seus objetivos e funções e, em especial, seu papel na formulação das estratégias de relacionamento adotadas pelas organizações. No início, apresenta-se o conceito de comunicação, discorrendo também sobre a comunicação organizacional, comunicação integrada e comunicação de marketing, posicionando as Relações Públicas no *mix* promocional de marketing e no composto da comunicação organizacional.

3.1. A Comunicação

Pode-se afirmar que a credibilidade é, nos dias atuais, um dos bens mais preciosos que uma organização cultiva no decorrer de sua existência, sem a qual, dificilmente estabelecem-se relações nos campos institucionais e comerciais. Dessa forma, recomenda-se que a empresa trabalhe com transparência e priorize ações que permitam a difusão de informações nos meios de comunicação e junto aos grupos formadores da opinião.

A globalização, com o apoio da tecnologia da informação, integrou o mundo, conectou os povos *on line*, permitindo que uma informação atravessasse oceanos em questão de segundos. O impacto dessa nova realidade no mundo organizacional acontece em dois aspectos, igualmente fundamentais: expõe de forma mais direta as organizações às crises de imagem com a opinião pública e pode prejudicar ou promover o desenvolvimento dos negócios da empresa.

No campo institucional, a era do conhecimento, se assim pode-se denominar esse fenômeno, obriga as organizações a estabelecerem uma política de comunicação com os seus diversos públicos de interesse, a fim de garantir a transparência e credibilidade nas relações. Tudo o que se faz ou se fala está imediatamente refletido, por intermédio dos veículos de comunicação, em todo o

mundo, estando sujeito a entendimentos e julgamentos que podem contribuir com os negócios ou, efetivamente, destruir a reputação de uma organização.

Na área mercadológica, as informações que circulam em alta velocidade vêm contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento e a cultura dos *commodities*. As inovações tecnológicas, que proporcionam maior competitividade às empresas, não mais sobrevivem a décadas ou anos, como antigamente, sem que o seu concorrente copie ou aperfeiçoe o seu trabalho. Hoje, em questão de meses, a inovação que garante a diferenciação ao produto deixa de ser exclusividade, levando as empresas a competir por preço e/ou, como seria o ideal, pelo valor da marca.

Para Giuliani (2003, p.21), “vivemos uma época em que a Informação e a Tecnologia, bem como a força de competição, provocam uma reviravolta inigualável nos processos de comercialização”. A busca pela preferência do consumidor e pela segurança em relação à opinião pública leva as organizações a trabalhar de forma mais intensa sua imagem organizacional.

A comunicação, nas suas mais diversas formas, manifestações e ferramentas, dentre as quais as Relações Públicas, é uma aliada fundamental na busca por esses objetivos.

3.2. Comunicação e seu conceito

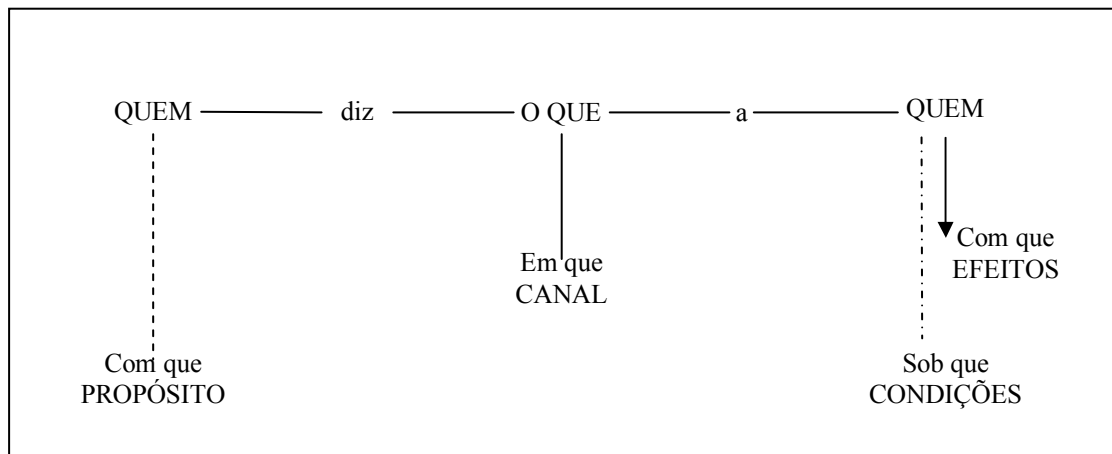
A comunicação está inserida na vida do homem desde o seu nascimento, podendo passar despercebida por estar incorporada no dia-a-dia de um grande número de pessoas. Nesse sentido,

[...] a habilidade de se comunicar é uma parte tão básica da experiência humana que é isso que faz possível tudo aquilo que diferencia o homem do resto da criação. [...] Assim, dificilmente existe alguma matéria mais básica do que as comunicações para compreender os processos humanos e se ter sucesso nos seus esforços. No entanto, foi apenas recentemente que qualquer coisa parecida com uma investigação científica deste campo tem se tornado ativa; e a definição de seus princípios básicos ainda está em seu estágio preliminar (LESLY, 1995, p.45).

Objeto de estudo de diversas áreas, a comunicação traz significados diversos e específicos, dependendo da natureza da abordagem. A pedagogia, o direito, a administração, a área militar, a psicologia, além da própria rubrica da comunicação, são algumas das áreas do saber que trabalham conceitos diferentes. A comunicação possui muito outros conceitos, mas não são focos deste trabalho.

O processo de comunicação vem sendo estudado no decorrer dos tempos por diversos autores, desde o tempo de Aristóteles, que caracterizou a retórica, estabelecendo três níveis para a comunicação: emissor, mensagem e receptor. Correa (1988) faz referência ao estudo de Lasswell (1948), que estabeleceu cinco grandes zonas para a comunicação (quem, diz o que, em que canal, para quem, com que finalidade) e que, posteriormente, foi aperfeiçoado por Nixon (1963) ao incluir mais dois itens nesse processo: os propósitos e as condições.

Figura 2: Modelo de Lasswell, com modificações de Nixon



Fonte: Adaptado de Correa, 1988, p.14.

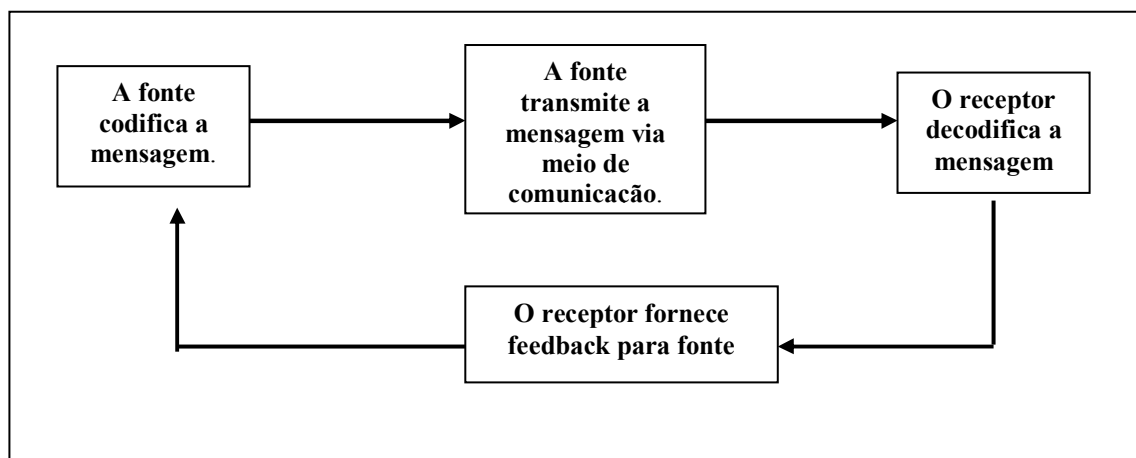
É possível perceber que, para que a comunicação aconteça de forma eficiente, não basta ter apenas um emissor e um receptor dispostos a trocar mensagens. Ao emissor, cabe a tarefa de analisar, prioritariamente, qual o objetivo da comunicação (propósito) e quem deve recebê-la, quais as condições gerais para que isso aconteça (contexto) para depois definir o canal e a forma da mensagem.

A origem da palavra “comunicação” vem do latim “*communicatio*”, que significa “ação de participar/comunicar” e possui diversas formas de manifestação: gestos, voz, a simples presença física, a grafia ou qualquer outra forma que possa ser captada por um dos 5 sentidos.

[...] Assim, comunicação não é simplesmente informação, pois ela é muito mais ampla, abrangendo todos os contatos formais ou informais que nos transmitem qualquer espécie de experiência exterior, revigorando ou alterando o nosso comportamento. Enfim, tudo o que se vê, se ouve, se sente e se prova é comunicação (ANDRADE, 2001, p.103).

Para Churchill Jr. e Peter (2003, p.449), “Comunicação é a transmissão de uma mensagem de um emissor para um receptor, de modo que ambos a entendam da mesma maneira”. Na Figura 3, apresenta-se o processo de Comunicação desde o envio da mensagem até a decodificação.

Figura 3 - O processo de Comunicação



Fonte: Churchill Jr. e Peter, 2003, p. 449.

Os autores explicam que a comunicação envolve um processo pelo qual o emissor ou a fonte definem qual a informação a ser transmitida e codificam a mensagem. Na seqüência, seleciona o meio pelo qual as informações, codificadas em palavras ou imagens, devem seguir (rádios, jornais, televisão, internet, mala direta, entre vários outros). Cabe ao receptor decifrar os códigos e interpretar a mensagem para, na seqüência, emitir *feedback*, que é a resposta ao emissor, recomeçando o processo de comunicação. É preciso também considerar a possibilidade de haver ruído, ou seja, um

som ou uma interferência não programada, o que eventualmente atrapalha o entendimento por parte do receptor, interferindo na transmissão da mensagem, com o comprometimento de sua eficiência.

Percebe-se, também, nesse processo que o agente que comanda a comunicação, para que ela seja eficiente, é o receptor. É a partir deste que a fonte definirá a codificação e o meio para que a mensagem seja bem entendida e o processo de comunicação efetivamente aconteça. Prioriza-se, portanto, a necessidade de se identificar e conhecer para “quem” a mensagem é dirigida, ou o público a que ela se destina.

A sociologia define público como um grupo de pessoas que se organizam em torno de uma controvérsia, com ou sem contigüidade física, que discutem e se informam sobre determinado assunto de interesse, refletem, criticam e buscam uma atitude comum (Freitas, 1984). É com base nesse princípio que se forma a opinião pública, que irá impactar positiva ou negativamente nas organizações do século XXI. Portanto, a comunicação deve ser planejada e estruturada para que alcance o seu objetivo.

Se a comunicação eficiente depende da correta identificação e conhecimento do público, é preciso salientar também a complexidade deste estudo devido à sua pluralidade e inexatidão conceitual que, segundo França (2004), quanto maior a extensão do termo, menor é sua compreensão. O autor alerta que, para que a comunicação aconteça de maneira clara, é necessário identificar os públicos para quem é direcionada.

Boone e Kurtz (1997) completam o raciocínio afirmando que, para que a mensagem seja efetiva, são necessários três requisitos:

1. ganhar a atenção do receptor;
2. ser entendida pelo receptor e emissor;
3. estimular as necessidades do receptor e sugerir um método apropriado para satisfazê-los.

Para os autores a importância de uma boa comunicação depende não apenas de como a mensagem é expressa, mas também do conteúdo dessa mensagem.

O próximo tópico procura elucidar os tipos de comunicação organizacional, integrada e de marketing.

3.3. Comunicação Organizacional, Comunicação Integrada e Comunicação de Marketing.

A nomenclatura destinada à comunicação nas empresas, ou comunicação empresarial, sofreu mudanças na medida em que se ampliava sua importância e sua necessidade não apenas nas empresas privadas, com fins lucrativos, mas também nas organizações de natureza institucional, governamental e sem fins lucrativos. Sindicatos, associações, federações, confederações, partidos políticos, organizações de terceiros e área pública passaram a usar a comunicação como ferramenta estratégica, fazendo com que o uso do termo comunicação empresarial se tornasse restritivo. A partir de então, pesquisadores passaram a referir-se a esse campo do saber como comunicação organizacional, por ser mais abrangente e apropriado para a nova realidade.

Torquato (2002) ratifica esse conceito e afirma também que existem quatro formas de comunicação nas organizações. A primeira delas é a **Comunicação Cultural**, que, segundo o autor, não é muito estudada e trabalhada operacionalmente pelos profissionais da área. Refere-se ela ao clima interno da organização, ou seja, costumes, idéias e valores da comunidade interna. A segunda forma de comunicação é a **comunicação administrativa**, relacionada às questões burocráticas da comunicação nas organizações. Reúne papéis, cartas e memorandos, freqüentemente, não absorvidos de maneira eficaz pelo corpo funcional. A terceira forma de comunicação é a **comunicação social**, que, para Torquato, envolve as áreas de jornalismo, relações públicas, publicidade, editoração e marketing. Trata-se da mais desenvolvida tanto do ponto de

vista conceitual como operacional e tecnológico. A quarta forma é o **sistema de informação**, relacionada às informações armazenadas em bancos de dados.

Vale dizer que as quatro formas são estratégicas porque existe uma relação de interdependência entre elas e por isso “devem funcionar como uma orquestra, na qual metais, cordas e percussões, para tocar uma melodia harmônica, hão de estar em completa afinação” (TORQUATO, 2002, p. 34).

Comunicação Integrada

Kunsch (2003) concorda com o uso do termo comunicação organizacional como o mais abrangente e destaca como modalidades comunicacionais a comunicação institucional, a comunicação mercadológica, a comunicação interna e a comunicação administrativa. Para a autora, essas áreas formam o mix, o composto da comunicação organizacional, que devem atuar de forma sinérgica, integrada.

Figura 4 - Comunicação Integrada
Composto da Comunicação Organizacional



Fonte: Kunsch, 2003, p. 151.

No entendimento da autora, a comunicação integrada é uma filosofia que trabalha no sentido da convergência das diversas áreas, a fim de proporcionar uma ação sinérgica, reunindo os profissionais na área da comunicação – relações públicas, jornalistas e publicitários – em prol de um projeto único organizacional. Destaca também que, com o passar do tempo, a comunicação organizacional assumiu, sobretudo nas grandes empresas, o caráter estratégico e diferentes nomenclaturas passaram a ser usadas indistintamente - organizacional, corporativa, institucional, mercadológica - para designar a área de comunicação como um todo, e não apenas comunicação interna e externa.

No composto da comunicação organizacional integrada, definida por Kunsch (2004), entende-se como **comunicação administrativa** aquela que permite viabilizar, por meio da confluência de fluxos e redes, as funções administrativas da organização; a **comunicação interna** corre paralela à administrativa e tem a função de estimular o diálogo entre a administração superior e os funcionários. Destaca-se que não se trata de endomarketing, pois este limita-se a ver o funcionário como cliente interno, enquanto a comunicação interna aborda uma perspectiva muito mais ampla, considerando que, antes de funcionário, o indivíduo é um ser humano, um cidadão. A **comunicação mercadológica** é “responsável por toda a produção comunicativa em torno dos objetivos mercadológicos, tendo em vista a divulgação publicitária dos produtos ou serviços de uma empresa. Está vinculada diretamente ao marketing de negócios”, segundo a mesma autora (2003). Já, a **comunicação institucional** relaciona-se aos aspectos corporativos institucionais que explicitam o lado público das organizações, constrói uma personalidade creditiva organizacional e tem como proposta básica a influência político-social na sociedade onde está inserida. Esta última, por meio da gestão estratégica das relações públicas, é a responsável direta pela imagem forte e positiva das organizações.

Deve-se exaltar a importância da sinergia no processo de comunicação organizacional, compreendida como comunicação integrada. Cada forma da comunicação tem sua função estratégica, mas todas devem estar interligadas a fim de evitar desperdícios (financeiros e motivacionais), riscos e potencializar os resultados.

Comunicação de Marketing

É com base em uma comunicação bem feita que se espera a harmonização dos interesses sociais, com grande ênfase às questões de caráter mercadológico. Nesse processo, Kotler (2000) estabelece oito passos para o desenvolvimento de uma comunicação eficaz:

1. identificar o público alvo;
2. determinar os objetivos de comunicação;
3. elaborar mensagem;
4. selecionar os canais de comunicação;
5. estabelecer o orçamento total da comunicação;
6. decidir sobre o mix de comunicação;
7. medir resultados da comunicação;
8. gerenciar o processo de comunicação integrada de marketing.

Entende-se por comunicação integrada de marketing a “coordenação do composto de comunicação em um todo coerente, de modo a fornecer maior clareza e impacto na comercialização” (CHURCHILL JR. e PETER, 2003, p.455). Giuliani (2003, p.234) define o composto de comunicação, também conhecido como composto promocional, “como as atividades destinadas a informar, persuadir e lembrar os consumidores sobre a empresa e os produtos que ela oferece”. E complementa seu pensamento citando a *American Marketing Association (AMA)*, que afirma que os componentes básicos para a comunicação da empresa com o seu meio ambiente são a propaganda, a publicidade, a promoção de vendas, o merchandising e as relações públicas. Alguns autores incluem nesse rol as Vendas Pessoais (Churchill, 2003; Kotler, 2000; Boone e Kurtz, 1997) e Marketing Direto (Kotler, 2000), sem citar Merchandising, incluindo-o com Promoção de Vendas.

Para Boone e Kurtz (1997), a estratégia promocional está totalmente relacionada ao processo de comunicação, ou seja, à emissão de mensagens entre emissor e receptor. Já a comunicação de marketing

[...] é constituída por aquelas mensagens que atuam nas relações vendedor-comprador, configurando um conceito mais amplo do que a estratégia promocional, pois inclui a comunicação boca a boca e outras formas de comunicação não-sistemáticas. Uma estratégia promocional planejada, porém, certamente é a parte mais importante de qualquer tipo de comunicação de marketing (BOONE E KURTZ, 1997, p.392).

A comunicação pode acontecer por meio de veículos de comunicação de massa, como a televisão, rádio, jornais e revistas, ou por meio de veículos de comunicação dirigida. Cesca (1995, p.29) afirma que os veículos de comunicação dirigida “têm por finalidade transmitir ou conduzir informações para estabelecer comunicação limitada, orientada e freqüente com um número selecionado de pessoas homogêneas e conhecidas” e são divididos em quatro grupos: escritos (correspondências, mala direta, manuais, publicações, relatórios e periódicos), orais (reuniões, congressos, entrevistas, entre outros), aproximativos (eventos, visitas, serviços prestados à comunidade, concursos, museus, bibliotecas e outros logradouros usados pelos públicos) e auxiliares (recursos áudio-visuais).

Assim, para que a comunicação aconteça de forma eficiente, é preciso conhecer cada uma das ferramentas disponíveis e trabalhar não apenas o conceito de como chegar até os seus públicos de interesse, mas também como esses públicos poderão chegar até a organização.

No Quadro 5, as ferramentas para se estabelecer uma comunicação, segundo Kotler (2000).

Quadro 5: Plataformas de comunicação

Propaganda	Promoção de Vendas	Relações Públicas	Vendas Pessoais	Marketing Direto
<ul style="list-style-type: none"> · Anúncios impressos e eletrônicos. · Embalagens externas. · Encartes da Embalagem. · Filme. · Manuais e brochuras. · Cartazes e folhetos. · Catálogos. · Reimpressão de anúncios. · Outdoors. · Painéis. · Displays nos pontos de vendas. · Material Audiovisual. · Símbolos e logotipos. · Fitas de vídeo. 	<ul style="list-style-type: none"> · Concursos, jogos, loterias e sorteios. · Prêmios e presentes. · Amostragem. · Feiras setoriais. · Exposições. · Demonstrações. · Cupons. · Reembolsos parciais. · Financiamento a juros baixos. · Diversão. · Concessões de troca. · Programas de fidelização. · Integração com produtos de entretenimento. 	<ul style="list-style-type: none"> · Kits para empresa. · Palestras. · Seminários. · Relatórios anuais e sociais. · Doações. · Patrocínios. · Publicações. · Relações com a Comunidade. · Lobby. · Mídia de identificação. · Revistas ou jornal da empresa. · Eventos. 	<ul style="list-style-type: none"> · Apresentação de vendas. · Reuniões de vendas. · Programas de incentivo. · Amostras. · Feiras e exposições. 	<ul style="list-style-type: none"> · Catálogos. · Malas Diretas. · Telemarketing. · Vendas eletrônicas. · Vendas por meio da televisão. · Mala direta via fax. · E-mail. · Correio de voz.

Fonte: Adaptado de Kotler, 2000, p. 571.

São cinco as formas da comunicação de marketing, segundo Kotler (2000):

- **Propaganda:** todo e qualquer esforço pago de comunicação ou promoção não pessoal feito por um veículo de comunicação de massa.
- **Promoção:** estímulo ou incentivo à experimentação ou consumo imediato de um produto ou serviço.
- **Relações Públicas:** uma série de estratégias para formar e proteger a imagem de uma organização.
- **Vendas Pessoais:** interação pessoal junto a um ou mais consumidores potenciais do produto ou serviço.
- **Marketing Direto:** comunicação direta com o consumidor, sem o intermédio de um veículo de comunicação de massa. Há uso de correios, fax, e-mail, Internet ou telefone para a transmissão da mensagem.

A delimitação do campo teórico definido para este estudo restringe-se à análise da atividade de Relações Públicas.

3.4. Relações Públicas

3.4.1. Origem das Relações Públicas

Definir Relações Públicas não é uma tarefa simples dada a diversidade de funções abrangidas pela profissão. Para a origem histórica do termo, existe também mais de uma versão. Apresenta-se, neste estudo, a que aparece com mais frequência na literatura pesquisada (Kunsch, 1997; Wey, 1985; Andrade, 1993), que remete o nascimento das Relações Públicas aos conflitos sociais do século XIX, nos Estados Unidos.

Os primeiros a desenvolverem atividades de Relações Públicas foram propagandistas americanos e, dentre estes, o mais famoso foi Samuel Adams, que ganhou o codinome “Catão da América”, por instigar os ânimos dos americanos durante

a Guerra da Independência Americana (Cultlip, 1952). Cita-se também, Amós Kendall, jornalista e assessor de comunicação do presidente americano André Jackson.

O primeiro *press release* da história, emitido para a imprensa, marcando oficialmente a criação das Relações Públicas, foi redigido em 1906 por Yve L. Lee, jornalista contratado pela indústria do carvão mineral americana. O período era pós-guerra da Secessão e começava o movimento progressista americano, apoiado pelo jornalismo de protesto da época que passou a fazer severas críticas, indiscriminadamente, aos empresários. Foi, então, que Lee escreveu e enviou para a imprensa um documento que ficou conhecido como a “Carta de Lee”.

[...] Este não é um serviço de imprensa secreto. Todo o nosso trabalho é feito às claras. Nós pretendemos fazer a divulgação de notícias. Isto não é um agenciamento de anúncios. Se acharem que o nosso assunto ficaria melhor na seção comercial, não o usem. Nosso assunto é exato. Maiores detalhes sobre qualquer questão serão dados prontamente e qualquer diretor de jornal interessado será auxiliado, com o maior prazer, na verificação direta de qualquer declaração de fato. Em resumo, nosso plano é divulgar, prontamente, para o bem das empresas e das instituições públicas com absoluta franqueza, à imprensa e ao público dos Estados Unidos, informações relativas a assuntos de valor e de interesse para público (WEY, 1985, p.31).

No Brasil, o primeiro departamento de Relações Públicas foi criado em 1914, na multinacional americana, *The San Paulo Tramway Light and Power Company Limited*”, no Rio de Janeiro. A pessoa convocada para assumir a área foi Eduardo Pinheiro Lobo, conhecido como o pai das Relações Públicas no Brasil, tanto que, no dia 02 de dezembro, data de nascimento de Lobo, comemora-se o Dia Nacional das Relações Públicas. A primeira empresa de capital nacional a criar uma área de Relações Públicas em sua estrutura foi a Companhia Siderúrgica Nacional -CSN, em 1951 (Kunsch, 1997).

A profissão de Relações Públicas no Brasil foi regulamentada em 1967 (Lei 5.377), no mesmo ano em que nasceu a primeira faculdade de Relações Públicas - Escola de Comunicação e Artes - ECA, na Universidade de São Paulo – USP (Andrade, 2001).

Alguns decretos-leis completam a lei (nº 860, de 1.969; 63.383, de 1968 e 68582, de 1.971), mas a atualização aconteceu em 2002, com a Resolução Normativa 043, do Conselho Federal de Relações Públicas, que define as funções e atividades privativas dos profissionais de Relações Públicas. No seu art.3º, a Resolução descreve detalhadamente essas funções, entre as quais destacam-se:

- Elaboração, implantação e avaliação de planejamento estratégico da comunicação e campanhas institucionais de informação, integração, conscientização e motivação dirigidas a públicos estratégicos e em apoio à administração, recursos humanos, marketing, vendas e negócios em geral.
- Criação e produção de material que, em essência, contenha caráter institucional da organização: newsletters e boletins informativos, house-organs, jornais e revistas institucionais de alcance interno ou externo, relatórios para acionistas, folhetos institucionais, informações para imprensa, sugestões de pauta, balanços sociais, manuais de comunicação, murais e jornais murais.
- Planejamento para o relacionamento com a imprensa e assessoria de imprensa.
- Coordenação e planejamento de pesquisas de opinião pública para fins institucionais, analisar os resultados e proferir diagnóstico, detectando eventuais situações de risco.
- Auditoria e pesquisas de opinião, de imagem e de clima organizacional.
- Desenvolvimento de políticas e estratégias que atendam às necessidades de relacionamento da organização com seus públicos.
- Acompanhar assuntos de interesse público relacionados à organização.
- Campanha de envolvimento com público de interesse, campanha temática de integração, orientação, motivação, desenvolvimento organizacional e aquela que envolva relacionamento com funcionários, familiares, acionistas, comunidade,

fornecedores, imprensa, governo, clientes, concorrentes, escolas e academias e clubes de serviços e organizações sociais.

- Definir os públicos estratégicos da organização e caracterizar a segmentação feita de acordo com as técnicas de Relações Públicas e seus respectivos planos estratégicos de relacionamento.
- Desenvolver, implementar, montar, coordenar, dirigir, executar e avaliar serviço de relações governamentais, executar e coordenar atividades de Relações Governamentais *lobby e* cerimonial.

3.4.2. Objetivos e funções de Relações Públicas

Apesar de ter hoje funções bem definidas no âmbito legal e institucional, as Relações Públicas são marcadas por formas diferentes de ver esse contexto, focalizando mais em uma ou outra tendência. Gruning e Hunt (1984) foram os primeiros a definir quatro modelos de Relações Públicas, fundamentados na própria história e desenvolvimento da profissão, e, desde então, têm sido alvo de inúmeros estudos. Os quatro modelos são:

- Modelo Agência de Imprensa: que remete à atividade praticada por Adams, Kendall e Barnum, em meados do século XIX, nos Estados Unidos. Utilizando técnicas propagandísticas, visa a publicar notícias sobre a organização por meio de uma comunicação de mão única.
- Modelo de Informação Pública: marca a fase de Yve Lee, caracterizada pela divulgação jornalística para mídia.
- Modelo Assimétrico de Duas Mãos: sua fase marcante foi a terceira década do século XX. Inclui a pesquisa e outros métodos de comunicação. Na visão de Gruning e Hunt, vale-se do desenvolvimento de mensagens manipuladoras, visando

exclusivamente aos interesses da organização, sem se preocupar com os públicos.

- Modelo Simétrico de Duas Mãos: surge na década de 60 ou 70 do século XX, uma visão mais moderna que busca o equilíbrio na relação organização-públicos.

Os modelos podem ser analisados em função do objetivo, da natureza e do processo de comunicação, da natureza da pesquisa, das figuras principais e de sua aplicabilidade, conforme demonstrado no Quadro 6.

Quadro 6: Características dos quatro modelos de Relações Públicas de Gruning e Hunt

FASES DA ANÁLISE	MODELOS DE RELAÇÕES PÚBLICAS			
	De imprensa/ propaganda	De informação Pública	Assimétrico de duas mãos	Simétrico de duas mãos
Objetivo	· Propaganda.	· Disseminação da Informação.	· Persuasão científica.	· Compreensão mútua.
Natureza da comunicação	· De uma mão. · Verdade completa não é essencial.	· De uma mão. · Verdade é importante.	· De duas mãos. · Efeitos desequilibrados.	· De duas mãos. · Efeitos equilibrados.
Processo de comunicação	· Fonte → Receptor.	Fonte → Receptor.	Fonte → Receptor. ← Feedback.	Grupo → Grupo.
Natureza da Pesquisa	· Pequena. · Porta Aberta.	· Pequena. · Alta legibilidade · Públicos: leitores.	· Formativa. · Formadora de atitudes.	· Formativa · Avaliadora de compreensão.
Figuras principais	· Phineas Barnum. · Sam Adams.	· Ivy Lee.	· Edward Bernays.	· Bernays. · Educadores. · Líderes profissionais.
Onde é aplicado atualmente	· Esporte. · Teatro. · Promoção de Produtos.	· Governo. · Associações sem fins lucrativos. · Organizações.	· Empresas competitivas. · Agências.	· Empresas. · Agências.

Fonte: Gruning e Hunt, 1994, p.22.

São vários os conceitos de Relações Públicas. Porto Simões (1995, p.83) sugere esta definição: “a atividade de Relações Públicas é a gestão da função política da organização”. Mas há muitas outras valorizando, principalmente, o papel harmonizador da atividade entre as organizações e seus públicos.

De acordo com a Associação Brasileira de Relações Públicas,

[...] entende-se por Relações Públicas o esforço deliberado, planejado, coeso e contínuo da alta administração, para estabelecer e manter uma compreensão mútua entre uma organização, pública ou privada, e seu pessoal, assim como entre essa organização e todos os grupos aos quais está ligada, direta ou indiretamente” (ABRP, disponível em www.abrpsaopaulo.com.br).

No entendimento de Kunsch (2005), as Relações públicas, tanto disciplina acadêmica e como atividade profissional, estudam as organizações e seus públicos de maneira distinta e complementar. É com essas duas instâncias

“que a área trabalha, promovendo e administrando relacionamentos e, muitas vezes, mediando conflitos, valendo-se para tanto de estratégias e de programas de comunicação de acordo com diferentes situações reais do ambiente social” (KUNSCH, 2005, p.1).

É importante destacar, porém, que, em todas as definições apuradas para este estudo, o principal foco do trabalho das Relações Públicas é o público de interesse das organizações, ou seja, as pessoas que de alguma forma exercem poder sobre as mesmas e sofrem as conseqüências de seus atos. Fazendo um paralelo, a propaganda trabalha prioritariamente o produto, as Relações Públicas visam às pessoas.

Com foco na área pública, Oliveira (2001) estende ainda mais esse universo e destaca a importância das Relações Públicas na conquista da confiança e desenvolvimento da cidadania, por meio da adoção de práticas democráticas que valorizam a transparência e a ética. Afirma a pesquisadora que as ações de Relações Públicas que buscam não só a prestação de contas com a comunidade, por meio da elaboração de relatórios e balanços sociais, como também ações e justificativas internas

e externas para a participação de todos nas políticas públicas, incluindo as atividades relacionadas à imprensa,

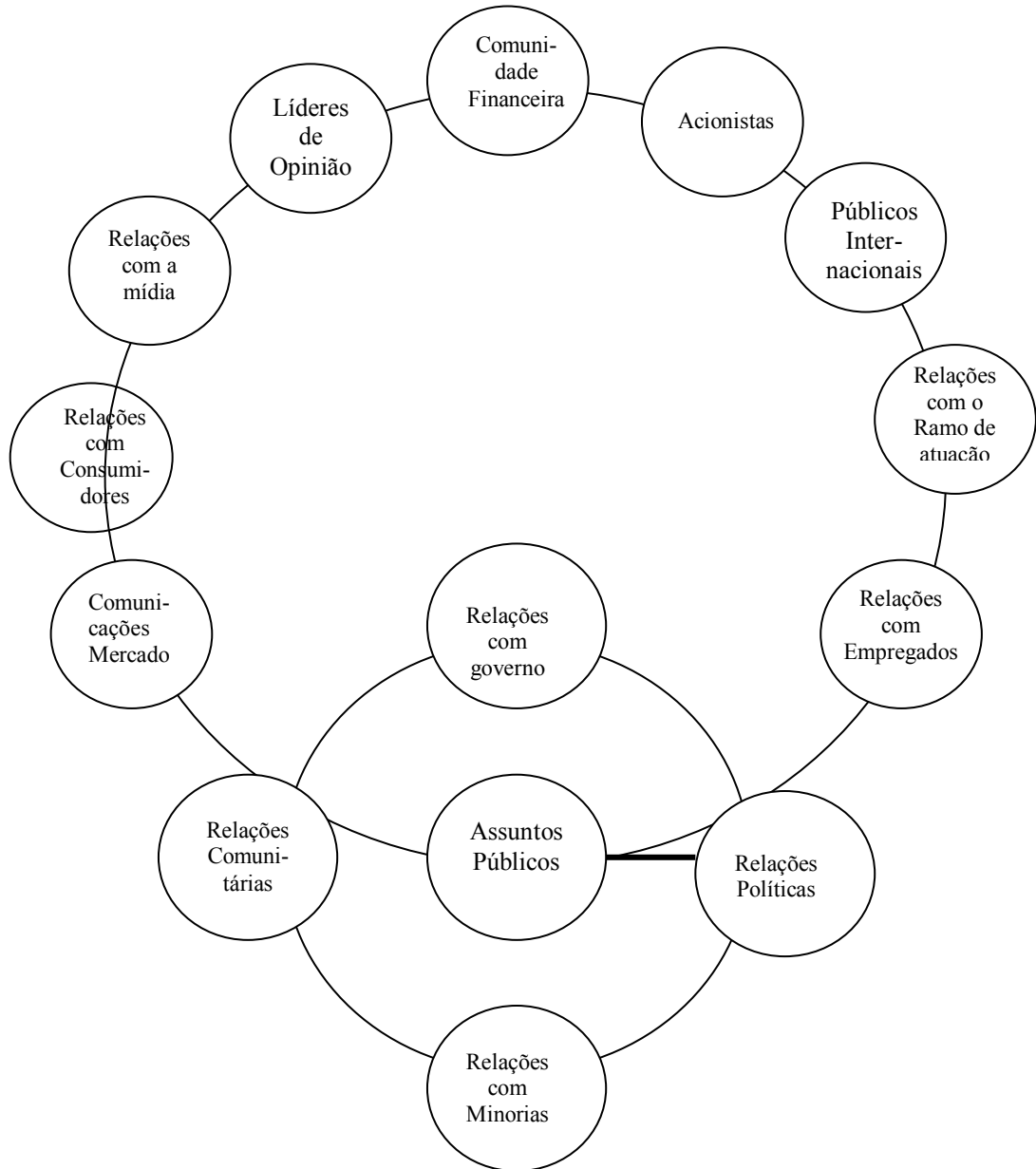
[...] têm por objetivo o envolvimento de organizações e indivíduos, na conquista da confiança, com o incentivo de atitudes éticas, de solidariedade, de participação, de transparência, de responsabilidade social, civil e pública, não só para a conquista de uma melhor reputação de todos os envolvidos e comprometidos, como, principalmente, para que a democracia seja instituída e a cidadania, exercida (OLIVEIRA, 2002, p.13).

Fazendo um paralelo da área pública, cuja pluralidade de públicos e de interesses é uma das principais características, com o cooperativismo, que também atua em um ambiente democrático e precisa administrar interesses específicos dos seus cooperados, ratifica-se o fato de que as Relações Públicas podem realmente fazer a diferença neste modelo organizacional.

Ianhez (2005) complementa esse raciocínio posicionando as Relações Públicas no campo estratégico das organizações. Para esse autor, às empresas já não basta atividades de comunicação simplistas. Faz-se fundamental a comunicação estratégica, de mão dupla, com visão macro da organização. Segundo o autor, as lideranças organizacionais já reconhecem que existe algo além de imprensa e da propaganda, valorizando o papel dos públicos, que não é restrito a empregados, fornecedores e clientes, e que é necessária uma atividade que faça comunicação a partir de uma visão geral da organização. Para Ianhez (2005), é nesse contexto se insere o Profissional de Relações Públicas, pois é ele quem tem a formação acadêmica para esse tipo de visão.

Lesly (1995) estabelece um diagrama que, de forma sintética, busca envolver públicos e funções das Relações Públicas, representado na Figura 5, abrindo o grande leque de interfaces que a atividade de Relações Públicas estabelece em uma organização.

Figura 5 - Universo das Relações Públicas



Fonte: Lesly, 1995, p. 13

Com Lesly (1995), na Figura 5, é possível perceber também que o centro dessas atividades está focado nos públicos que, de forma direta ou indireta, exercem o poder sobre a organização e sofrem as conseqüências deste.

Quanto ao apoio que as relações públicas podem oferecer a uma empresa, Yanaze (1997) sustenta que, por meio das atividades planejadas, as relações

com os públicos são caracterizadas pelo mútuo entendimento e pela colaboração, contribuindo para que os motivos dos conflitos sejam minimizados ou resolvidos, de forma adequada para ambos.

O Quadro 7, Ações de Relações Públicas na administração dos conflitos, permite apresentar os públicos-alvo das organizações, os possíveis motivos de conflito e ações das Relações Públicas que podem ser efetivadas para buscar o entendimento entre a empresa e seus diversos *Stakeholder*(*grupos de interesses*).

Quadro 7 – Ações de Relações Públicas na administração dos conflitos

Público	Possíveis motivos de conflitos	Atividades que podem ajudar na busca pelo entendimento
Acionistas	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de informações. • Comunicação falha entre ambos os lados. • Desconfiança em relação aos relatórios de desempenho. • Distribuição de dividendos. • Dificuldade de acesso às informações operacionais e mercadológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de uma central de atendimento ao acionista (por telefone, eletrônico ou pessoalmente). • Boletim periódico com informações técnicas, operacionais e mercadológicas. • Abertura da empresa para visitas.
Funcionários	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfação salarial. • Ambiente de trabalho deficiente. • Falta de benefícios extra-salariais. • Falta de política de cargos e salários. • Falta de organização de trabalho. • Desentrosamento entre os setores da empresa. • Falta de atividades culturais, sociais e esportivas. • Falta de comprometimento. • Comunicação falha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar canais de comunicação, como boletim informativo, que pode ser impresso ou eletrônico e reuniões periódicas. • Criar canais para ouvir o colaborador (ouvidoria interna e caixas de sugestões). • Criar eventos de integração e motivação, desenvolvendo um calendário. • Ações com a CIPA. • Criar comitê de crise a fim de evitar desgastes com a opinião pública.
Fornecedores/ Prestadores de serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de projeções de necessidades e de programações de compra. • Atrasos nos pagamentos. • Falta de fidelidade. • Comunicação falha. 	<ul style="list-style-type: none"> • O estreitamento das relações por meio do envio constante de informações propicia a formação de um clima de parceria, essencial na interação da empresa com esses segmentos. • Atividades sociais, esportivas, culturais podem ser implementadas, visando à aproximação mútua. • A participação desses segmentos nos resultados operacionais da empresa é um assunto a ser considerado para se estabelecer um comprometimento mais efetivo.
Distribuidores/ Representantes de venda	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas na definição de preços ou de comissões. • Problemas com as entregas e devoluções de produtos. • Falta de apoio promocional. • Falta de compromissos mútuos. • Comunicação falha. 	
Bancos e instituições financeiras	<ul style="list-style-type: none"> • Erros no serviço de cobranças • Juros altos dos empréstimos de curto prazo. • Atraso no pagamento dos empréstimos. • Falta de apoio e de condições para se obter grandes financiamentos. • Comunicação falha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envio periódico de informações que retratam a situação mercadológica da empresa tende a facilitar as negociações de alongamento de dívidas ou de obtenção de financiamentos. Manter os bancos informados dos principais esforços mercadológicos da empresa e de seus resultados constitui tarefa que resulta no envolvimento dos mesmos nos negócios da empresa.
Sindicatos e associações	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de participação. • Desconfiança recíproca. • Falta de comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • A promoção de eventos que facilitem a discussão dos principais temas que dizem respeito à empresa e a esses segmentos minimiza o clima hostil e de desconfiança, comum na relação de ambos.

**Quadro 7 - Ações de Relações Públicas na administração dos conflitos
(continuação)**

Público	Possíveis motivos de conflitos	Atividades que podem ajudar na busca pelo entendimento
Imprensa	<ul style="list-style-type: none"> • Notícias com conteúdos desfavoráveis. • Falta de informações ou informações distorcidas. • Falta de acesso de ambos os lados. 	<ul style="list-style-type: none"> • O estabelecimento de um sistema de fornecimento de informações via correio eletrônico agiliza o processo de comunicação empresa-imprensa. O hábito tradicional de enviar <i>press releases</i> apenas nas ocasiões de conveniência da empresa deve ser substituído por uma postura de compartilhamento constante com a imprensa das informações de interesse da opinião pública, sejam elas relacionadas a produtos, políticas administrativas, inovações, atividades beneficentes, patrocínios esportivos e culturais.
Governo	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas desfavoráveis. • Lobby que não funciona. • “caixinhas” e propinas para conseguir privilégios. • Falta de diálogo e de negociações efetivas. • Comunicação falha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os governos sérios tendem a adotar medidas que favorecem o desenvolvimento econômico responsável das empresas. A apresentação de propostas bem fundamentadas e que comprovadamente beneficiem a sociedade deve ser objeto de análise de qualquer governante de boa-fé. O conhecimento adequado da máquina governamental é fundamental para que a empresa possa saber lidar com essa instituição que se constitui no seu maior sócio, devido à alta carga tributária.
Universidades	<ul style="list-style-type: none"> • Academicismo versus profissionalismo. • Falta de um contato mais produtivo de ambas as partes. • Pesquisas demoradas e com rigor teóricos que não leva à solução dos problemas das empresas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte financeiro para pesquisas e estudos realizados dentro das universidades tende a propiciar à empresa não só o usufruto de seus resultados, mas também o retorno institucional importante, pois o público envolvido forma a elite intelectual da sociedade e, portanto, grupo de referência dos mais significativos.
Clientes	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimento da empresa. • Falta de mecanismos para conhecer anseios, necessidade e opiniões. • Qualidade duvidosa de produtos e serviços. • Distribuição deficiente. • Comunicação falha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Além das tradicionais atividades que objetivaram estreitar a relação das empresas com seus clientes, o setor de relações públicas deve estar constantemente à busca de novas formas de relacionamento que levem em consideração as mudanças da expectativa de seus clientes em relação a seus produtos, serviços e ao papel da empresa na comunidade. Investir em atividades culturais, sociais esportivas, filantrópicas, de lazer, de defesa do meio ambiente traduz uma atitude politicamente correta, que resulta no incremento de seu valor perante a opinião pública

Fonte: Adaptado de Yanaze, 1997, p.56.

3.4.3. Relações Públicas na Saúde

Especificamente na área de saúde, as Relações Públicas assumem um papel estratégico na conscientização e mudança de comportamento dos públicos envolvidos. Por tratar-se de uma área de primeira necessidade, tende a sensibilizar a opinião pública de forma muito mais contundente, positiva ou negativamente. Questões importantes para a melhoria na qualidade de vida da população dependem de informações corretas.

Reis (1999) afirma que nos serviços de saúde (públicos ou privados) a qualidade do vínculo e da comunicação estabelecidos entre médico e paciente, é tão importante quanto a disponibilidade de recursos e equipamentos.

[...] Para o bom andamento de qualquer tratamento é fundamental, portanto, que haja uma comunicação eficiente entre o paciente e a equipe de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, atendentes). É necessário, por um lado, que o paciente compreenda exatamente a extensão e a gravidade de sua doença, assim como as possibilidades e riscos inerentes a qualquer terapêutica, para que, orientado adequadamente, possa tomar suas decisões, e por outro lado, que a equipe de saúde possa escutar com empatia as dificuldades objetivas e subjetivas vividas pelo paciente (REIS, 1999, p.2).

A necessidade de entendimento, como se pode observar, envolve todos os públicos de uma organização, nas suas diversas etapas de relacionamento, desde a administração central até o consumidor final. Conscientização, educação e medicina preventiva são alguns exemplos de ações de Relações Públicas, às quais uma organização do setor de saúde não pode se furtar.

Nassar (2003) ratifica a importância de uma comunicação diferenciada na saúde, envolvendo funcionários de instituições de saúde, médicos e pacientes, afirmando que esse processo de mudança começa com a revisão de prioridades por parte das lideranças dessas organizações. Como sugestão, propõe uma revisão na formação dos profissionais que atuam na área da saúde com a inserção de disciplina de comunicação no currículo acadêmico de seus respectivos cursos. Importante ressaltar

que a ativação da postura do médico pode advir tanto em cursos de graduação, como extensão ou pós-graduação.

A grande desordem na saúde, principalmente no âmbito público, deixa as relações ainda mais mecanizadas. Vieira (2002) alerta que o relacionamento humano está passando por uma crise aguda, de conseqüências imprevisíveis, e que à medida que a mecanização do mundo prossegue aceleradamente, a relação humana fica abalada, deforma-se em direção à sua própria mecanização, aumentando a tendência a ver o outro como objeto. Nesse sentido ratifica que o investimento de peso por parte das organizações não deve ser exclusivamente em tecnologia, mas também no sistema humano. Logicamente, não é uma questão restrita à saúde, mas considerando-se a fragilidade do tema, ganha proporções inquestionáveis.

3.5. Cultura Organizacional e Relações Públicas

O estudo do comportamento organizacional tem merecido a atenção de diversas áreas do saber dada a sua complexidade. A administração das organizações não é uma ciência exata. É, “antes de tudo, um processo criativo e político que deve muito à cultura e à tradição prevalentes naquele lugar e naquele momento” (HANDY, 1994, p.7).

Torquato (2002) afirma que entre os maiores desajustes observados na administração das organizações está o descompasso, a falta de sincronia entre decisões normativas e as realidades culturais, o que, na verdade, identifica a personalidade das pessoas que ali trabalham, ou seja, a comunidade interna.

“É bastante comum a adoção de políticas, rotinas, procedimentos, sem se levar em consideração os usos, costumes, comportamentos, hábitos, peculiaridade e manias que tipificam a cultura dos agrupamentos humanos” (TORQUATO, 2002, p.3).

Para o autor, a cultura de uma organização não é apenas o resultado da estrutura formal – técnicas, administrativa, políticas, estratégica e tática -, mas envolve também cargas psicossociais, que justapõem fatores humanos individuais,

relacionamentos grupais e interpessoais. A rede informal, medida principalmente pelas expressões de espontaneidade, descontração e laços informais, são igualmente fundamentais.

Para Marchiori (1999), a cultura se forma por meio dos grupos e da personalidade da organização. Os grupos se relacionam, desenvolvendo formas de agir e ser que vão sendo incorporadas e, a partir do momento que se tornam automáticas nos indivíduos, a cultura está incorporada e enraizada.

Num sentido amplo, Handy (1994) classifica as organizações em quatro modelos, simbolizadas pelos deuses gregos Zeus, Apolo, Atena e Dionísio, de acordo com a maneira de pensar e aprender das pessoas que as formam, meios de influenciar e mudar e meios de motivar e recompensar seus funcionários. Conhecê-los e identificá-los pode ser fator fundamental de sucesso para uma ação de Relações Públicas. Os quatro modelos estão sintetizados no Quadro 8.

Quadro 8 – Os Deuses da Administração de Handy

Maneiras de pensar e aprender			
<i>Zeus (Clube)</i>	<i>Apolo (Função)</i>	<i>Atena (Tarefa)</i>	<i>Dionísio (Existencial)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Tendem a pensar por intuição e em bloco. ◆ Se movimentam depressa, sem análise lógica. ◆ Reagem a estímulos e se aborrecem com facilidade. ◆ Pensam holisticamente. ◆ Aprendem por tentativa e erro e não de maneira lógica, analítica e seqüencial. ◆ Treinamento por método de “Aprendiz”. ◆ Dificuldade em admitir necessidade de aprender. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Consideram pessoas de Zeus rudes, irracionais, imprevisíveis, diferentes e, às vezes, assustadoras. ◆ Pensamento lógico, seqüencial e analítico. ◆ Forma de proceder: definição do problema para identificar o sistema de solução. ◆ Eficiência significa simplificação. ◆ Inteligência convergente. ◆ Aprendizado: processo de transferência (treinamento). ◆ Conhecimentos e habilidade são considerados. Se falta algum requisito, é possível ser treinado. ◆ Criador do termo Recursos Humanos (como patrimônio físico). ◆ Os indivíduos de Apolo normalmente estão confinados nos níveis inferiores e médios. Nos superiores, Zeus e Dionísio. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ São solucionadores de problemas. ◆ Unem criatividade, lógica e habilidade para lidar com outros. ◆ Aprendizado acontece por exploração contínua = hipótese-teste-nova hipótese. Unindo com trabalho em grupo, acontece o aprendizado pela descoberta ou abordagem baseada em projeto. ◆ Estudo de casos, suplementado pelo treinamento de “eficácia de grupo”. ◆ Indivíduo como humanos de recursos e não com recursos humanos. ◆ Líderes recrutam equipes ou indivíduos se candidatam a grupos; a designação é sujeita à concordância tanto do indivíduo como do líder. ◆ É encorajado auto-desenvolvimento e mobilidade entre organizações. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dionísios não aceitam sequer ser classificados a não ser como não pertencentes a nenhuma outra classificação. ◆ Desafiam a classificação rígida, mas dependem da profissão. ◆ Pensam que não tem muito a aprender de qualquer outra pessoa, somente da vida. ◆ Dionísios preferem aprender por imersão, por novas experiências. ◆ Dionísios desistem de algo que estão controlando exatamente porque não têm mais nada a aprender, enfurecendo empregadores e clientes. ◆ Se ressentem quando alguém tenta planejar ou desenvolver suas habilidades. ◆ Querem oportunidade, mas querem escolher entre elas. ◆ Pensam em outra carreira.

Fonte: Elaborado pela autora.

Adaptado de Handy (1994).

Quadro 8 (cont) – Os Deuses da Administração de Handy

Meios de Influenciar e mudar			
<i>Zeus (Clube)</i>	<i>Apolo (Função)</i>	<i>Atena (Tarefa)</i>	<i>Dionísio (Existencial)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ O que conta é o controle de recursos e carisma pessoal. ◆ Fazem o que querem e como querem. ◆ Cria mudanças mudando pessoas – substituições. ◆ Resultados falam mais alto que razões e atos. ◆ Não muda com argumentos, mas por razões na boca de pessoas com credibilidade (a fonte conta mais do que a lógica). ◆ Instituições políticas. ◆ Organograma muitas vezes desconhecido. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Autoridade é um conceito reconhecido. ◆ O poder deriva da função, posição ou título e permite criar uma série de regras. ◆ Organograma é fundamental. ◆ O administrador exerce autoridade enquanto Zeus tem autoridade. ◆ Linhas de ferro em estado constante. ◆ Para modificar Apolo é preciso modificar ou os conjuntos de funções e responsabilidade ou a rede de regras e procedimentos. ◆ Substituir indivíduos tem impacto menor se comparado com as mudanças na estrutura. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Atenas se curva à sabedoria e à especialização. ◆ O comando é conquistado – permite-se técnica de persuasão. ◆ Obediência substituída com concordância. ◆ Solução de problemas começa-se com apontar os problemas; a partir daí defini-se a equipe com homogeneidade. ◆ O novo deve primeiro conquistar respeito do grupo para propor mudanças; respeito pode ser importado ou transferido; pessoa é cidadã do mundo e não da organização. ◆ É amada pelos novos profissionais por causa dessa transferência de especialidade; não é necessário ter o carisma de Zeus. ◆ Organograma leva o item “problema”. ◆ Trabalha bem com Apolo, mas não com Zeus. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ É difícil influenciar Dionísio. ◆ Respeitam pessoas - pelo talento, personalidade e expressões. ◆ Palavras como influenciar ou mudar recendem de uma transgressão. ◆ São pessoas difíceis de administrar. ◆ Todo mundo tem um pouco de Dionísio, transferido para o jardim da casa, sua vida social e seus feriados. ◆ Aceitam outra cultura ou tornam-se imprescindíveis, pois caso contrário são expulsos. ◆ São administrados um de cada vez.

Fonte: Elaborado pela autora.
Adaptado de Handy (1994).

Quadro 8 (cont)– Os Deuses da Administração de Handy

<i>Meios de Motivar e Recompensar</i>			
<i>Zeus (Clube)</i>	<i>Apolo (Função)</i>	<i>Atena (Tarefa)</i>	<i>Dionísio (Existencial)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Apreciam situações sobre as quais possuam uma grande dose de arbítrio. ◆ Impor situações onde perícia técnica supre respostas é desmotivador. ◆ Dinheiro é valorizado, mas como fator de capacitação. ◆ Investem em criar e manter redes – pessoas, informações e dinheiro úteis. ◆ Não trabalham pelo descanso mas sim pelo prazer de trabalhar;(perder oportunidade de fazer a diferença). ◆ Gostam da incerteza, porque significa liberdade de manobra. ◆ Confiança e empatia dando suporte a decisões intuitivas; carisma (sucesso); dinheiro como termômetro de sucesso, política, rede. ◆ Forma de recompensá-los: dê-lhes responsabilidade (recursos, um desafio e sua confiança). ◆ Controle-as por resultados ou pela expressão dos olhos (não pensão, carros, títulos). 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ São metódicos. ◆ Dever é um conceito importante; (noção de obrigação, responsabilidade). ◆ Buscam a certeza tão avidamente quanto a pessoa de Zeus a evita. ◆ Confiantes da vida, têm suficiente previsibilidade. ◆ Complexo de carreira a longo prazo; esquemas de pensão; planejamento de carreira, descrições de função, regras, procedimentos e planos de operação. ◆ São contratuais ◆ São recompensados por um aumento de autoridade formal: status. ◆ Gostam do carro da empresa, despesas de representação, sala de executivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Gostam da variedade e se aborrecem com a certeza. ◆ São solucionadores de problemas e não fazedores de diferença. ◆ Respeitam a especialidade e o profissionalismo. ◆ Avanço profissional e não hierárquico. ◆ Sabor diferente no “realizar tarefas”. ◆ Aceita objetivos, mas não descrição de função. ◆ Prosperam sob condições de variedade, solução de problemas e oportunidade de desenvolvimento pessoal. ◆ Respondem por resultados. ◆ Trabalham nas áreas de desenvolvimento das organizações; (consultorias, grupo de pesquisa, agências de publicidade ou, cada vez mais, no topo de organizações muito grandes). ◆ Ficam impacientes nas calmarias e podem ser indecisos nas crises. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ São os mais individualistas de todos (dificuldade classificação). ◆ Querem fazer a diferença. Mas não precisam aparecer. ◆ São profissões que proíbem publicidade. ◆ Prezam liberdade pessoal. ◆ Gostam de ser consultados e querem direito a veto. ◆ Não querem trabalhar numa organização. ◆ Tem grande talento. ◆ Característica da eficiência, pureza organizacional. ◆ Zeus e Dionísios são próximos, diferenciados pela estrutura de poder.

Fonte: Elaborado pela autora.

Adaptado de Handy (1994).

Características como as estabelecidas por Handy (1994) na cultura de Dionísio, por exemplo, destacam o individualismo das pessoas que compõem essa organização, existindo a necessidade de consultá-los ou, pelo menos, envolvê-los nas tomadas de decisão para que haja harmonia interna. Ciente dessas características, o profissional de Relações Públicas tem condições de desenvolver projeto, a fim de criar esses momentos de consulta e integração, visando à excelência no relacionamento.

Outras metáforas foram utilizadas buscando explicar o funcionamento das organizações. Morgan (1996) se utiliza desses recursos e compara as organizações com máquinas (referindo-se ao desenvolvimento da organização burocrática; máquinas feitas de partes que se interligam, cada uma desempenhando um papel claramente definido no funcionamento do todo); *organismos* (diferentes tipos de organizações como pertencendo a diferentes espécies); *cérebros* (importância do processamento de informações, aprendizagem e inteligência); *sistemas políticos* (sistemas de governo baseados em vários princípios políticos que legitimam diferentes tipos de regras assim como os fatores específicos que delineiam a política da vida organizacional); *prisões psíquicas* (as pessoas caem nas armadilhas dos seus próprios pensamentos, idéias e crenças ou preocupações); *fluxo e transformação* (compreensão da lógica de mudança que dá forma à vida social); *instrumentos de dominação* (aspectos potencialmente exploradores das organizações; sua essência repousa sobre um processo de dominação em que certas pessoas impõem seus desejos sobre as outras) e *culturas* que apontam as realidades socialmente construídas sustentadas por um conjunto de idéias, valores, normas, rituais e crenças. Neste último, o autor destaca as influências mútuas das sociedades e das organizações.

Culturas enraizadas acabam por tornar-se um grande desafio em um ambiente em que as mudanças acontecem de forma muito rápida. Essa agilidade está exigindo, cada vez mais, flexibilidade, relacionamento, inteligência emocional e, em especial, conhecimento dos indivíduos nas organizações. Enquanto, de um lado, as empresas reagem à nova realidade competitiva, procurando e testando uma infinidade

de modelos, de outro, as pessoas buscam permanecer na ativa, realizando investimentos individuais mesmo na incerteza de obter retorno que compense.

Nesse ajuste, a comunicação, dada a sua abrangência, torna-se estratégica porque estabelece o diálogo da organização tanto interna como externamente. Para Freitas (1997), a comunicação interna deve acontecer em consonância com a cultura organizacional e, nesse sentido, é apontada com o poder para facilitar a cooperação, a credibilidade e o comprometimento dos envolvidos em relação aos valores; a base da organização são as pessoas e elas é que se comunicam.

Marchiori (1999) ratifica esse pensamento, ao afirmar que a experiência tem demonstrado que o papel do profissional de comunicação não é apenas produzir informação/comunicação por meio de boletins informativos, murais, intranet e malas-diretas, mas, sim, modificando significativamente a organização no sentido de realmente obter o comprometimento dos indivíduos, trabalhando de forma estratégica.

“Conhecer, sentir e acompanhar a dinâmica organizacional – ambiente interno e externo – é uma necessidade que se impõe sob o aspecto da atualização permanente. E, sobretudo, é uma questão de sobrevivência, posicionando a organização no mercado. Afinal, as organizações necessitam do comprometimento dos indivíduos para sua produtividade. Nessa mesma linha de raciocínio, profissionais da comunicação buscam caminhos para esta concretização (MARCHIORI, 1999, p.14).

Percebe-se, na análise dos autores, que é forte a vinculação da comunicação, principalmente a interna, de uma organização com sua cultura, sua forma de pensar, de agir e reagir às constantes mudanças do mundo na era da informação. Beraldo (1996) sustenta haver um processo de influência mútua entre ambas. Mais: a cultura é um dos fatores que determina o tipo de comunicação a ser praticada na empresa, tanto no que se refere à forma e meio, quanto ao conteúdo. A autora destaca também que para a organização atingir o máximo de integração é preciso que ela conheça e valorize não apenas a sua cultura, mas também as suas subculturas, formadas por grupos menores dentro da organização.

Ferrari (2003) amplia esse pensamento, ao ressaltar que a

“ a cultura tem um papel importante no modelamento de valores, atitudes e comportamentos dos indivíduos de diferentes sociedade e que a cultura organizacional não existe separadamente da cultura da sociedade. Assim sendo, a cultura organizacional, entre outras variáveis, influi diretamente na escolha de modelos e estratégias” (FERRARI, 2003, p.58).

Consideradas as definições e funções das Relações Públicas, aqui descritas por autores diversos, nota-se o papel estratégico da atividade na harmonização dos interesses organizacionais. Lesly afirma que o “uso das Relações Públicas como um fator estabilizador do ambiente de trabalho é de caráter preventivo assim como remediador, quando é usada de maneira contínua, em vez de apenas quando há ameaças de greves” (LESLY, 1995, p.16).

Verifica-se, portanto, que a atividade de Relações Públicas é de fundamental importância no atendimento das novas necessidades comunicacionais das organizações, das mais diversas naturezas. Já o papel estratégico nas organizações cooperativas poderá ser avaliado no decorrer do estudo.

4 . RELAÇÕES PÚBLICAS E COOPERATIVISMO MÉDICO: ESTUDO DO CASO UNIMED.

4.1. Sistema Unimed

A partir da unificação dos institutos previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS - em meados da década de 60, no século XX, desencadeou-se um processo de mercantilização do setor de saúde no Brasil, pelas chamadas empresas de medicina de grupo. Em reação a esse processo, em 1967, um grupo de médicos da cidade de Santos (SP), liderado por Edmundo Castilho, então presidente do sindicato médico da cidade, fundou a União dos Médicos - Unimed, fundamentado nos princípios do cooperativismo. Surgia, assim, a primeira cooperativa médica do Brasil.

O crescimento da proposta tornou-se, então, exponencial. Já em 1969, médicos de várias cidades paulistas visitaram a Cidade de Santos, interessados na experiência pioneira da Unimed. Meses mais tarde, mais de 30 cooperativas Unimed foram fundadas no Estado de São Paulo. Em 1970, além das novas cooperativas que nasciam todos os meses, foram criadas as federações, que tinham como meta a padronização do atendimento em um único formato, incluindo procedimentos operacionais, além de estimular a troca de experiências. Foi por meio desse processo que o Sistema Unimed ganhou representatividade dos lugares mais distantes, por meio de um sistema ao qual chamam de intercâmbio no atendimento. Em outras palavras, o usuário Unimed ganhou o direito de ser atendido em situação de emergência em qualquer cidade que tenha Unimed e, as cooperativas, por meio de um sistema de compensação, posteriormente, reembolsam as despesas geradas. Em 1975, foi criada a Unimed do Brasil, Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, congregando todas as cooperativas de trabalho médico do país, tornando-se assim nacional.

Dez anos depois da criação da primeira cooperativa médica, já existiam 60 cooperativas Unimed em todo o Brasil. Nos anos 80, a Unimed entrou em uma fase de consolidação e crescimento acelerado. Cerca de 100 novas cooperativas foram fundadas, o que levou a Unimed a desenvolver uma estrutura operacional complexa em todo o território nacional.

O reconhecimento internacional da proposta aconteceu em 1995, quando foi implantada em Bogotá, na Colômbia, a UNIMEC - União de Usuários Médicos e Cajas S/A. Neste ano, também, a Unimed foi reconhecida como a entidade cooperativista líder do setor de saúde nas Américas no "I Fórum Latino de Cooperativismo de Saúde e Afins", o primeiro encontro do setor a reunir entidades de mais de 30 países das Américas e Europa.

Menos de um ano depois de filiar-se à Aliança Cooperativista Internacional - ACI, a Unimed foi responsável por criar na instituição a *International Health Cooperative Organization* - IHCO (Organização Internacional das Cooperativas de Saúde), com o objetivo de promover e aproximar as cooperativas de saúde em todo o mundo. O fundador, e então presidente da Unimed do Brasil, Edmundo Castilho, foi eleito o primeiro vice-presidente da IHCO e presidente da IHCO - Américas.

Hoje, o Sistema Nacional de Saúde Unimed autodenomina-se Complexo Empresarial Cooperativo Unimed, por envolver não apenas todas as cooperativas Unimed do país, como também diversas empresas que foram criadas pela própria Unimed do Brasil e Federações Estaduais para oferecer suporte às mesmas no campo operacional, tecnológico e administrativo.

O Sistema Unimed é composto por 376 cooperativas médicas, entre Singulares, Federações e a própria Confederação Nacional. As Unimed locais, que atuam no âmbito dos municípios, são denominadas Unimed Singular. As Cooperativas Unimed Singulares de um mesmo estado organizam-se em Federações Estaduais. Na região sul do país, as Federações do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul formam a Unimed Mercosul e as Federações, por sua vez, reúnem-se todas em uma Confederação Nacional, a Unimed do Brasil. No Quadro 9, é possível observar a representatividade do Sistema Unimed em números.

Quadro 9 - A Unimed em Números

Abrangência	376 cooperativas, cobrindo 74,9% do território nacional ou 4.125 municípios.
Faturamento em 2004	R\$ 10,5 bilhões
Empresas Contratantes	70 mil
Geração de Empregos	32 mil empregos diretos e 290 mil empregos indiretos.
Recursos Próprios	66 hospitais próprios; 95 pronto-atendimentos; 25 laboratórios; 267 ambulâncias.

Fonte: www.unimed.com.br. Acesso em 19/03/2006.

No decorrer dos anos, para dar continuidade e sustentabilidade ao seu crescimento e também para atender a questões legais, o Sistema Nacional Unimed criou novas cooperativas e empresas de capital, que vieram ao encontro dos interesses das cooperativas, cooperados e usuários dos seus planos de saúde, formando o Complexo Empresarial Cooperativo Unimed, composto pelas seguintes empresas:

- Central Nacional Unimed
- Unimed Seguros
- Unimed Administração e Serviços
- Unimed Participações
- Usimed
- Unicred
- Fundação Unimed
- Universidade Unimed
- Unimed Corretora.

Cada uma das instituições tem função específica que, no conjunto, fortalece a todas as cooperativas Unimed do Brasil, direta ou indiretamente. A criação de algumas dessas empresas gerou polêmica, sendo a maior delas a criação da Usimed – Cooperativa de Usuários de Serviços de Saúde. Tão polêmica que ainda hoje, mais de doze anos após a criação da primeira cooperativa de usuários, existem diversas

cooperativas Unimed que não aceitam apoiar esse tipo de empreendimento. O *portfólio* de empresas e de cooperativas que compõem o Complexo Empresarial Cooperativo Unimed é caracterizado a seguir, bem como a função específica de cada uma.

a) Central Nacional Unimed – foi fundada em 1998, a partir da promulgação da Lei 9656/98, que regulamenta os planos de saúde no país, para ser a Operadora Nacional dos Planos de Saúde Unimed. Seu papel é garantir às cooperativas produtos em conformidade com a legislação e coordenar a rede nacional de atendimento.

b) Unimed Seguros - desenvolve e comercializa produtos e serviços com objetivo de dar suporte e complementar as ações das cooperativas do Sistema Unimed. Atua nos ramos de Vida, Previdência Privada e Saúde. Para as cooperativas Unimed, oferece seguros de vida em grupo que podem ser agregados aos planos de saúde como “plus”, além de seguro garantidor para a própria cooperativa, para cobertura de grandes riscos. Para os médicos cooperados, criou o Seguro de Renda por Incapacidade Temporária (Serit), que garante aos médicos uma renda caso tenha que se afastar de suas atividades por motivos de doença, seguro de vida e também um plano de previdência privada adequado às necessidades desse profissionais.

c) Unimed Administração e Serviços: oferece às cooperativas soluções empresariais nos campos de Controladoria e Finanças (implantação e manutenção de sistema orçamentário; implantação do controle de custos por centros de responsabilidade; análise econômico-financeira de empresas; implantação de painéis de controle econômico-financeiro; planejamento financeiro – administração de tesouraria; assessoria na captação de recursos financeiros e assessoria na administração de ativos financeiros), de Recursos Humanos (desenvolvimento estruturado de plano de cargos e salários; desenvolvimento de projeto de fluxos e processos; desenvolvimento de projetos de treinamento corporativo; desenvolvimento de planejamento estratégico; gestão de desempenho e *assessment center*) e de Tecnologia da Informação (serviços de consultoria em sistemas, administração de rede; infra-estrutura de redes *lan/wan*, *helpdesk* e *backup*/impressão; soluções em sistemas; sistema de gestão de compras e suprimentos; controle de gestão de rede de recursos; controle de registro de planos de saúde – *ans/rps*; controle societário; sistema de administração de contratos e *workflow*

de formulários). Define como diferencial de mercado em relação às demais empresas de consultoria, o fato de conhecer profundamente o “negócio Unimed” e atuar em sintonia com os seus objetivos.

d) Unimed Participações: o papel dessa empresa é exatamente criar condições econômicas e legais para o sistema Unimed expandir sua atuação. Pesquisa e desenvolve projetos para a captação de recursos financeiros, promove campanhas que visam a adesão de novos associados e participa da elaboração do planejamento estratégico empresarial de Controladas e Coligadas, prestando assessoria na gestão dos seus negócios.

e) Cooperativas de Usuários – Usimed – a primeira Usimed foi criada em 1993, com a proposta de organizar os usuários Unimed em cooperativa, para que possam ampliar seus benefícios, enquanto cooperativa de consumo, como aquisição de medicamentos a custos reduzidos, empréstimos de equipamentos médico-hospitalares, serviços de enfermagem domiciliar e, por meio de convênios com empresas de ramos diversos, serviços não previstos contratualmente pelo Plano de Saúde, ou seja:

- Odontologia - Uniodonto
- Psicologia - Unipsico
- Fonoaudiologia - Unifono
- Fisioterapia - Unifísio
- Cirurgia Plástica Estética (não previsto pelo Plano de Saúde)
- Cirurgia Oftalmológica (não previsto pelo Plano de Saúde).

f) Cooperativas de Crédito – Unicred. A proposta da Unicred é a mesma da Usimed. Trata-se de um sistema de crédito, ligado ao Banco do Brasil, criado para dar suporte às cooperativas e aos médicos cooperados da **Unimed**, financiando recursos para a compra de equipamentos, construção de hospitais, centros de diagnóstico e laboratórios. Administra e otimiza recursos econômico-financeiros do Sistema Unimed. Seu lema é “dinheiro cooperativo em benefício mútuo”.

g) Fundação Unimed - tem como meta “contribuir para a humanização e prosperidade social da comunidade, alicerçada na doutrina cooperativista” (www.unimed.com.br).

Subdivide-se em três núcleos de atuação: Núcleo Educacional - Universidade Unimed, que tem também sua versão virtual, Núcleo de Projetos Sociais e Núcleo de Pesquisas. Pode-se dizer que a Fundação Unimed contribui para a formação dos núcleos de estudos cooperativos na Unimed, por meio dos Comitês Educativos. “Seu propósito é difundir a filosofia unimediana e estimular a prática do cooperativismo ético e contemporâneo, além das ações de responsabilidade social” (www.unimed.com.br). Sua área de atuação está ligada à educação cooperativista e também à reciclagem profissional de dirigentes e técnicos do Sistema Unimed.

h) Universidade Unimed - é o Núcleo Educacional da Fundação Unimed. Desenvolve cursos nas áreas de Gestão Empresarial para Executivos do Sistema de Saúde, Auditoria em Saúde, Administração e Acreditação Hospitalar, Marketing em Serviços, cursos de aperfeiçoamento, atualização e extensão e pós-graduação, além de aplicar treinamento também por meio da Educação a Distância, conhecida como Universidade Unimed Virtual.

4.1.1 - A Comunicação na Unimed

Abordar o tema comunicação no Sistema Unimed, além do vasto campo teórico já descrito, torna-se uma tarefa complexa, pois envolve variáveis em relação à singularidade das cooperativas e em relação à marca Unimed. Institucionalmente, a Unimed do Brasil possui uma estrutura completa no campo da comunicação corporativa, mantendo inclusive uma agência de notícias em âmbito nacional, que abastece de informações não apenas os quase 200 assessores de comunicação que hoje atuam no Sistema Unimed, em cooperativas distintas, como também a imprensa de maneira geral. Dados estratégicos, como os relatados na apresentação do Sistema Unimed neste trabalho, estão disponíveis *on line*, bem como uma relação de sugestões de pautas, abastecidas pelos próprios assessores de comunicação de todo o Brasil, banco de imagens com fotos dos dirigentes da Unimed do Brasil e da Central Nacional Unimed, relação de assessores de comunicação Unimed e serviços de *clipping* nacional.

Além da área de Comunicação Corporativa, a Unimed do Brasil possui também uma área de marketing, que decide e administra as ações institucionais do Sistema Unimed (gestão de marca e marketing institucional) em conjunto com a Comissão Institucional Unimed (CIU), formada por representantes de marketing das Federações Estaduais de todo o Brasil, que por força da estrutura, representam suas cooperativas singulares. Campanhas institucionais, campanhas para datas específicas e temas de oportunidade, patrocínios esportivos e culturais e orientação em ações de responsabilidade social são algumas das tarefas dessa área, que administra uma verba formada a partir de contribuições das cooperativas singulares, proporcional ao número de usuários (clientes) cadastrados (Fundo Institucional Unimed – FIU).

A Unimed do Brasil – Confederação das Cooperativas Unimed não possui um departamento exclusivo de Relações Públicas, sendo as atividades específicas dessa área executadas pelas áreas de Comunicação Corporativa e Marketing. As ações mercadológicas são de responsabilidade das cooperativas singulares, pois cada uma possui produtos diferentes, adaptados para realidade regionais distintas.

O fato de se possuir uma única marca e realidades mercadológicas diferentes já trouxe algumas dificuldades para as cooperativas singulares, federações e para a própria Unimed do Brasil, particularmente nas situações de crise com a opinião pública, vivida por uma ou outra cooperativa especificamente. A questão é que a marca Unimed é vista como única e a crise localizada em uma região específica reflete em todo o país, como foi o caso da Unimed de São Paulo, que sofreu uma intervenção federal e foi fechada, com acusações de fraudes. O desgaste foi grande para todas as cooperativas até que se conseguisse esclarecer os fatos.

4.2. Metodologia da Pesquisa

Este estudo consiste em uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, por ser esta uma metodologia que tem

[...] como principal característica a informalidade, a flexibilidade e a criatividade, e neles procura-se obter um primeiro contato com a situação a ser pesquisada ou um melhor conhecimento sobre o objeto em estudo levantado, e hipóteses a serem confirmadas (SAMARA e BARROS, 1997, p. 24).

Para Mattar (1994), “pesquisa exploratória visa prover o pesquisador de maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa em perspectiva”.

Os procedimentos metodológicos adotados foram divididos em duas etapas, sendo a primeira exploratória e a segunda, de fontes primárias, realizada por meio de entrevistas junto aos responsáveis pelas singulares Unimed, permitindo ilustrar o objetivo do trabalho com estudo de caso.

4.2.1. - 1ª Fase – Revisão Bibliográfica, Documental e Virtual

Fortes (2003, p.115) afirma que a pesquisa bibliográfica é um meio econômico e rápido de se obter informações sobre o objeto em estudo, levantando-se “relatórios de organizações congêneres, publicações feitas por empresas, pelo governo, por faculdades, universidades e fundações, estatísticas oficiais e obras técnicas e normas relativas às atividades e aos problemas da companhia”. A pesquisa virtual envolve “todas as simulações feitas com a ajuda da informática” e permite às “Relações Públicas (...) indicar a existência de conceitos, e se estes são positivos ou negativos”.

Nessa primeira etapa, a abordagem exploratória deu-se por meio de pesquisas bibliográficas e documentais, pesquisas em sites e observações assistemáticas (Lakatos, 2001), objetivando “definir a natureza exata do problema a ser resolvido” (Mc Daniel e Gates, 2003). O levantamento bibliográfico incluiu uma revisão sobre Cooperativismo, Comunicação e Relações Públicas, apresentados nos capítulos 2 e 3.

Foram pesquisadas, também, as fontes secundárias existentes no sistema Unimed, como livros históricos e comemorativos e anais de convenções, utilizados como fontes de pesquisa documental, visando à construção de um referencial teórico atualizado e adequado às especificidades da administração nas organizações.

4.2.2. - 2º Fase - Estudo de Caso

Para Yin (2001, p. 32), estudo de caso é uma pesquisa empírica na qual:

- Investiga-se um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real.
- As fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes, por isso a necessidade do pesquisador para traçar paralelos, semelhança e diferenças.
- Múltiplas fontes de evidências são utilizadas, ou seja, cabe ao pesquisador buscar os melhores instrumentais para levantamento, coleta e análise dos dados.

No estudo de caso objetivou-se avaliar a comunicação entre as cooperativas de trabalho médico Unimed do Estado de São Paulo e seus médicos cooperados, a partir das fundamentações das Relações Públicas. A delimitação geográfica se justifica por ser esse o Estado onde nasceu o cooperativismo de trabalho médico (na cidade de Santos) e ser ele o mais representativo junto à Unimed do Brasil, tanto em número de médicos como em faturamento. Para Lakatos (2001, p. 45), “é necessário evitar a eleição de temas muito amplos que ou são inviáveis como objeto de pesquisa aprofundada ou conduzem a divagações, discussões intermináveis, repetições de lugares-comuns ou ‘descobertas’ já superadas”.

O objeto selecionado para tratamento empírico foi composto por cooperativas de trabalho médico Unimed do Estado de São Paulo de portes distintos – pequenas (Cooperativa com até 100 médicos cooperados), médias (de 101 a 500 cooperados) e grandes (acima de 500 médicos cooperados). É possível definir o porte de

uma cooperativa de trabalho médico pelo número de usuários inscritos no plano, ou seja, pelo número de pessoas contratantes dos serviços de assistência médica – oriundas de contratos com pessoas jurídicas e físicas - ou pelo número de médicos associados (cooperados). Optou-se, para este estudo, pela definição de porte pelo número de médicos associados, pois estão diretamente ligados ao objeto de estudo.

A análise qualitativa, o Estudo de Caso, deu-se por meio de 15 entrevistas pessoais realizadas junto aos presidentes ou diretores responsáveis pelo relacionamento da cooperativa com os médicos cooperados. Foram realizadas entrevistas de profundidade por tratar-se de um método mais analítico, que depende de uma boa dose de perspicácia do entrevistador para que efetivamente se atinja um bom resultado. Para entender melhor esse processo, recorre-se à origem da pesquisa qualitativa, mais precisamente ao historiador Vico, no século XVIII, que escreveu que “somente pessoas podem entender pessoas e que elas fazem isso por meio de uma faculdade chamada compreensão intuitiva” (Mc Daniel e Gates, 2003). Esse conceito do uso da intuição e da empatia, na Sociologia e em outras ciências sociais, é associado às principais descobertas (e disputas) nessas áreas.

4.2.3. Universo e amostra

O universo da pesquisa foi composto por 73 cooperativas singulares no Estado de São Paulo. A seleção da amostra foi não probabilística (intencional) para um número mínimo de 15 entrevistas, sendo 4 realizadas com cooperativas de porte pequeno, 7 médias e 4 cooperativas de grande porte. O critério de seleção obedeceu prioritariamente à proximidade geográfica da cidade de Campinas e disponibilidade dos dirigentes no fornecimento das entrevistas.

A definição do número de entrevistas em 15 foi feito com base nos estudos fundamentados na sociologia e na antropologia, que entendem que, a partir da sexta entrevista qualitativa, o assunto passa a ser repetitivo (Selltiz, 1988).

Partindo do princípio de que cooperativas frequentemente vivem os conflitos de agência (Bialoskorsky (2001); Zylberstajn (1994); Machado Filho, (2004)),

essa pesquisa buscou avaliar também como a comunicação, mais especificamente, as técnicas de Relações Públicas, são trabalhadas, visando a contribuir para a harmonização de interesses. Foi considerado relevante o cenário atual da Saúde Suplementar no Brasil, um segmento hoje regulamentado pelo Governo Federal, que vem sofrendo fortes mudanças nos últimos 7 anos, desde a promulgação da Lei 9656/98, que regulamenta os planos de saúde, e o médico cooperado que sofre as conseqüências diretas dessa nova realidade.

A entrevista obedeceu a um roteiro (Anexo 1 – página 128), que incluiu variáveis descritivas (nome, área de cobertura, número de usuários, número de cooperados, localização, estrutura organizacional), a fim de definir o perfil das cooperativas, e variáveis explicativas (levantamento das estratégias de comunicação utilizadas para médicos cooperados, divulgação da filosofia cooperativista e como são tratados assuntos administrativos para os cooperados), relacionado-as com a teoria estudada, avaliação e relevância das estratégias nos resultados operacionais da organização.

De acordo com Yin (2001), “o estudo de caso contribui, de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos”. Investigaram-se e avaliaram-se as formas de divulgação e conceituação da filosofia cooperativista, ponto fundamental que distingue a Cooperativa de Trabalho Médico Unimed das demais empresas de Medicina de Grupo (mercantilista) que atuam no país, analisando os dados com base nas teorias das Relações Públicas.

Apesar de não fazer parte do “corpus” deste estudo, depois de entrevistar 15 dirigentes de cooperativas singulares Unimed no Estado de São Paulo, foram entrevistados o vice-presidente da IHCO, que também é diretor de marketing da Unimed o Brasil e ex-presidente da Singular de Florianópolis (SC), Almir Adir Gentil, e o presidente da Unimed Federação do Estado de São Paulo, Eudes de Freitas Aquino. O objetivo foi confirmar dados apurados e levantar suas expectativas em relação ao futuro do empreendimento cooperativista de trabalho médico. O Quadro 10 resume a metodologia da pesquisa.

Quadro 10: Matriz de Amarração Processual da Pesquisa (Metodologia)

Problema da Pesquisa	Pressupostos	Referencial Teórico	Etapa	teste
Apurar quais as ferramentas de Relações Públicas utilizadas bem como o seu grau de eficiência.	<ul style="list-style-type: none"> ▪P1. Os médicos cooperados são um público estratégico para as cooperativas, não apenas por serem donos, mas, principalmente, porque são responsáveis pela qualidade dos serviços. ▪P2. As cooperativas médicas Unimed ainda não se utilizam das ferramentas disponibilizadas pelas Relações Públicas por desconhecer os benefícios que elas possam gerar. ▪P3. O desconhecimento da realidade da cooperativa, gerado pela falha na comunicação pode desencadear conflitos na relação cooperativa-cooperado, queda na qualidade dos serviços e, conseqüentemente, prejuízos irreparáveis para a marca. ▪ P4. A Comunicação Integrada e Comunicação Integrada de Marketing, particularmente as Relações Públicas são fundamentalmente importantes para o sucesso das Cooperativas Médicas neste novo cenário da Saúde Suplementar no Brasil. 	Lei Federal 5764/71 e referencial sobre cooperativismo de trabalho médico.	1ª Etapa	Bibliografia
Avaliar grau de conflitos entre cooperativa e médicos cooperados.		Lei Federal 9656/98 e Fundamentos das Relações Públicas.	2ª Etapa	Estudo de caso
Avaliar a dicotomia de papéis vivida pelos médicos cooperados: enquanto fornecedores de serviços e donos da cooperativa.		Fundamentos das Relações Públicas.	3ª Etapa	Análise dos Resultados
Apurar quais são as ferramentas de Relações Públicas mais adequadas na relação cooperativa-cooperado.		Fundamentos de Relações Públicas.		

Fonte: Elaborado pela autora.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA

As entrevistas com os 15 dirigentes do Sistema Unimed do Estado de São Paulo foram realizadas entre os dias 24 de fevereiro e 11 de maio de 2006. O Quadro 11, Relação de Entrevistados, apresenta, na primeira coluna, o nome da Cooperativa Unimed, normalmente relacionado à principal cidade de sua área de abrangência; na segunda e terceira colunas, nome e cargo da pessoa entrevistada; na última, data da entrevista.

Quadro 11 - Relação de Entrevistados

Cooperativas Unimed Pesquisadas	Nome Pessoa entrevistada	Cargo	Data Entrevista
Amparo	Luiz Estanislau do Amaral Neto	Presidente	03/04/2006
Araras	Jorge Luiz Bison	Diretor de Financeiro e Comercial	07/04/2006
Campinas	Emílio Oliveira Issa	Presidente	06/03/2006
Capivari	João Felisberto dos Reis	Presidente	20/03/2006
Guarulhos	Wagner Morandini	Presidente	15/03/2006
Itapetininga	Marcos de Almeida Cunha	Presidente	06/03/2006
Itatiba	Alexandre Augusto Redondano	Presidente	06/04/2006
Monte Alto	Marcos Francisco Petrarolha	Diretor Superintendente	28/04/2006
Piracicaba	Antonio Geraldo Buck	Presidente	19/04/2006
Rio Claro	José Martiniano Grillo Neto	Presidente	14/03/2006
Salto/Itu	Geraldo Pires de Espíndola	Presidente	22/03/2006
Sta. Bárbara D'Oeste/ Americana	Luis Antonio Adamson	Presidente	13/06/2006
São José dos Campos	Lauro Benedito Hanna	Presidente	20/04/2006
Sorocaba	Rodolfo Pinto Machado de Araujo	Presidente	24/02/2006
Taubaté	Francisco Carlos Missé	Presidente	11/05/2006

Fonte: desenvolvido pela autora.

5.1. Levantamento do Perfil das cooperativas

No primeiro bloco de dados é apresentado o perfil das cooperativas entrevistadas e seus respectivos portes (pequeno, médio e grande), considerando número de médicos cooperados, funcionários e usuários dos planos da cooperativa, área de abrangência geográfica e investimentos em recursos próprios, como hospitais, laboratórios, farmácias, entre outros. Também é efetivado o levantamento dos recursos próprios da organização.

5.1.1. – Porte das Cooperativas

Antes da apresentação e análise dos dados é importante ressaltar que o critério de classificação adotado quanto ao porte da cooperativa não considera a realidade financeira ou de faturamento da Singular em questão, nem tampouco o seu efetivo resultado enquanto instituição geradora de trabalho para o médico. Ao considerar, por exemplo, este último item, inserido na missão da organização, a cooperativa que detém melhor relação de usuários por médico é a cooperativa de Capivari: são 500 usuários para cada médico, mas esta Singular foi considerada neste estudo uma cooperativa de pequeno porte. Como o problema central do trabalho concentra-se na análise das relações humanas e de negócios entre a cooperativa e seus cooperados, entende-se ser o número de médicos associados o critério mais adequado neste caso.

Entre as cooperativas pesquisadas, quatro são cooperativas de pequeno porte, ou seja, tem em seu quadro de associados até 100 médicos cooperados; sete cooperativas são de porte médio (entre 101 a 500 médicos cooperados) e quatro são cooperativas de grande porte (com mais de 500 médicos cooperados). Os Quadros 12, 13 e 14 apresentam as cooperativas pesquisadas, respectivamente de pequeno, médio e grande porte, considerando número de médicos, número de usuários, número de funcionários, abrangência geográfica da Singular e investimentos em recursos próprios.

Quadro 12 - Cooperativas Pesquisadas de Pequeno Porte

Cooperativas Pesquisadas	Número Médicos	Número Usuários	Nº Funcionários	Abrangência (Cidades do Estado São Paulo)	Recursos Próprios
Capivari	42	21.000	150	Capivari; Rafard; Elias Fausto; Mombuca.	Hospital; Farmácia; Pronto Atendimento; <i>Home Care</i> e Tomógrafo.
Itapetininga	100	26.000	104	Sarapui; Sao Miguel Arcanjo; Ribeira; Guapiara; Apiaí; Guarei; Angatuba; Capão Bonito; Itapetininga; Ribeirão Branco.	Hospital; Pronto Atendimento; Fisioterapia; Farmácia; <i>Home Care</i> e Ambulância (transporte).
Itatiba	62	1.500	11	Itatiba e Morungaba.	Não tem.
Monte Alto	30	10.000	90	Fernando Prestes; Vista Alegre do Alto; Monte Alto e Candido Rodrigues.	Hospital; Laboratório, Farmácia; Pronto Atendimento.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 13 - Cooperativas Pesquisadas de Médio Porte

Cooperativas Pesquisadas	Número Médicos	Número Usuários	Nº Funcionários	Abrangência (Cidades do Estado de São Paulo)	Recursos Próprios
Amparo	114	40.000	108	Lindóia; Águas de Lindóia; Amparo Monte Alegre do Sul; Serra Negra e Pedreira.	Farmácia; Pronto Atendimento; Núcleo de Medicina Preventiva e Saúde Ocupacional e Ótica.
Araras	163	40.000	350	Araras; Leme; Santa Cruz da Conceição; Conchal.	2 Hospitais (Araras e Leme); 2 Farmácias; Pronto Atendimento; <i>Home Care</i> e Programa Vem Viver (Medicina Preventiva).
Guarulhos	216	80.000	156	Guarulhos; Arujá; Santa Isabel; Itaquaquecetuba e Ferraz de Vasconcelos.	Hospital; Farmácia e Ótica Usimed; Pronto Atendimento e <i>Home Care</i> .
Rio Claro	184	61.000	460	Ipeúna; Rio Claro/Sp; Santa Gertrudes; Corumbataí; Itirapina e Analândia.	2 Hospitais (1 clínico e 1 cirúrgico); 2 Farmácias; Pronto Atendimento; <i>Home Care</i> e Ótica.
Salto/Itu	173	48.700	350	Salto e Itu.	Hospital; Centro Diagnóstico; Laboratório e <i>Home Care</i> .
Sta Bárbara D'Oeste/ Americana	284	107.000	550	Americana; Santa Bárbara D'Oeste e Nova Odessa.	Hospital, Laboratório, Farmácia e Ótica Usimed, 2 Pronto-Atendimentos e <i>Home Care</i> .
Taubaté	409	65.000	600	Natividade da Serra; Taubaté; Tremembé; São Luiz do Paraitinga e Redenção da Serra.	Hospital; Farmácia; Pronto Atendimento e <i>Home Care</i> .

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 14 - Cooperativas Pesquisadas de Grande Porte

Cooperativas Pesquisadas	Número Médicos	Número Usuários	Nº Funcionários	Abrangência (Cidades do Estado de São Paulo)	Recursos Próprios
Campinas	2.700	478.000	496	Paulínia; Holambra; Indaiatuba; Hortolândia; Campinas; Sumaré; Vinhedo; Valinhos; Engenheiro Coelho; Cosmópolis; Jaguariúna; Arthur Nogueira; Nova Veneza/SP e Monte-Mor.	Farmácia e <i>Home Care</i>
Piracicaba	502	133.000	600	Águas de São Pedro; São Pedro/SP; Laranjal Paulista; Rio das Pedras; Santa Maria da Serra; Tiete; Pereiras; Charqueada; Jumirim; Saltinho/SP e Piracicaba.	Hospital, 3 Farmácias, 2 Pronto-Atendimentos, <i>Home Care</i> .
São José dos Campos	751	138.000	352	São José dos Campos; Igaratá; Santa Branca; Ubatuba; São Sebastião/SP; Ilha Bela; Santa Isabel; Monteiro Lobato; Salesópolis; Caraguatatuba; Guararema; Jacareí e Paraibuna.	Hospital-dia; Laboratório/Centro de Diagnóstico; Farmácia; Pronto Atendimento; <i>Home Care</i> (Credenciado).
Sorocaba	723	90.000	725	Pilar do Sul; Araçoiaba da Serra; Boituva; Sorocaba; Votorantim; Mairinque; Capela do Alto; Ibiúna; Porto Feliz; Salto de Pirapora; Piedade e Tapirai.	Hospital; Laboratório; Centro diagnóstico; Farmácia; Pronto Atendimento; <i>Home Care</i> .

Fonte: Elaborado pela autora.

O primeiro ponto que chamou a atenção foi que o Sistema Unimed, principalmente se comparado com a sua proposta inicial de atividade – que é gerar trabalho para o médico -, por razões que não foram foco deste estudo mas, ao que tudo indica, estão relacionadas à nova fase do segmento de saúde suplementar no Brasil, demonstra uma forte tendência à expansão na sua forma de atuação, incluindo, além dos serviços médicos, também os recursos técnicos e materiais para sua operacionalização. Nos Quadros 12, 13 e 14 foi possível observar que as cooperativas do Estado de São Paulo, de modo geral, estão investindo no que chamam de recursos próprios, incluindo hospitais, laboratórios e centros diagnósticos e, em alguns casos, também farmácia e ótica, que não apenas permitem deter conhecimento e referências nas questões dos custos de procedimentos e medicamentos, descritos pelos entrevistados como o grande desafio do momento para as cooperativas, como também criar e manter padrões de atendimento e excelência.

5.1.2. Investimentos em recursos próprios

Nota-se que as cooperativas Unimed do Estado de São Paulo vêm investindo em recursos técnicos e materiais (recursos médico-hospitalares) que contribuem para que sua atividade fim (o trabalho do médico) mantenha-se em determinado padrão de custos e atendimento. Entende-se esse processo como um caminho natural frente às mudanças que vêm ocorrendo no segmento de saúde suplementar após a regulamentação do setor, ocorrida em 1998, e também frente à concorrência, além do crescimento dos custos decorrentes da modernização tecnológica da medicina.

Os investimentos mais comuns entre as cooperativas Unimed são as farmácias e hospitais. No primeiro caso, o Sistema Unimed enfrentou uma longa batalha judicial com entidades ligadas ao setor farmacêutico a fim de garantir o direito de oferecer medicamentos a preços de custo para seus clientes. Segundo relatos dos dirigentes, estudos desenvolvidos pelas Singulares apontam que um paciente crônico, que depende de remédios de uso contínuo, como hipertensos e diabéticos, pode viabilizar o seu plano de saúde somente com os valores que economiza em

medicamentos nas farmácias Unimed, pelo fato de a maioria delas ser abastecida por Distribuidoras de Medicamentos do próprio Sistema Unimed, que negociam grandes volumes diretamente com os laboratórios farmacêuticos, conseguindo os melhores preços, sendo os medicamentos vendidos a preços de custo aos usuários dos planos Unimed, embutindo apenas o custo administrativo.

A inclusão de hospitais na estrutura organizacional do Sistema Unimed é uma tendência importante. Muitas Singulares já têm hospital ou estão em vias de construir um. O desafio maior, nesse caso, fica por conta de uma cooperativa de grande porte, como Campinas, que depende basicamente de toda a rede hospitalar da cidade para dar suporte aos seus pacientes e vice-versa. Ou seja, muitos hospitais da cidade dependem economicamente da cooperativa e, em contrapartida, a Unimed não conseguiria atender em um único hospital todos os seus usuários, necessitando de um grande número de hospitais credenciados para dar suporte. Essa interdependência é uma forte barreira a qualquer iniciativa que vise a mudar esse quadro.

Recentemente as Singulares Unimed passaram a investir também em programas de prevenção à saúde não apenas para criar diferenciais para o seu produto como também para atender às novas exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que definiu como papel das operadoras de planos de saúde também trabalhar a prevenção de doenças. Alguns modelos, verificados na pesquisa, estão relacionados às questões de medicina ocupacional, aproveitando uma oportunidade oferecida pela legislação trabalhista (as empresas têm obrigações legais em relação à saúde do trabalhador e as organizações que atuam no setor as auxiliam com programas especiais de atendimento). Outros visam grupos de risco, como hipertensos e diabéticos, ou ainda grupos da terceira idade, com atividades físicas e orientações nutricionais a fim de proporcionar a esses pacientes melhor qualidade de vida (e, logicamente, redução dos custos da medicina curativa).

Entre os recursos próprios das cooperativas, destaca-se, também, o chamado *Home Care*. Trata-se do atendimento domiciliar do paciente crônico ou daquele que, por necessidades especiais, deveria ficar um longo período em hospitais. A

Cooperativa leva (empresta) todos os equipamentos hospitalares (cama hospitalar, cadeira de rodas, andadores, suporte para soro, entre outros) para a casa do paciente e uma equipe multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos, visita o paciente uma, duas ou três vezes no dia, aplicando medicamentos e monitorando o quadro geral do paciente. Além do controle dos custos hospitalares, os especialistas afirmam tratar-se de uma forma mais humanizada de cuidar de pacientes por permitir que fiquem próximos aos seus familiares.

5.2. Ferramentas de Relações Públicas utilizadas.

Este item apresenta como as cooperativas Unimed se relacionam com os seus cooperados, quais os canais de comunicação utilizados e seus respectivos graus de eficiência. Discorre, também, sobre informações que permitem analisar o grau de envolvimento dos médicos com sua cooperativa e o nível de conflito existente entre as partes.

5.2.1. Canais de Comunicação e seu grau de eficiência

Para a realização da análise dos canais de comunicação foi feito um *check list* junto aos entrevistados das principais ferramentas de comunicação utilizadas pelas Relações Públicas, apresentadas no roteiro de pesquisa (anexo 1, p. 129): Jornal Interno impresso, Intranet, Boletins Eletrônicos, Eventos, Jornais Murais e Quadro de Aviso, Cartas e circulares, Manuais e vídeos de integração, Manuais técnico-educativos e Clubes de serviços e/ou leitura.

Verifica-se o esforço dos dirigentes das Singulares, ou pelo menos de grande parte deles, para se estabelecer canais para a troca de informação entre a administração e seus cooperados, porém o *feedback*, garantindo a eficácia da comunicação de mão dupla, como proposta por Grunning e Hunt (1992), ainda é confuso. Ratificando um posicionamento bastante tradicional, fica constatado, no Quadro 15, que as ferramentas de comunicação utilizadas por todas as cooperativas para

transmitir informações aos cooperados ainda são as cartas e circulares. Importante salientar que essa primeira análise avalia apenas a frequência dos meios de comunicação e não sua eficiência, o que será feito na seqüência.

O meio eletrônico, mais especificamente a intranet, é considerado pelos dirigentes um importante canal de informação, em especial nas cooperativas de médio e grande porte. Nas cooperativas de pequeno porte, o principal meio de comunicação utilizado ainda é o canal aproximativo, incluindo reuniões e assembléias, sendo algumas acompanhadas de *happy hour* e churrascos de confraternização.

Para dar uma visão geral dos canais de comunicação da cooperativa, foi estruturado o Quadro 15, Canais de relacionamento cooperativa-cooperado - por Singular, que apresenta a síntese dos canais de comunicação utilizados pelas cooperativas para se relacionar com os cooperados.

Quadro 15 – Canais de Relacionamento Cooperativa-Cooperado - por Singular

Cooperativas Pesquisadas	Jornal Interno impresso	Boletins Eletrônicos	Evento sócio-cultural	Jornal Mural	Carta e Circular	Manual e vídeo	Clube de serviços	e-mail	Intra-net
Amparo			x	x	x	x	x	x	x
Araras	x	x		x	x			x	x
Campinas	x	x	x	x	x			x	x
Capivari	x			x	x				
Guarulhos		x	x	x	x			x	x
Itapetininga			x	x	x			x	x
Itatiba			x	x	x			x	
Monte Alto				x	x				
Piracicaba	x	x	x	x	x			x	x
Rio Claro		x	x	x	x			x	x
São José dos Campos	x	x	x	x	x	x		x	x
Salto/Itu		x							
Sta Bárbara D'Oeste/ Americana	x	x	x	x	x			x	x
Sorocaba	x		x	x	x				x
Taubaté	x		x	x	x				

Fonte: Elaborado pela autora.

Para melhor compreensão não só da aplicabilidade das ferramentas de Relações Públicas relacionadas no Quadro 15, bem como do seu grau de eficiência para cooperativas de pequeno, médio e grande porte, cada item foi aprofundado durante a entrevista e os resultados são apresentados a seguir.

a) Boletins Informativos

Os boletins informativos, impressos e eletrônicos, são canais de comunicação bastante utilizados pelas cooperativas para passar aos cooperados algumas das principais informações institucionais da cooperativa.

Na maior parte dos casos, os boletins impressos têm periodicidade mensal ou bimestral, em casos raros, semestral, e são remetidos para o consultório do médico. Quanto ao conteúdo editorial, incluem notícias gerais da cooperativa, de seu desenvolvimento, relatos dos colegas sobre assuntos específicos e também matérias associativas e de integração, como entrevistas com médicos que praticam determinados esportes ou realizam algum trabalho diferente junto à comunidade, além de datas de aniversários. Notou-se que nos boletins informativos de periodicidade mais longa, as informações ficam bastante focadas nas atividades gerais das cooperativas, como a realização dos eventos junto à comunidade local ou medicina preventiva, não divulgando questões administrativas. Foram observadas cooperativas que valorizam a comunicação impressa, de tal forma que somente para os médicos criaram dois boletins: um de periodicidade bimestral, similar à maioria das cooperativas, outro quinzenal, com notícias rápidas e importantes para o dia-a-dia da administração, posicionando a informação impressa realmente de forma estratégica.

Há um terceiro grupo de cooperativas que já investiu nesse tipo de comunicação, mas que por motivos financeiros ou por desinteresse dos próprios cooperados, suspendeu o projeto ou migrou para a versão eletrônica do boletim. Em alguns casos, a suspensão é considerada temporária, pois a cooperativa está construindo hospital próprio, empreendimento que consome a maioria dos recursos. O interesse em

retornar com o veículo (antes o jornal era elaborado uma vez ao mês) vem também ao encontro da necessidade de manter os cooperados informados quanto aos investimentos na construção, deixando-os cientes do que está acontecendo mês a mês.

Uma cooperativa de médio porte optou por patrocinar uma página do jornal regional da Associação Paulista de Medicina (APM), na qual inclui informações gerais institucionais sobre a cooperativa. A justificativa está no fato de o médico já receber mensalmente muitos veículos de comunicação institucionais impressos das entidades médicas às quais é filiado, como o da APM regional, APM estadual, Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Regional de Medicina (CRM), Associações de Especialidade, entre outros, e não ter tempo ou disposição para a leitura.

Quanto ao grau de eficiência dos canais impressos de comunicação, como o boletim informativo, pôde-se perceber que os dirigentes não acreditam que as informações divulgadas nessa ferramenta de comunicação sejam lidas e absorvidas pelos cooperados. Para eles, o *feedback* alcançado por meio desse canal é considerado fraco, insuficiente e, em alguns casos, não traz retorno algum, pois o médico não se interessa e também não tem tempo para esse tipo de leitura..

Houve uma única exceção a essa análise, relatada por uma cooperativa de grande porte, que possui um jornal impresso mensal e, na opinião do dirigente, o médico lê o informativo, pois ele tem um visual atrativo, com matérias curtas e objetivas, tornando-se um dos principais canais de comunicação entre cooperativa e seus cooperados. Para esse mesmo boletim é desenvolvida também uma versão eletrônica para ser enviado por e-mail e fixado na Intranet, no portal da Singular.

Na análise geral, pode-se perceber que as cooperativas, que adotam os boletins informativos como canal de apoio à comunicação com os cooperados, conforme os padrões de excelência estabelecidos pelas Relações Públicas, vêm alcançando melhores resultados. Impressos ou eletrônicos, são eles estratégicos quando bem escritos, com linguagem objetiva e clara, com diagramação agradável e, principalmente, quando respeitada a periodicidade da notícia. No sistema Unimed, foi

possível perceber que algumas cooperativas já definiram um padrão de excelência para esse canal, enquanto outras ainda estão bem distantes.

b) Intranet

A necessidade de informatizar processos, visando à agilização e segurança de dados administrativos, é uma tendência mundial e com o Sistema Unimed não é diferente. Foi nesse cenário que os meios eletrônicos, principalmente a intranet, ganharam força nas cooperativas médicas: era preciso informatizar os processos operacionais relacionados à produção médica (volume de consultas realizadas mensalmente pelos médicos cooperados), a fim de aumentar os controles e agilizar o processamento, além de viabilizar o atendimento nacional do usuário Unimed em intercâmbio.

Toda essa estrutura incluía a informatização dos consultórios dos associados, um passo fundamental que cada cooperativa deu conforme suas possibilidades. Algumas Singulares ofereceram equipamentos (hardwares) e sistemas (software) gratuitamente para todos os consultórios e clínicas, interligando-os à sede da cooperativa por cabo ou fibra ótica. Outras viabilizaram financiamentos para que os próprios médicos realizassem a compra e houve, ainda, aquelas que estimularam a aquisição dos equipamentos por parte dos associados por meio de incentivos financeiros, como a aceleração no pagamento da produção médica daqueles que enviassem seus dados eletronicamente. Poucas, normalmente as de pequeno porte, ainda estão em fase de implantação desse processo.

A partir dessa grande rede de informática (todos os consultórios com suas respectivas cooperativas), a comunicação passou a acontecer de forma mais direta, com mensagens eletrônicas (inclusive boletins eletrônicos), em especial a Intranet. Foram criadas áreas de acesso restrito nos sites para disponibilizar dados estratégicos das cooperativas e também informações administrativas pessoais do médico. Pôde-se observar que muitas Singulares já disponibilizam sites/intranets bem completos para seus cooperados: todo o histórico do médico na cooperativa, sua produção médica,

extratos de pagamentos e impostos, controle de seus dados cadastrais para divulgação para usuários (endereços de atendimento e horários), além de dados estatísticos relacionados ao uso de procedimentos por especialidade (as chamadas estatísticas médicas), permitindo aos cooperados poder comparar sua própria performance com a dos colegas. A proposta, neste último caso, é apresentar informações para controle de qualidade e também para evitar desvios de consumo, principalmente nos exames auto-gerados¹, contribuindo com o controle de custos da cooperativa.

Há um desafio a ser vencido para que o meio eletrônico venha a ser, definitivamente, um canal eficiente de comunicação: a resistência do profissional médico ao computador. Quando questionado aos dirigentes se eles sabiam se os seus cooperados acessavam a intranet com frequência, notou-se que grande parte das Singulares (ou pelo menos dos dirigentes) ainda não se interessara em controlar o volume de acessos. Percebe-se, nesse fato, que talvez os próprios dirigentes não acreditem da eficiência da intranet enquanto canal de comunicação. Ressalta-se, entretanto, que essa postura não é unânime e que algumas não apenas valorizam como também controlam esse canal, relatando que os médicos, que já se utilizaram da ferramenta, mostraram-se satisfeitos. Em alguns casos, os médicos se manifestam por escrito, elogiando a ferramenta de comunicação dada a facilidade que proporciona. Ao que tudo indica, o desafio consiste em fazer com que o cooperado acesse o recurso pela primeira vez para conhecer, pois isso permitirá que experimente as vantagens do uso e comprove a comodidade.

Permitiu-se verificar também que uma cooperativa de grande porte viveu uma experiência interessante pela *web* na última eleição para dirigentes, ocorrida em 17 de fevereiro de 2006. A votação foi realizada por meio de urnas eletrônicas, sendo desenvolvido, para garantir o entendimento do processo, um software na intranet, validado pelo Instituto de Pesquisas Tecnológicas (IPT), de São Paulo (SP), que permitia aos cooperados, durante todo o período que precedeu à eleição, acessar o portal e treinar para a votação com nomes fictícios.

¹ Exames auto-gerados: quando o médico solicita um exame para que ele próprio realize, pois é o detentor o recurso, ou seja, da máquina.

A Intranet não é unanimidade no Sistema Unimed do Estado de São Paulo. Há caso de cooperativa que, apesar de ter todos os dados disponíveis na web, não dispensa o uso do papel, pois o perfil de seu cooperado aponta uma resistência maior a computador: apenas 18% dos médicos cooperados têm menos de 40 anos.

c) Eventos

Os eventos são ferramentas da comunicação aproximativa que já foram mais utilizadas pelas cooperativas, mas que hoje são valorizados apenas por algumas. Eles normalmente estão relacionados a atividades sociais ou culturais, com duas datas prioritariamente comemoradas: o aniversário da cooperativa, principalmente quando se trata de números redondos, como 10, 15, 20, 30 ou 35 anos, e o dia do médico, esse último, em muitos casos, realizado em parceria com a sociedade médica local. Poucas cooperativas costumam também fazer com os médicos um encontro de confraternização no final do ano e, ainda de forma mais rara, encontros para se comemorar os aniversariantes do mês.

Projetos culturais também foram citados com menor frequência, mas a dificuldade de implantação, em função de verbas, faz com que as idéias para sejam deixadas para segundo plano. Outra dificuldade é enfrentar a crítica daqueles que não gostam desse tipo de iniciativa e que falam mal da administração por “gastar dinheiro com essas bobagens” em vez de remunerar melhor o médico. Uma cooperativa relatou que o nível crítico dos cooperados é tão alto que até mesmo os projetos criados para favorecê-los, como férias remuneradas uma vez por ano, sejam vistos de forma negativa. Para esse dirigente, a avaliação dos cooperados muitas vezes está mais ligada ao campo político, caso a gestão vigente não seja exatamente aquela que ele votou na eleição, do que aos resultados efetivos da cooperativa.

Eventos esportivos aparecem em menor proporção. Uma Singular de grande porte, por exemplo, anualmente realiza um torneio de futebol e um de tênis, mas nas comemorações dos 35 anos da cooperativa, ocorridos no final do ano passado, realizou diversas atividades sociais e esportivas, entre elas a Olimpíada Unimed, na qual

os médicos competiram em diversas modalidades, como futebol, tênis, truco, dança de salão, natação, entre outras. O resultado foi considerado um sucesso.

Os dirigentes afirmaram, de maneira geral, que já investiram mais em eventos, mas, com o decorrer do tempo, a participação dos cooperados foi caindo e as iniciativas foram abandonadas. Houve relatos de eventos informais, como café da manhã na cooperativa com a diretoria, para pequenos grupos, com a proposta de se discutir problemas e também para criar uma oportunidade do cooperado se relacionar com os dirigentes, a fim de desenvolver ou, em alguns casos, resgatar uma relação de proximidade.

Dois casos chamam a atenção por suas particularidades e por apresentarem, segundo os dirigentes, resultados extremamente positivos. O primeiro refere-se à Singular de pequeno porte que tem apenas um ano e meio de existência e há apenas 8 meses comercializa planos de saúde. Ainda nessa Singular, o principal canal de comunicação é o aproximativo, por meio de reuniões, muitas vezes realizadas no final da tarde, em bares da cidade, em formato de *happy hour*, para também integrar e trocar informações. É uma Unimed ainda em formação e que exige de seus sócios investimentos significativos, portanto, muita discussão a fim de decidir pelas melhores opções. Nota-se, nesse caso, um forte espírito cooperativista, fundamentado pela união e credibilidade nos administradores. O dirigente se posiciona como temporário no cargo: “Eu sou médico e estou como presidente”, afirma categoricamente.

Relato similar foi feito por outras duas cooperativas de pequeno porte que têm na comunicação aproximativa, principalmente reuniões, sua principal estratégia. Uma delas afirmou que tudo o que acontece na cooperativa é transmitido ao cooperado no dia-a-dia de trabalho, no hospital, e o resultado é que o grupo de médicos acompanha o seu negócio porque realmente se sente dono. Destacou também que as reuniões do Conselho de Administração são abertas para a participação dos interessados, havendo uma vez ao mês, um churrasco de integração no final dos trabalhos, o que, na opinião do dirigente, faz com que o médico fique muito à vontade em relação à administração. No segundo caso, o principal canal de comunicação são as

próprias reuniões dos conselhos de administração, técnico e fiscal, pois esses conselheiros se encarregam de partilhar as informações com os demais cooperados no dia-a-dia de trabalho. Porém, a avaliação desse dirigente é um pouco diferente do primeiro, pois, apesar do grande conhecimento que a maioria dos cooperados tem sobre a cooperativa, não há certeza em relação ao grau de satisfação do grupo em relação à administração.

É importante relatar, também, a experiência de uma cooperativa de médio porte com a ferramenta de comunicação aproximativa, não necessariamente o evento. Por questões inicialmente políticas – no ano seguinte haveria eleição – foi desenvolvido durante o ano de 2005 um projeto de aproximação da Diretoria com os médicos cooperados com envolvimento de uma série de estratégias. A principal delas foi a visita do Presidente da cooperativa aos consultórios dos médicos cooperados. A mecânica funcionava da seguinte forma: uma assessora pessoal do presidente primeiramente marcava uma visita ao consultório do médico para um levantamento do grau de satisfação e informações que o cooperado tinha da cooperativa. Nos casos em que havia problemas de relacionamento, o Presidente agendava uma outra reunião e ia pessoalmente ao consultório do colega para ouvi-lo e para discutir um pouco dos projetos da cooperativa. Como resultado, além das premiações nacionais do sistema Unimed que a cooperativa ganhou como reconhecimento pela iniciativa, estima-se que atualmente 45% dos cooperados passaram a frequentar a cooperativa, muito deles envolvidos em projetos administrativos ou sociais, inclusive com doação de consultas para projetos da Singular junto à comunidade, em parceria com a Prefeitura.

A presença física do médico na cooperativa ainda é relatada como escassa. O cooperado vai à sede administrativa exclusivamente para resolver pendências ou para reclamar, dificilmente portando-se como um dono que vai à sede de sua empresa, apesar das Singulares manterem espaços exclusivos para o seu atendimento. Uma outra forma de aproximação interessante foi observada em uma cooperativa de médio porte que criou uma biblioteca na sede como forma de trazer o médico para junto da administração. Assinatura de revistas científicas, livros e revistas

de interesse geral atraem o médico para a cooperativa e o contato acontece naturalmente.

d) Jornais Murais e Quadro de Avisos

Jornais Murais e Quadro de Avisos foram encontrados em todas as cooperativas pesquisadas, mas, de maneira geral, as informações fixadas são direcionadas mais para funcionários do que para médicos. Em alguns casos, nas cooperativas que têm hospitais, a ferramenta é dirigida também para os cooperados, normalmente para a divulgação de congressos e eventos científicos (cartazes).

e) Cartas e Circulares

As Cartas e Circulares ainda são consideradas pelos dirigentes das cooperativas de todos os portes um canal informativo fundamental para os médicos nas questões administrativas. Em alguns casos, comunicados importantes são enviados por meio de *motoboy*, protocolados, ou carta registrada a fim de assegurar o recebimento, pois é muito comum os médicos alegarem que não têm conhecimento sobre determinado assunto porque não foi divulgado. A avaliação do grau de eficiência desse canal é considerada positiva pelos dirigentes. As cartas e circulares são bastante utilizadas também pelas comissões de especialidade e auditoria médica, para comunicar decisões de áreas específicas, com um bom índice de leitura, na percepção dos dirigentes. Não seguem uma periodicidade específica: são emitidas sempre que existe necessidade de comunicação rápida.

f) Manuais e Vídeos de integração ou treinamento

As Singulares entrevistadas não investem diretamente em Manuais e Vídeos de integração ou treinamento. Algumas delas possuem exclusivamente vídeo institucional, utilizado esporadicamente em ações junto à comunidade, mas não necessariamente para os cooperados. O momento de integração desse profissional, logo

após sua adesão como sócio da cooperativa, é o momento que normalmente costuma-se utilizar esse tipo de material, bem como todos aqueles relacionados à educação cooperativista, que normalmente são desenvolvidos em âmbito corporativo, pelas federações, ou sob coordenação da Unimed do Brasil. Recentemente, a FESP lançou o CD “Educação cooperativista com certeza”, dirigido aos cooperados, com informações sobre cooperativismo, mercado e tendências, além de um tipo de teste, graças ao qual se o médico responder e for aprovado, recebe uma verba para participação em cursos e congressos. A Federação criou o CD, mas a Singular deve adquiri-lo e também pagar o prêmio ao seu associado.

O Quadro 16 analisa os fatores de escolha dos meios de comunicação utilizados pelas cooperativas Unimed do Estado de São Paulo, conforme o seu porte, envolvendo os critérios de credibilidade, controle, eficiência, impacto e aceitação.

Quadro 16 – Fatores de escolha dos meios de comunicação

Fatores de escolha do canal/meio	Boletins Informativos			Evento			Jornal Mural			Cartas e Circulares			Manuais e vídeos			Clube de serviços			e-mail			Intranet			
	PQ	MD	GR	PQ	MD	GR	PQ	MD	GR	PQ	MD	GR	PQ	MD	GR	PQ	MD	GR	PQ	MD	GR	PQ	MD	GR	
<i>Porte da Cooperativa</i>																									
Credibilidade	bx	md	md	alto	md	bx	bx	bx	bx	alto	alto	alto	bx	bx	bx	bx	bx	bx	bx	md	md	md	alto	alto	
Controle	bx	bx	bx	bx	bx	bx	bx	bx	bx	alto	alto	alto	bx	bx	bx	bx	bx	bx	bx	md	md	md	alto	alto	
Integração	bx	bx	md	alto	md	bx	md	md	md	alto	alto	alto	md	md	bx	md	bx	bx	bx	bx	bx	md	md	md	
Eficiência	bx	md	md	alto	md	bx	md	md	md	alto	alto	alto	md	bx	bx	md	bx	bx	bx	md	md	md	alto	alto	
Impacto	bx	md	md	alto	bx	bx	bx	bx	bx	alto	alto	alto	bx	bx	bx	md	bx	bx	bx	md	md	alto	md	md	
Aceitação	bx	md	alto	alto	md	bx	md	md	md	alto	alto	alto	md	bx	bx	md	md	bx	bx	md	md	md	md	md	

Fonte: Elaborado pela autora.

Grau de influência: bx = baixo; md = médio e alto.

A escolha dos meios de comunicação por parte das cooperativas foi influenciada pelo público alvo da mensagem e pelo emissor, conforme apresentado no Quadro 17 – Canais de comunicação – Emissor e receptor.

Quadro 17 – Canais de comunicação – Emissor e receptor

Canais/meios de Comunicação	Por quem é utilizado	Público alvo
Boletins Informativos	Adm.	Usuários/Clientes
Evento	Adm./Comitês Especialidade	Médicos/ comunidade/usuários
Jornal Mural	Adm.	Funcionários
Cartas e Circulares	Adm./Comitês Especialidade	Médicos/Clientes
Manuais e vídeos	Adm.	Médicos/Usuários
Clube de Serviços	Adm	Médicos
e-mail	Adm./Comitês Especialidade	Médicos
Intranet	Adm./Comitês Especialidade	Médicos/clientes/ funcionários

Fonte: Elaborado pela autora

h) Profissional responsável pela comunicação nas cooperativas

A profissionalização é uma meta que se mostra clara em grande parte das cooperativas Unimed, nas mais diversas áreas. Para muitos dirigentes a regulamentação do setor de saúde suplementar foi positiva no sentido de obrigar as cooperativas a se profissionalizarem, tanto nos níveis diretivos quanto entre os colaboradores. Na área de comunicação não é diferente: muitas delas já criaram um setor para cuidar de sua comunicação, em maior ou menor escala. A formação desse profissional, de maneira geral, está concentrada nas atividades relacionadas à comunicação social, ou seja, Relações Públicas, Publicidade e Jornalismo, como observa-se no Quadro 18 - Formação profissional do responsável pela comunicação nas Cooperativas Unimed. A Administração, com ênfase na área de Marketing, também aparece, seguido pela área de Economia e Secretariado.

Quadro 18 - Formação profissional do responsável pela comunicação nas Cooperativas Unimed

Cooperativas Pesquisadas	Formação profissional
Amparo	Propaganda e Marketing.
Araras	Atualmente não possui profissional.
Campinas	Administração (líder), com equipe multidisciplinar.
Capivari	Relações Públicas.
Guarulhos	Relações Públicas.
Itapetininga	Publicidade.
Itatiba	Serviços prestados por assessor de marketing da Federação Regional Centro Paulista.
Monte Alto	Não tem.
Piracicaba	Jornalismo.
Rio Claro	Secretariado.
Salto/Itu	Administração.
Sta Bárbara D'Oeste/ Americana	Economia.
São José dos Campos	Publicidade e Marketing.
Sorocaba	Relações Públicas.
Taubaté	Não possui profissional.

Fonte: Elaborado pela autora.

Essa postura de delegar aos profissionais especializados a tarefa de criar e manter canais de informação com os associados ratifica a importância que as administrações das Singulares dão hoje para a comunicação. Porém, pôde-se perceber também que umas acreditam e valorizam mais a área que as outras, dando aos profissionais espaço maior para o trabalho.

5.2.2. Envolvimento do Médico Cooperado com a Cooperativa

Nesta etapa da pesquisa buscou-se analisar como é a relação do médico com sua cooperativa, fundamentando-se na filosofia e nos princípios que guiam o cooperativismo.

Para avaliar o grau de envolvimento do cooperado com sua cooperativa é importante analisar, primeiro, a questão do que o Sistema Unimed chama de fidelidade societária. Trata-se de um princípio de lealdade estabelecido nos Estatutos Sociais e Regimento Interno das cooperativas Unimed. Isso quer dizer que o médico associado à Unimed não pode trabalhar para empresas concorrentes, as chamadas medicinas de grupo, não apenas em função da concorrência, mas também por princípios relacionados à ética médica. Para eles, o médico é um profissional liberal e todo e qualquer convênio que venha a lucrar com o seu trabalho é considerado não ético, por empregar o médico. Nessa categoria não estão incluídos o sistema público de saúde e os sistemas de auto-gestão em saúde, como Fundação Cesp, Petros, Cassi, do Banco do Brasil, Funcef, entre outros.

O Quadro 19 apresenta o posicionamento das cooperativas entrevistadas em relação à fidelidade societária.

Quadro 19 – Posicionamento das cooperativas em relação à Fidelidade Societária

Cooperativas Pesquisadas	Exige Fidelidade Societária	NÃO Exige Fidelidade Societária
Amparo	x	
Araras	x	
Campinas	x	
Capivari	x	
Guarulhos		x
Itapetininga	x	
Itatiba	x	
Monte Alto	x	
Piracicaba		x
Rio Claro	x	
Salto/Itu	x	
Sta. Bárbara D'Oeste/ Americana	x	
São José dos Campos		x
Sorocaba		x
Taubaté		x

Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se, no Quadro 19, que a fidelidade societária predomina entre as cooperativas pequenas e médias, com exceção da Singular de Guarulhos e Taubaté. Entre as cooperativas de grande porte, somente Campinas mantém-se firme na proposta inicial de sua formação, não permitindo que seus médicos trabalhem como credenciados para empresas concorrentes. Somente são permitidos os convênios éticos.

Entre as cooperativas pesquisadas, uma de médio porte, que exige fidelidade societária dos seus cooperados, relatou um problema com um grupo de médicos cooperados que eram também donos de um convênio considerado não ético, razão por que foram desligados da cooperativa, mas entraram com mandato de

segurança para julgamento na justiça comum, adiando essa decisão por 10 anos. Apesar de o resultado final ter sido favorável à cooperativa, durante o período de tramitação do processo, o controle em relação à fidelidade societária foi bastante complexo e frágil, exigindo dos administradores muita cautela nas tomadas de decisões. Graças à vitória da cooperativa, a questão tende a ser normalizada e as regras devem ser cumpridas de forma mais rigorosa novamente. Durante esse período de transição, uma das estratégias utilizadas pela direção para informar e conscientizar os cooperados em relação ao problema foi a criação de um comitê educativo chamado de NIC – Núcleo de Integração Cooperativista, formado por médicos que compõem também o Conselho de Administração. Uma das atividades desse grupo era coordenar e realizar bimestralmente o projeto “Passando a Limpo”, um encontro com cooperados na sede da Singular para conversar abertamente questões relacionadas à administração da cooperativa. Na prática, a cada evento são convidados grupos de médicos, sendo os resultados, segundo avaliação dos dirigentes dessa cooperativa, bastante positivos.

a) Educação Cooperativista

Importante é destacar uma cooperativa de grande porte que não exige fidelidade societária de seus cooperados, mas que empenha um grande esforço no sentido de resgatar a filosofia cooperativista e sensibilizar os médicos para o resgate dessa proposta. Em busca desse objetivo, investe na comunicação aproximativa, sendo a principal delas um curso sobre cooperativismo chamado “Conheça o seu negócio”, similar ao “Passando a Limpo”, no qual, além de falar sobre a filosofia cooperativista, aborda de maneira didática o papel da Agência Nacional de Saúde(ANS), como funciona o setor comercial, operacional e recursos próprios da cooperativa. Realiza, também, cafés da manhã com cooperados, Assembléias Gerais Extraordinárias (AGE) a cada três meses, em média, além de reuniões com cooperados nas cidades vizinhas, incluídas na sua área de abrangência. Criou no seu estatuto uma diretoria de educação cooperativista para trabalhar educação cooperativista.

Entre as cooperativas de pequeno porte a educação cooperativista faz parte do dia-a-dia. A maior parte delas acredita que os seus cooperados realmente sentem-se donos do negócio e que a educação cooperativista acontece no dia-a-dia, nos

encontros informais no hospital ou em ambientes sociais. Um dos dirigentes dessas Singulares afirmou que a transparência é fundamental e o grau de consciência dos cooperados reflete-se nos resultados da cooperativa, que, no caso da cooperativa por ele administrada, distribuiu como sobra, neste ano, durante a Assembléia Geral Ordinária (AGO), a décima sexta produção.

Ratificando esse pensamento, um outro dirigente de cooperativa do mesmo porte ressaltou que, em função do seu tamanho, quase a totalidade dos cooperados já ocupou cargos em um dos três conselhos da cooperativa, razão pela qual eles conhecem os princípios cooperativistas, não havendo a necessidade de investir nesse tipo de educação.

Assim, a educação cooperativista é algo controverso no Sistema Unimed. Parte das cooperativas acredita e investe em educação cooperativista como forma de aproximar o médico da cooperativa e despertar o sentimento de propriedade, tratando-o como dono. Outras acham que não funciona e acreditam que o que o médico quer, na verdade, é resultado financeiro e, conseqüentemente, boa remuneração. Algumas cooperativas comentaram, também, que as próprias lideranças não desenvolvem a educação cooperativista por não haver incentivos financeiros para quem executa esse trabalho, chegando à conclusão de que não há resultados efetivos.

Uma proposta que parece ter vindo para ficar inclui um curso sobre cooperativismo na admissão de novos cooperados e, em algumas cooperativas, o médico deve ter um período de experiência que varia de um a dois anos, quando somente então lhe é dada a permissão de se cooperar definitivamente. Esse segundo caso ainda enfrenta uma questão legal que fragiliza a idéia. Segundo informações de um dirigente, o médico que está em período de experiência e, eventualmente, não é aprovado, pode entrar na justiça e sua chance de ganhar é grande.

Houve, também, relatos da falta de comprometimento dos próprios conselhos na educação cooperativista. Uma das Singulares tentou implantar a palestra sobre cooperativismo na admissão do cooperado, mas teve que abandonar o projeto

porque não houve candidatos nem no Conselho de Administração que trabalhasse nesse projeto sem remuneração.

Quando questionados se acreditavam na educação cooperativista, os dirigentes afirmaram ser esse um terreno bastante complicado e concordavam com o pensamento de Rios (1998), que afirma que o cooperado deveria ser selecionado como se faz uma seleção para uma empresa: busca-se o perfil do profissional conforme necessidade da empresa. No caso das cooperativas seria necessário buscar o profissional cooperativista por natureza ou convicção. Mas também concordam com Irion (1997), que defende a educação cooperativista como uma das soluções para o impasse, afinal o Sistema Nacional de Saúde Unimed já está consolidado e no atual contexto do não resta outra saída. Dessa forma, aquelas que investem em programas de educação cooperativista, aqui relatados, acreditam que é importante esse trabalho e que, a médio e longo prazo, traz resultados.

b) Participação em Assembléias

Um dos termômetros que marca o grau de envolvimento do cooperado com sua cooperativa é o índice de participação médio nas Assembléias Gerais Ordinárias (AGO) e Extraordinárias (AGE). De maneira geral, esse percentual fica em torno de 10%, 15% ou 20%, um índice considerado baixo pelos dirigentes, levando-se em consideração que a AGO e a AGE são os palcos das principais decisões da cooperativa, incluindo plano de gestão, investimentos futuros e apresentação dos resultados. Uma única cooperativa de pequeno porte afirmou que suas assembléias contam sempre com mais da metade dos cooperados, ficando a média em torno de 60% ou 70% de índice de participação. Nas cooperativas menores, a participação é intensa quando existe eleição: quase a totalidade dos médicos comparece para votar, mas essa não é a realidade de cooperativas grandes, que, em alguns casos, mesmo em assembléias que elegem os futuros dirigentes da cooperativa o índice de participação não ultrapassa 40%.

Com a proposta de melhorar esse quadro e estimular a participação do cooperado nas questões administrativas, algumas Singulares estão investindo em

programas de incentivo à participação do médico junto à cooperativa, uma das ferramentas que vêm ganhando cada vez mais adeptos entre os dirigentes. Os modelos de programas são variados, mas normalmente estão relacionados a pontuações que avaliam postura do médico perante a cooperativa e estimulam a sua presença nos momentos de decisão. Isso quer dizer que as pontuações incluem participação em assembléias e em reuniões de especialidade e atualização médico-científica. Algumas Singulares consideram também o posicionamento do médico comparativamente à média de sua especialidade, considerando para isso as estatísticas médicas. Como gratificação pôde-se observar desde brindes até recompensas financeiras e uma semana de férias remunerada por ano. Os resultados, em todos os casos, foram muito positivos.

c) Investimentos em educação cooperativista e atualização científica

As cooperativas possuem um Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social (FATES), estabelecido na LEI Nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971(www.portaldocooperativismo.org.br), que tem contribuído para viabilizar investimentos tanto na educação cooperativista como também na atualização científica dos médicos cooperados. As de porte menor têm mais dificuldade em função do baixo volume, mas as grandes, em casos exclusivos, além de um auxílio financeiro igual para todos os cooperados para participação de congressos de sua especialidade, oferecem também curso de MBA e pagamento da anuidade dos profissionais junto ao Conselho Regional de Medicina (CRM)

Um outro modelo de investimento do FATES foi relatado por uma cooperativa de grande porte que criou um Centro de Estudos Unimed para investir na atualização técnico-científica dos seus cooperados. Trata-se de um departamento instalado no Hospital Unimed, coordenado por um médico cooperado, que, juntamente com os comitês de especialidades, organiza eventos para a atualização científica dos médicos cooperados (educação continuada). Os médicos que atuam em emergências, por exemplo, para entrar no plantão do Hospital Unimed ou se manter nessa posição, devem fazer os cursos de atualização obrigatórios, como o ATLS (emergência em trauma), ACLS (emergências cardíaco), PALS (emergências pediátricas) e ALSO (emergências ginecológicas), além de cursos, congressos, discussão de casos e

apresentação de trabalhos, em um sistema de pontuação, sob pena de inviabilizar sua permanência na emergência.

Iniciativas independentes, desenvolvidas pelas próprias cooperativas visando à educação continuada, também foram descritas, mas com baixos índices de participação. Uma cooperativa de pequeno porte relatou que convidava personalidades da área médica de fora da cidade para ministrar cursos e palestras e, segundo o dirigente, passava vergonha porque o quorum era baixo. Ressaltou, entretanto, que, quando das pesquisas de opinião juntos aos médicos, essa atividade era descrita como positiva, porém não compareciam.

Nesse contexto, é possível analisar parte da cultura organizacional de uma cooperativa de trabalho médico, começando por traçar o perfil desse profissional que decide participar de uma estrutura associativista, mas que no seu dia-a-dia acaba por banalizar essa relação. Para muitos dirigentes, é possível fazer uma relação desse comportamento com a própria formação individualista do médico. Eles não são treinados para trabalhar em grupo. Sua missão é salvar vidas e a relação médico-paciente é o ponto mais importante: ele deve confiar quase que exclusivamente nele próprio para cumprir sua tarefa. Interessante que esse perfil foi traçado por uma parte significativa dos entrevistados, que também são médicos e “estão” na direção temporariamente, o que pode garantir maior fidelidade aos fatos.

O perfil do médico é creditado à própria formação desse profissional, que, segundo eles próprios, são treinados para viver uma relação individualizada com o paciente e sem intervenções, sejam elas de qualquer natureza, muito menos de uma estrutura organizacional administrativa, como é o caso de uma cooperativa. As entidades de classe ligadas à medicina ratificam esse posicionamento por meio de um código de ética que, entre diversos outros pontos, garante o livre *harbitrium* na relação médico-paciente. A missão de salvar vidas é prioridade, bem como sigilo de tudo o que acontece no consultório, exigindo capacitação e recursos.

Além do perfil, a falta de tempo para leitura ou reuniões foi o principal motivo alegado pelos entrevistados para o déficit de comunicação. Se considerarmos

que tempo é um dos bens mais preciosos do homem moderno – o homem multi-tarefas – as cooperativas médicas se igualam a outras estruturas organizacionais, inclusive com os mesmos desafios comunicacionais.

Histórias de fraudes em cooperativas grandes, como foi o caso da Unimed São Paulo, e mau uso do poder por parte de alguns administradores elevam esse individualismo do médico e, muitas vezes, coloca-o em situação de desconfiança em relação à diretoria executiva da cooperativa. E para as lideranças a única forma de contornar esse problema é por meio de um sistema de informações transparente, com muito diálogo e participação do médico junto à administração. Para eles, é fundamental que o médico não apenas saiba detalhes da administração, como também ajude nas decisões durante as assembléias, com clareza e discernimento.

d) Secretárias dos Médicos Cooperados

Um elo entre a cooperativa-médico cooperado e cooperativa-usuários dos planos de saúde Unimed, bastante citado entre os dirigentes, é a secretária do médico, do consultório ou clínica. É ela quem recebe as correspondências para o médico, organiza as questões burocráticas conforme orientações da cooperativa, lembra-o das atividades associativistas e ainda é responsável pelo primeiro contato do cliente Unimed no momento do atendimento. De modo geral, as cooperativas realizam apenas 1 evento por ano para esse público, visando à integração desses profissionais junto à Unimed e também o aprimoramento de suas atividades.

Nota-se que um número menor de cooperativas investe de maneira mais expressiva nas secretárias, entendendo-as como um público estratégico. Essas Singulares buscam manter contato permanente, desenvolvendo com elas um relacionamento mais próximo, a fim de que suas atividades junto ao médico em prol da cooperativa sejam uma consequência de seu alto grau de envolvimento e informação. Para isso, realizam reuniões e treinamentos a cada três meses, em média. Foi relatado um caso de uma cooperativa de grande porte que mantém um banco de informações com dados dessas profissionais para que os médicos, quando necessitam contratar secretárias, busquem essas profissionais na sua Singular. Mas hoje, a atual diretoria vê

esse serviço com ressalva em função da responsabilidade que envolve indicar uma pessoa para trabalhar no consultório.

e) Responsabilidade Social

Entendendo que o envolvimento do médico com a cooperativa não se limita à simples relação de trabalho e remuneração, buscou-se apurar também neste estudo se os médicos cooperados participam dos projetos sociais das cooperativas, pois entende-se essa ação como uma consequência do fato de eles se sentirem co-responsáveis pelas propostas apresentadas, porque são donos da cooperativa. É importante ressaltar que investimentos em ações sociais mostram-se como um ponto forte do Sistema Unimed. O conceito de Responsabilidade Social, propriamente dito, ainda é um pouco confuso para muitos: ações sociais, filantropia e ações de responsabilidade social se misturam, mas deixam transparecer a importância dada ao tema, porém o envolvimento do médico, de maneira geral, é baixo.

Os projetos são muitos e bastante variados, buscando se ajustar à realidade de cada região. Alguns, desenvolvidos e incentivados pela Federação do Estado de São Paulo, como o Projeto Vida Iluminada e Projeto Félix, foram propostas comumente encontradas durante este estudo. Normalmente, as cooperativas buscam contribuir com alguma instituição carente de sua região, podendo ser escolas municipais, creches, organizações não-governamentais e, em muitos casos, projetos das Prefeituras.

Entre os projetos criados e incentivados pela Federação do Estado de São Paulo destacaram-se:

- *Projeto Vida Iluminada* – inserido no projeto da Mulher Unimediana (projeto que envolve a esposa dos médicos cooperados e as médicas da cooperativa), voltado para o desenvolvimento de ações que contribuam com instituições que trabalham com deficientes visuais. Na maioria das Singulares que adotam esse projeto, o médico se envolve voluntariamente para cuidar dessas pessoas com necessidades especiais, por meio de doação de consultas.

- *Projeto Félix* – aulas de informática para crianças carentes da comunidade (com renda familiar abaixo de R\$ 500,00) ministradas por funcionários da cooperativa, em espaço e com equipamentos cedidos pela Singular.

Em diversas cooperativas já existe um grupo de colaboradores voluntários para os projetos sociais desenvolvidos pela organização, que cuidam de diversas ações junto à comunidade, conforme as necessidades de cada região. Entre as propostas desenvolvidas, resumidamente, destacam-se:

- *Guardinha Mirim*: orientação profissional para os Guardinhas Mirins que estão no terceiro ano do ensino médio, a fim de encaminhá-los para uma profissão e, sempre que houver possibilidade, oferecer essa primeira oportunidade no próprio sistema Unimed.
- *Aulas de Informática*: as aulas são ministradas pelo próprios colaboradores.
- *Voluntariado em escolas municipais*: a cooperativa colabora financeiramente para viabilizar um ambiente melhor e os colaboradores participam como palestrantes ou recreacionistas, voluntariamente.

Alguns projetos contam apenas com a participação financeira da cooperativa:

- *Projeto Jovens Atletas* - Aulas de capoeira, Axé, dança de rua e judô para a comunidade carente dada por atletas patrocinados pela cooperativa.
- *Sopão comunitário* – doação de uma verba para a realização do sopão comunitário.
- *Projeto Casa* – Jovens expostos a riscos, que estudam meio período e passam meio período na casa estudando e desenvolvendo atividades. A Unimed oferece plano de saúde para todos (são quase 100 hoje).
- *Orcamp* – A Unimed oferece assistência médica gratuita e medicina preventiva para grupos de crianças e jovens atletas carentes. Grandes profissionais já se formaram, como o corredor Vanderlei Cordeiro de Lima, agarrado Olimpíada

por um fã durante a corrida da maratona, quando liderava a prova. Contribui também com uniformes e alimentação das crianças.

- *Projeto Saúde Toda Vida* – voltado para pessoas da terceira idade, clientes ou não da Unimed. Duas vezes por semana, a Unimed aluga um espaço e disponibiliza profissionais de saúde e artes, dança, ginástica, para que essas pessoas se encontrem e usufruam de bons momentos, além de também receber orientações para uma vida mais saudável. Como resultado, além da redução do uso da estrutura médico-hospitalar oferecido pela cooperativa, a proposta envolveu e uniu funcionários e médicos que participam do projeto voluntariamente.
- *Investimento em cooperativa de catadores de lixo* – a Unimed apóia e participa com trabalhos voluntários em uma incubadora de cooperativas de catadores de lixo (Projeto Cidade Limpa).

A colocação profissional para pessoas portadoras de necessidades especiais também apresenta-se como uma preocupação de muitas cooperativas não apenas para atender à lei, mas também para sensibilizar os próprios funcionários. O desafio, segundo relatos de uma cooperativa de grande porte, está em conseguir o profissional. Eles afirmam que sobram vagas para portadores de necessidade especiais.

Um caso interessante foi relatado por uma cooperativa de médio porte que entende existir uma grande distorção nas questões de responsabilidade social. Segundo o dirigente, eles não consideram responsabilidade social o que se faz hoje no mercado. Para ele, a responsabilidade social começa dentro de casa, ou seja, hoje muitas cooperativas Unimed se posicionam como socialmente responsáveis, mas têm no seu corpo de funcionários pessoas passando necessidades. Por isso, eles mantêm o que chamam de Casa de Solidariedade, totalmente voltada para as necessidades de seus funcionários e familiares, desde a distribuição de roupas, brinquedos até cursos de computação. A casa é de propriedade da Unimed e o trabalho é todo voluntário, dos próprios funcionários, que inclusive pintam e cuidam do imóvel.

Independente das divergências de conceitos e opiniões, em uma visão ampla, os relatos são comuns em relação ao pouco envolvimento do médico nos

projetos sociais da cooperativa. Mesmo nos projetos de medicina preventiva, que atualmente são obrigatórios para todas as operadoras de planos de saúde e que levam informações às empresas clientes e comunidade, a adesão é baixa.

O envolvimento voluntário do médico cooperado é destaque em um programa de uma cooperativa de médio porte, que criou o *Programa Mais Saúde*, desenvolvido em parceria com a Prefeitura, com o objetivo de melhorar a saúde no município. A Unimed oferece 2.400 consultas gratuitas por ano à comunidade carente, oferecidas exclusivamente por médicos cooperados de forma voluntária. Eles doam suas consultas à cooperativa que repassa para a Prefeitura. Importante salientar que foi essa Singular que no ano passado ganhou o prêmio da Unimed do Brasil de melhor projeto de relacionamento com o cooperado, já descrito neste estudo, incluindo a visita do presidente da cooperativa aos consultórios dos cooperados. Foi o maior exemplo de envolvimento dos médicos cooperados em projetos sociais encontrado nesta pesquisa, ratificando a importância do relacionamento para o dia-a-dia da cooperativa.

5.2.3. Verificação dos conflitos cooperativa-cooperado.

Nesta etapa do trabalho buscou-se refletir junto com os dirigentes entrevistados o grau de conflito existente (se existe) entre o médico cooperado e sua cooperativa. Para tanto, foram cruzadas as informações relacionadas ao grau de conhecimento e participação do cooperado na cooperativa com os principais desafios enfrentados hoje por essas organizações, como a Lei 9656, que regulamenta os planos de saúde no Brasil e as novas exigências da Agência Nacional de Saúde (ANS), as mudanças na legislação tributária, a elevação dos custos da medicina em função das novas tecnologias e a competição mercadológica acirrada.

Pôde-se observar que o desconhecimento, principalmente das questões relacionadas às questões legais e mercadológicas, é o grande alimentador do conflito entre administração e cooperados. O maior deles acontece em função dos controles de custos e da remuneração final. Os entrevistados foram unânimes em afirmar que um dos maiores desafios da atualidade para as cooperativas é equilibrar o bom atendimento,

incluindo os melhores recursos, pois a tecnologia, no caso da medicina, só faz crescer os custos. Todos os dias surgem novidades que, ao mesmo tempo, são geniais para toda a humanidade, como novas drogas e equipamentos que permitem diagnósticos mais precisos, mas também geram despesas para as operadoras de planos de saúde, pois assumir uma nova tecnologia não quer dizer que o custo incorporado poderá ser repassado para o preço. Trata-se de um segmento regulamentado pelo governo, cujos aumentos – pelo menos no caso dos planos pessoa física – só acontecem com autorização e nos índices pré-estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde (ANS). A frase mais citada nesse caso foi “a saúde não tem preço, mas tem custo”.

A complexidade desse fato ainda poderia ser considerada sob controle se a organização em foco não fosse uma cooperativa, que tem, entre seus princípios, a proposta de valorizar a democracia e liberdade. Some-se a isso o fato de que trata-se de uma cooperativa de trabalho médico, que também deve atender ao Código de Ética Médica, que diz, entre outras coisas, que não deve haver interferências na relação médico-paciente (Código de Ética- art. 16). A partir daí, pode-se concluir que o uso equilibrado dos recursos é mais uma questão de consciência coletiva dos médicos em relação à cooperativa do que, propriamente, uma interferência da administração. Uma única cooperativa de pequeno porte relatou não ter tanto problema em relação aos custos porque, até pelo seu porte, é uma grande compradora de serviços, portanto, quando existe o abuso no uso, sem restrições, os cooperados imediatamente sentem no bolso, facilitando o controle por parte da administração.

Para trabalhar essas questões, praticamente a unanimidade das cooperativas pesquisadas tem adotado o que chamam de “Estatística Médica”, que nada mais é do que estabelecer índices médios de uso de determinados procedimentos por especialidade e disponibilizar esses dados para consulta de todos. Isso quer dizer os médicos daquela determinada especialidade terão acesso aos índices médios de uso dos procedimentos, podendo estabelecer uma análise comparativa de seu próprio comportamento. Em outras palavras, indiretamente deixa-se claro que a cooperativa tem o controle dos dados e que está observando o comportamento de todos, não com o objetivo de inibir, mas de controlar e manter qualidade e custos equilibrados. Está criado aqui um dos pontos mais críticos de conflito cooperativa-cooperado. Em alguns

casos essa situação é ainda mais séria porque envolve uma Singular de pequeno porte ou porque a cooperativa está instalada em uma região com renda per capita baixa. Em ambas as situações os altos custos inviabilizam a continuidade da cooperativa.

Quadro 20 – Razões dos conflitos nas relações cooperativa-cooperado

Motivos de conflitos	Cooperativas de pequeno porte	Cooperativas de médio porte	Cooperativas de grande porte
Desconhecimento (falhas na comunicação) das questões legais (ANS) e mercadológicas (concorrência) do setor de saúde suplementar.	Aplica-se parcialmente.	Aplica-se.	Aplica-se.
Necessidade de controle de custos/ Administração e controle de uma profissão liberal.	Aplica-se.	Aplica-se.	Aplica-se.
Setor regulado pelo governo – falta de conhecimento.	Não se aplica.	Aplica-se.	Aplica-se.
Aumento nos custos da tecnologia na medicina.	Aplica-se.	Aplica-se.	Aplica-se.
Código de ética médica que não aceita intervenção na relação médico-paciente.	Não se aplica.	Aplica-se.	Aplica-se.
Cultura individualista do médico que dificultam comunicação e integração.	Aplica-se.	Aplica-se.	Aplica-se.
Histórico de fraudes em algumas cooperativas do Sistema Unimed .	Não se aplica.	Aplica-se.	Aplica-se.
Falta de tempo dos profissionais para se atualizar nas questões da cooperativa.	Aplica-se.	Aplica-se.	Aplica-se.

Fonte: Elaborado pela autora.

Nas questões de controle de custos, alguns entrevistados foram categóricos ao afirmar que o futuro do sistema cooperativo de trabalho médico está no investimento em recursos próprios. Explicando esse enfoque e discutindo o futuro do sistema cooperativo de trabalho, um dirigente afirmou que essa nova realidade traz um outro dilema. Há dez anos não existia na Unimed a cultura da capitalização para a criação desses recursos próprios, afinal são cooperativas para gerar trabalho para o médico. Não havia a necessidade de capital social, precisava apenas de médicos. Foi então que veio a nova lei (9656/98) e os serviços credenciados (hospitais, laboratórios e clínicas de diagnósticos) foram perdendo o controle, aumentando custos em função do arrocho e não mais permitindo a sustentação das cooperativas. A construção de

hospitais e demais recursos para dar suporte ao trabalho dos médicos foi um caminho natural, porém, essa nova realidade criou uma nova necessidade: agora é preciso capitalizar e esse dinheiro só pode sair do bolso dos donos, os médicos cooperados atuais e, principalmente, os futuros, criando uma nova relação cooperativa-cooperado: a do investimento e a conseqüente necessidade de retorno. Os novos cooperados terão que arcar com uma cota muito mais alta para ingressar na cooperativa que os anteriores para fins de capitalização. O médico, para entrar na cooperativa, precisa fazer um grande aporte de capital e, a partir daí, quer resultados, como em qualquer outra empresa.

Além dos recursos próprios, como forma de conter custos, o Sistema Unimed também vem trabalhando em prol da chamada medicina baseada em evidências, que une a facilidade da tecnologia da informação, disponibilizando dados científicos sobre temas diversos, com o incentivo ao contato maior entre médico e paciente.

a) Grau de Conhecimento do médico em relação ao Complexo Empresarial

Quanto ao grau de conhecimento do cooperado em relação ao Complexo Empresarial Unimed, pôde-se observar quase a totalidade dos médicos cooperados não conhece a estrutura, de acordo com os dirigentes, ou pelo menos, a grandiosidade do Complexo Empresarial do qual sua cooperativa faz parte. Na verdade, esse fato nem é tão valorizado pelos dirigentes, que acreditam que o médico deve prioritariamente conhecer a sua cooperativa para depois conhecer as demais empresas do Sistema Unimed. O Complexo Empresarial foi criado para dar suporte, principalmente, para os dirigentes na administração. Os cooperados consomem produtos da Unimed Seguros, por exemplo, mas sem se ater ao fato de ser uma empresa que indiretamente lhe pertence. Em diversas cooperativas os seguros, como o SERIT (Seguro de Renda por Incapacidade Temporária), são descontados diretamente na produção do médico ou, em alguns casos, é oferecido como forma de benefício. Mas, voltando ao Complexo Empresarial Unimed, o nível de conhecimento é baixo. Na opinião de um entrevistado, existem até dirigentes que desconhecem os detalhes.

O Quadro 21 apresenta, de forma sintética, o grau de conhecimento que os cooperados têm do Complexo empresarial cooperativo Unimed e de sua própria cooperativa, da filosofia e estrutura cooperativista.

Quadro 21 – Grau de conhecimento dos cooperados

	Cooperativas de pequeno porte	Cooperativas de médio porte	Cooperativas de grande porte
Complexo Empresarial cooperativo Unimed.	Conhecem parcialmente.	Não conhecem.	Não conhecem.
Conhecem sua cooperativa.	Conhecem.	Conhecem parcialmente.	Conhecem parcialmente.
Sabem que sua cooperativa tem uma seguradora.	Conhecem parcialmente.	Conhecem parcialmente.	Conhecem parcialmente.
Filosofia e princípios cooperativista.	Conhecem parcialmente.	Não conhecem.	Não conhecem.

Fonte: Elaborado pela autora.

Para um dirigente de uma cooperativa de médio porte, a filosofia cooperativista só existe para os dirigentes. Para os cooperados deve-se adotar a filosofia de resultados. Para ele o médico não tem tempo e nem quer conhecer mais sobre a cooperativa, porém ele quer resultados ao final de cada mês, de cada exercício fiscal, elegendo, para tal, seus dirigentes. Agora admite que o interesse de quem está em uma ponta pode ser diferente de quem está na administração, na outra ponta. Isso é normal. Hoje uma cooperativa trabalha como qualquer outra empresa no mercado. Mais: ele afirma que é um grande engano dizer que o médico é dono da cooperativa, porque se ele sair ele não leva a parte da cota-patrimonial da cooperativa, que, nas Singulares que hoje têm recursos próprios, ultrapassa milhões. Leva apenas sua cota-parte. Ele só poderia ter acesso a essa cota patrimonial se a cooperativa fosse extinta.

De qualquer forma, pode-se perceber que os dirigentes valorizam a transparência nas relações e nos sistemas de informação como única forma de sobrevivência da cooperativa, “na saúde e na doença, até que a morte nos separe”, ressaltou um dos entrevistados. Indicadores de resultados e planos de carreira foram citados como o futuro do Sistema Cooperativo Unimed.

Hoje as cooperativas Unimed brigam com o governo em relação ao que se entende por ato cooperativo, pois impacta diretamente nas questões tributárias. As cooperativas entendem que devem ser tributadas apenas sobre a taxa de administração e não sobre os atos cooperativos, sobre os quais os cooperados e recursos credenciados já pagam. Para as cooperativas trata-se de bi-tributação, mas isso ainda deve levar a muita discussão.

b) Motivos que levam um médico a aderir ao sistema cooperativo

Quanto aos motivos que levam o médico a entrar em uma cooperativa Unimed, os dirigentes acreditam que é basicamente econômico: é sem dúvida o plano de saúde que melhor remunera o médico e, em muitas regiões, é a única forma dele sobreviver. Porém, na maioria dos casos, ele entra achando tratar-se de um plano de saúde como outro qualquer e ainda depois de um tempo, continua sem noção do que é exatamente uma cooperativa, que é uma empresa dele, que exige investimento e algum sacrifício de sua parte. Entra porque busca uma remuneração melhor.

De maneira geral, na opinião dos dirigentes Unimed, o médico posiciona-se freqüentemente como fornecedor de serviço e só quando tem problemas se coloca como dono, ratificando a dicotomia de papéis exposta no pressuposto deste estudo. Cobra melhor remuneração, mas não tem noção alguma de mercado, das leis e muito menos das ações da ANS. Não consegue entender que para pagar mais, precisa cobrar mais do usuário e isso o mercado não perdoa. A competição é muito grande. Contrapondo essa realidade, uma das cooperativas entrevistadas, de médio porte, criou e divulgou uma campanha publicitária com fotos de médicos cooperados de verdade (não atores), indicando quem era a Unimed, gerando orgulho em alguns e ciúme em outros, além de uma polêmica discussão junto aos órgãos representativos de classe.

Aquino (2006) faz um contraponto e enfatiza que o grande desafio da comunicação é trabalhar a educação cooperativista, porque se o médico tem ciência do que é uma cooperativa e, em especial, o quão importante é ele respeitar os princípios filosóficos deste modelo organizacional, certamente muitos desencontros seriam evitados. Para ele, o médico não controla custos porque acha que não é seu papel e não

acompanha a gestão financeira de sua cooperativa, mesmo que os dados estejam totalmente disponíveis.

Gentil (2006) afirma que o conflito vivido na cooperativa torna-se muito mais evidente em um momento em que há influências externas, como a pressão do consumidor, o entendimento da própria justiça sobre os direitos desse consumidor e, ao mesmo tempo, uma agência reguladora que não tem muito claro como deve se relacionar com as empresas operadoras de planos de saúde, com o mercado e com o próprio consumidor. Segundo o dirigente, tem-se uma atividade privada, com reajustes controlados pelo governo e direitos do consumidor que são incompatíveis com contratos antigos (anteriores a 1998, portanto anteriores à lei). A justiça entende que, mesmo nos contratos anteriores à criação da ANS, o consumidor tem seus direitos garantidos e, do outro lado, o dirigente tem a função de manter sua empresa com saúde. Como proposta, Gentil (2006) sugere a reinvenção do cooperativismo Unimed a partir da qualificação da própria marca por meio da inserção social e coloca a responsabilidade social como um grande pilar dessa marca. Ele explica que o retorno da percepção do consumidor de que o ato de consumir é um ato de cidadania e que consumir produtos e serviços de empresas que transformam a sociedade é o melhor caminho para continuar esse processo de melhoria. E ainda, paralelamente, ele acredita que a Unimed deve investir em ações mercadológicas de prevenção de doenças, qualidade e felicidade. Para ele, a única forma de sobrevivência do Sistema Unimed é o enfoque mercadológico de aproximar da comunicação e da responsabilidade social e o posicionamento de marca ser voltado para qualidade e felicidade. “Deve ser criado um círculo virtuoso que transforma a cooperativa, os médicos cooperados, funcionários, consumidores e comunidade cúmplices do que chamamos de desenvolvimento humano sustentável”.

De maneira geral, o conflito cooperativa-cooperado é encarado pelos dirigentes como algo natural que deve ser administrado com transparência e muita informação, deixando sempre claro que as decisões maiores são de co-responsabilidade de todos, pois somente podem ser tomadas em assembleias e a administração apenas deve executá-las. Pesquisas de *feedback* ou de satisfação são bem vistas pelos dirigentes no sentido de orientá-los no dia-a-dia da administração.

5.2.4. Pontos fortes, pontos a serem melhorados, ameaças e oportunidades

A profissionalização do sistema cooperativo Unimed tanto nas instâncias estratégicas (direção) como táticas (gerências e colaboradores) é apontada pelos dirigentes como um ponto forte, juntamente com a força da marca, hoje a mais reconhecida e respeitada do mercado de saúde suplementar. Para ressaltar esse ponto, uma das cooperativas entrevistadas mandou confeccionar placas padronizadas com a marca Unimed para o consultório de todos os seus cooperados. É ponto forte para os dirigentes terem em seu quadro de médicos cooperados os melhores profissionais, além de uma forte estrutura para enfrentar a pressão do mercado (recursos próprios).

O principal ponto a ser melhorado, segundo os dirigentes, é exatamente a divulgação das informações (comunicação interna). De maneira geral, colocam também que precisam crescer, remunerar melhor, aumentar o número de cooperados e de usuários dos planos de saúde. Para os dirigentes, a difusão das leis, para que as cooperativas médicas sigam um mesmo curso, e evitar que o médico faça comparação entre uma e outra é mais um grande desafio a se vencer.

Interessante é apontar que a nova legislação foi considerada por algumas cooperativas como uma oportunidade de aprimoramento e de exposição de seus diferenciais enquanto operadora de planos de saúde, e, ao mesmo tempo, uma ameaça, pois em determinados momentos os dirigentes dizem ser confusas as determinações da ANS.

A política econômica do governo para com as cooperativas foi considerada a maior ameaça para as cooperativas, seguida da entrada, por meio do hospital público, de pessoas interessadas em montar serviços médicos, camuflados com outros nomes, para ganhar em cima dos médicos, pois trazem recém-formados para se submeter a esses abusos.

O Quadro 22 apresenta a matriz *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) ou PFOA (Potencialidade, Fraquezas, Oportunidade e Ameaças), com a avaliação dos dirigentes entrevistados.

Quadro 22 – Análise P,F.O.A das Cooperativas Unimed

<p style="text-align: center;">Forças</p> <ul style="list-style-type: none"> –Profissionalização do Sistema nos níveis estratégico e tático (diretoria e gerências). –Força da marca Unimed. –Forte da estrutura para enfrentar pressão do mercado. 	<p style="text-align: center;">Potencialidades</p> <ul style="list-style-type: none"> –Nova legislação do setor. –Legislações trabalhistas que abrem novos campos para as cooperativas.
<p style="text-align: center;">Fraquezas</p> <ul style="list-style-type: none"> –Divulgação das informações. –Dificuldade de capitalização. –Difusão das leis que regulam o setor. –Falhas nos processos de educação cooperativista 	<p style="text-align: center;">Ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> –Nova legislação do setor. –Política econômica do governo. –Entrada de pessoas no setor interessadas em montar serviços médicos nos hospitais públicos.

Fonte: Elaborado pela autora

Todos foram categóricos ao afirmar que, filosoficamente, o cooperativismo é a saída para muitos problemas que o mundo enfrenta hoje, em todos os setores. Um canal para incluir uma camada da população que hoje não tem oportunidade, transformando-a em economicamente ativa.

O dilema fica por conta da nova realidade mercadológica: tem que ser cooperativa, mas precisa ser empresa. Pode chegar à frente, mas não precisa ser antiética; pode ser competitiva sem ser desleal. O problema é o envolvimento de pessoas que, muitas vezes, deturpam essa idéia por brigar por salários com o desvio de foco. O empreendimento cooperativo depende da administração, mas essa não deve ter foco político. O grande problema, para alguns dirigentes, é que os cargos da administração viram cargos políticos e fontes de renda para os médicos, fortalecendo o conflito e o jogo de interesses.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cooperativismo vem se apresentando, no decorrer dos últimos três séculos, como via alternativa à concentração do capital, fortalecendo-se na democracia e participação dos seus associados. Porém, na rapidez e agressividade das mudanças dos últimos anos, questões importantes relacionadas aos princípios dessa filosofia estão sendo relegadas a segundo plano, gerando situações de conflitos e, muitas vezes, mudando o rumo da organização. A proposta deste estudo é avaliar o relacionamento/conflito entre as cooperativas de trabalho médico Unimed do Estado de São Paulo e seus médicos cooperados, avaliando sua estrutura de comunicação com o público específico. A análise dos dados apurados junto às 15 Singulares da organização, que formam o *corpus* desta pesquisa, permite apontar caminhos que venham ao encontro do interesse de aproximação e harmonização entre a administração e este público estratégico: os médicos, principais fornecedores e donos do negócio.

O crescimento nos investimentos em recursos próprios nas cooperativas Unimed do Estado de São Paulo é reflexo das mudanças econômico-sociais mundiais nas relações das cooperativas com o capital. Neste novo cenário, as cooperativas médicas precisam rever sua forma de atuação e reaprender o sentido do cooperativismo de trabalho médico em um mundo capitalista, que impõe altos índices de competitividade e muda cada vez mais rápido. Hoje, não mais basta às cooperativas reunir os médicos e sua força laboral, agora é necessário também ter capital e a dificuldade de capitalização ainda é um desafio para esse modelo organizacional.

Uma das poucas opções de capitalização é a abertura para novos cooperados, o que tem levado algumas cooperativas a fixar os valores de adesão (cota-parte) em um patamar tão alto que não apenas inviabiliza o acesso de muitos profissionais, principalmente em começo de carreira, como também altera a relação cooperativa-cooperado, transformando-a em uma relação comercial. O médico passa a ser um investidor que, como em qualquer outra empresa de capital, quer resultados ao final de cada período.

Esse cenário é também palco de um dos grandes conflitos na relação cooperativa-cooperado, pois o seu entendimento depende de uma boa dose de conscientização dos médicos em relação às questões de sustentabilidade de sua cooperativa, uma meta que só pode ser conquistada por meio de uma bem sucedida estrutura de comunicação. Porém, mesmo com um grande esforço por parte da administração, essa ainda é uma meta distante para muitas cooperativas, principalmente as de médio e grande porte. Os resultados da pesquisa vinculados à área de enfoque específico das Relações Públicas são analisados a seguir, enfatizando a distinção entre os dados das cooperativas de pequeno, médio e grande porte, bem como aspectos específicos, como recomendações e limitações do estudo e sugestões para estudos futuros.

a) A Comunicação

A comunicação com o médico cooperado é valorizada pelos administradores das cooperativas; todavia os resultados ainda estão muito aquém do desejado. Os médicos são definidos pelos dirigentes como a razão de ser da cooperativa, confirmando o pressuposto número um, estabelecido neste estudo, de que o médico é um público estratégico, não apenas por ser dono do negócio, mas, principalmente, também porque é responsável pela qualidade dos serviços e fatores fundamentais de sucesso no controle dos custos (sustentabilidade econômica).

É preciso considerar que o perfil do médico faz com que a cultura organizacional de uma cooperativa de trabalho desses profissionais seja diferenciada e direcionada para o existencialismo, ou seja, totalmente voltada para o individualismo, que não aceita sequer ser enquadrado em uma estrutura organizacional e desafia essa classificação rígida, embora esteja ciente de que depende dela. Estabelecer relações interpessoais com esse profissional, naturalmente fechado em seu mundo, transforma a missão da comunicação em uma tarefa ainda mais complexa.

Vale dizer que o nível de consciência e informação desses profissionais também é proporcional ao porte da cooperativa

b) Cooperativas de Pequeno Porte

As cooperativas de pequeno porte, pelo menos a maior parte delas, têm dois pontos fundamentais que as diferenciam das médias e grandes. O primeiro está relacionado ao fato de envolver boa parte de seus cooperados na própria estrutura administrativa da cooperativa. Estatutariamente, a maior parte das Singulares Unimed deve ter 21 médicos cooperados eleitos pelos colegas para os conselhos de administração, técnico e fiscal, além das atividades paralelas obrigatórias, como auditorias médicas, administração dos recursos próprios, entre outros. Esse envolvimento permite uma vivência diferenciada do cooperativismo, pois para administrar, é preciso conhecer.

O segundo ponto está relacionado ao próprio porte das cidades abrangidas por essas cooperativas. São normalmente pequenas, que proporcionam uma convivência maior entre os médicos, pois encontram-se nos clubes e restaurantes, trocam e multiplicam informações. Nesse caso, a principal ferramenta de comunicação é a aproximativa (reuniões e eventos sociais) que, indiscutivelmente, é a mais indicada para quebrar a barreira da falta de tempo de se informar, e ainda despertar sentimentos de credibilidade. Fica evidente que para complementar essa convivência, devem existir amplos recursos de acesso às informações, como relatórios e circulares, a fim de garantir a transparência dos fatos, tão necessária para a gestão integrada cooperativista.

Apesar da lógica, essa realidade não se aplica a todas as Unimeds de pequeno porte. Mesmo com todos esses pontos a favor, observou-se que sérios problemas de integração e comunicação ocorrem também nas estruturas menores.

c) Cooperativas de Médio Porte

Entre as cooperativas de médio porte, a comunicação mostrou-se eficaz, em alguns casos, porém o sentimento cooperativista, de propriedade e envolvimento, é algo ainda distante para a maioria. Ferramentas de Relações Públicas, como *house organs*, intranet e eventos sociais (em menor incidência), são utilizadas por grande parte dessas Singulares de médio porte, porém a efetividade de seus resultados

não foi confirmada. Esses dados colocam parcialmente em evidência o segundo pressuposto deste estudo que se baseia na perspectiva de que as cooperativas médicas Unimed ainda não utilizam as ferramentas disponibilizadas pelas Relações Públicas por desconhecer os benefícios que podem gerar. O que se percebeu, na verdade, é que as ferramentas são conhecidas, mas não reconhecidas como instrumentos das Relações Públicas e tampouco são utilizadas conforme abordadas pela teoria. Periodicidade, linguagem, conteúdo e formatação estética devem seguir critérios que garantam a atratividade da ferramenta, incluindo informações relevantes para as cooperativas e para os cooperados, redigidas de forma objetiva e distribuídas dentro de um prazo mínimo para que a notícia não envelheça. Com algumas exceções, o que se viu é que essas características, isoladamente ou em conjunto, não são seguidas à risca.

Os esforços de comunicação com os cooperados nas instituições de médio porte estão centrados na internet, ou melhor, na intranet, uma questão positiva na ótica desta pesquisadora, pois, vencido o investimento necessário para a informatização dos consultórios, a comunicação *on line* é mais ágil e barata. Informações de gestão, relatórios financeiros, informativos de pagamento de produção médica e notícias de cooperativas de modo geral estão disponíveis para todos os cooperados, gerando a tão almejada transparência na administração. O desafio, como já foi relatado, é trabalhar a cultura do médico quanto à resistência ao computador.

É bem-vindo também o movimento de transformar os boletins informativos impressos em boletins eletrônicos na missão de atuar como veículo de apoio à comunicação, porém a detectada queda no uso dos eventos, justificada pelo desinteresse de participação do médico, é, na forma de ver desta pesquisadora, um erro, pois a comunicação aproximativa ainda é a principal forma de trazer de volta o cooperado para sua Singular.

d) Cooperativas de Grande Porte

Entre as cooperativas de grande porte estão os maiores desafios da comunicação e da filosofia cooperativa. A primeira dificuldade dessas Singulares está na própria fidelidade societária, o que acaba por trazer características específicas tanto

para a comunicação quanto para a educação cooperativista. Essas Singulares mantêm estruturas profissionais de comunicadores e se utilizam de diversas ferramentas de Relações Públicas: boletins informativos impressos mensais (em uma delas o boletim é bimestral), boletins eletrônicos, internet e intranet, jornais murais e quadro de avisos e, em menor incidência, os eventos. A tática parece adequada em um primeiro momento, porém a ferramenta aproximativa, que traz maior e melhor resultado, como pudemos constatar na pesquisa, não vem sendo suficientemente utilizada pelo mesmo motivo alegado pelas Singulares de médio porte – desinteresse do médico –, com exceção de uma delas, que estabeleceu como meta a recuperação da filosofia cooperativista e da fidelidade societária em sua Singular.

De maneira geral, o desinteresse do médico pela cooperativa, tratando-a como mais um convênio, e sua conseqüente falta de informação – se ele não se interessa não se informa – são os grandes pontos de conflito na relação entre uma cooperativa de grande porte e seus cooperados. A Singular que mantém em seu estatuto a fidelidade societária enfrenta outro tipo de problema: a política que, muitas vezes, interfere nos negócios e prejudica a marca Unimed. É possível ratificar aqui o terceiro pressuposto deste estudo, que estabelece que o desconhecimento da realidade da cooperativa por parte do médico, gerado pela falha na comunicação, pode desencadear conflitos na relação cooperativa-cooperado, queda na qualidade dos serviços e, conseqüentemente, prejuízos à marca.

Reforça-se, assim, que o envolvimento do médico junto à cooperativa é proporcional ao seu porte. Tal fato deve levar os dirigentes do Sistema Unimed a repensar qual é o papel efetivo da cooperativa e estabelecer metas de crescimento sustentáveis, pois o crescimento simplesmente nem sempre tem trazido bons resultados.

Um ponto que fica claro, e é reforçado com muita veemência pelos dirigentes, é o compromisso das Singulares Unimed com a profissionalização. Impulsionadas pelas regras regulatórias, criadas desde 1998, as cooperativas Unimed não apenas trataram de mobilizar todos os seus médicos em cargos de administração para a realização de pós-graduação em gestão ou MBA, como também estão investindo em mão de obra qualificada no nível tático e operacional. Entendem as questões

mercadológicas de forma séria e buscam trabalhar com o foco no mercado “da porta para fora”, internamente a visão cooperativista com muito profissionalismo. Na prática, essa realidade ainda é falha para muitas Singulares.

e) A reinvenção do cooperativismo

Por onde, então, começar o processo para reintegrar cooperados, como nos tempos de Rochdale, principalmente nas cooperativas de médio e grande porte, e discutir a reinvenção do cooperativismo dentro de sua nova realidade mercadológica e social? A educação cooperativista, apesar de contar com a crença dos dirigentes na sua efetividade, é por poucos colocada realmente em prática. Isso porque alguns acreditam que o médico quer, na verdade, resultado financeiro e, conseqüentemente, boa remuneração, colocando em xeque a filosofia cooperativista. Mas, como nesse modelo organizacional os bons resultados dependem, em grande parte, da consciência que o médico tem do seu negócio, cria-se aqui um impasse, que certamente contribui para a dicotomia de papéis desempenhados pelo médico na cooperativa. O “gigantismo” almejado por muitas cooperativas no contexto atual também torna-se inimigo, dada a dificuldade percebida nas cooperativas de grande porte em relação ao espírito cooperativista

Um ponto importante é a questão apontada por Gentil (2006) em relação aos fatores que vêm agravando os conflitos nas cooperativas nos últimos anos: a pressão do consumidor, o entendimento da própria justiça sobre os direitos desse consumidor e a ação, muitas vezes, confusa da ANS nas intermediações.

f) Recomendações

Para cooperativas pequenas, médias e grandes

A solução dos conflitos é complexa, mas pode ter uma forte colaboração da comunicação, mais especificamente das Relações Públicas. Foi possível observar que as cooperativas Unimed, por seu gigantismo e falta de tempo dos

profissionais médicos, foram deixando de lado uma ferramenta de Relações Públicas, na forma de ver desta pesquisadora, a mais importante em uma estrutura associativista: a comunicação aproximativa (eventos, reuniões e assembléias). Esses canais de comunicação podem ser estimulados, pois somente o “olho no olho” pode reconstruir o idealismo que se perdeu no tempo e retomar a participação de todos em momentos decisivos para a cooperativa, não apenas quando as eleições estão próximas. Como foi possível perceber, já existem conflitos demais no próprio mercado para se buscar soluções. Internamente, a harmonia é fundamental.

Um caminho interessante para essa retomada é o programa de incentivo ao cooperativismo promovido por algumas cooperativas com excelentes resultados. Pontua-se cada participação do cooperado em atividades específicas, previamente combinadas, como reuniões e assembléias, premiando-o no final do processo conforme sua performance. Os prêmios variam entre férias remuneradas, pagamento para participação em congressos, entre outros.

Radicalizando um pouco mais, além dos programas de incentivo, deve chegar o momento das cooperativas reverem seus estatutos sociais, reescrevendo o papel do cooperado na estrutura associativista, incluindo a obrigatoriedade de participação nas decisões.

Cooperativas médias e grandes

Programas de reuniões de trabalho entre dirigentes e pequenos grupos de cooperados: a cada quinze dias a secretária do presidente ou de um outro dirigente convida entre três e cinco médicos para uma reunião com um representante da diretoria executiva para tratar de assuntos administrativos, incluindo questões relacionadas à capitalização, por exemplo, ou à discussão sobre projeto de lei que tramita na Câmara dos Deputados sobre atos cooperativos, que vai impactar diretamente na vida de todos (dos médicos). A proposta é reciclar periodicamente todos os médicos, pois além dos participantes da reunião, a partir dessa iniciativa pode-se contar com a força da comunicação boca a boca entre os médicos sobre os assuntos tratados. Nem que leve um ano, o importante é ser um projeto permanente e os administradores devem reservar um

espaço também para essa atividade, revezando um a cada reunião. Mais: as cooperativas que têm condições podem remunerar esse momento, estruturando um cronograma que pelo menos uma vez por ano o médico passe por uma reciclagem de informações em relação à sua cooperativa.

A Intranet deve manter o seu papel de informar e resolver questões burocráticas e administrativas (inclusive nas pequenas) e os demais veículos (jornal interno, jornal eletrônico, Jornal Mural e quadro de avisos) devem manter-se na mídia de apoio.

Grande Porte

Cooperativas de grande porte concentram os maiores desafios da comunicação. Para essas, além das reuniões, intranet, boletins e jornais murais, recomenda-se também a criação de sub-grupos para difusão das informações, que podem ser por afinidade: clube do charuto, do truco, do futebol, da sinuca, da estética, entre outros. O que importa é gerar um momento de encontro para troca de informações.

Ratifica-se, assim, o quarto pressuposto estabelecido para este estudo, que posiciona a comunicação integrada de marketing, particularmente as Relações Públicas, como fundamentalmente importantes para o sucesso das Cooperativas Médicas, nesse novo cenário da Saúde Suplementar no Brasil.

g) Limitações do Estudo

A Singularidade exercida no cooperativismo, que garante a liberdade administrativa total para cada cooperativa, mesmo que detenha a mesma marca, como o caso da Unimed, foi um dos maiores pontos limitadores deste estudo, pois dificulta a análise conjunta dos cenários e a uniformização das recomendações.

Outro ponto importante que limitou a atuação dessa pesquisadora está relacionado ao campo político do Sistema Unimed, que nem sempre permite que as

informações sejam transmitidas com tranquilidade. Existe sempre o receio de que sua fala (do dirigente) durante a entrevista seja usada para fins não éticos.

h) Estudos Futuros

Este estudo não tem como objetivo encerrar questões, pelo contrário, tem como meta levantar hipóteses para novas pesquisas, nos campos da administração e da comunicação, ou ainda, quem sabe, das duas áreas, conjuntamente: governança corporativa nas cooperativas de trabalho médico; o papel das Relações Públicas na Governança Corporativa; capitalização em cooperativas; ou ainda educação cooperativista (como desenvolver), em estudo interdisciplinar com pedagogia.

A necessidade de revisão da legislação cooperativista no Brasil também não é uma questão nova, mas torna-se emergente com o decorrer do tempo, somando todos os dias novas necessidades, oferecendo um vasto campo de estudo à área de Direito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em www.ans.gov.br. Acesso em 15/12/2005.

ALIANÇA COOPERATIVISTA INTERNACIONAL (ACI). Disponível em <http://www.ica.coop/coop/principles.html>. Acesso em 05/11/2005.

ANDRADE, Cândido Teobaldo de Souza. *Para entender Relações Públicas*. 3ª.ed. São Paulo: Loyola, 1993. 178 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE RELAÇÕES PÚBLICAS. Disponível em www.abrpsaopaulo.com.br/historico/parte_08.htm . Acesso em 02/11/2005

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA – APM. Disponível em http://www.apm.org.br/aberto/institucional_interna.aspx?id=60 . Acesso em 04/05/2006.

BERALDO, Cristina E. A. *Comunicação Interna como Fator Estratégico nos Processos de Mudança*.. Universidade de São Paulo (USP). Escola de Comunicação e Artes. Trabalho de Conclusão de Curso, 1996

BIALOSKOSKY NETO, Sigismundo. *Estratégias e Cooperativas Agropecuárias: um ensaio analítico*. 2001. Seminário de Políticas Econômicas em Cooperativismo e Agronegócio da UFV, 2002. 23p.

_____. *Gestão do Agribusiness Cooperativo*. In Batalha, M (coord). *Gestão Agroindustrial*. São Paulo, Atlas, 1997. p.515-543

BLANCO, Joaquim M. El cooperativismo, algunas experiências sanitárias. In *Sanidad y Cooperativismo*. Zaragoza: Cenec, 1983. p.27-39.

BOONE, Louis E.e KURTZ, David L. *Marketing Contemporâneo*. Rio de Janeiro: LTC, 1998. 564p.

BRASIL. Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971. *Define a política nacional de cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências*. Brasília: INCRA, 1982.

CESCA, Cleuza G. Gimenes. *Comunicação Dirigida Escrita na Empresa*. São Paulo: Summus, 1995. 165p.

CHURCHILL, JR, Gilbert e PETER, J. Paul. *Marketing – Criando Valor para os Clientes*. São Paulo: Saraiva, 2003. 626p.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Disponível em <http://www.portalmédico.org.br/index.asp?opcao=codigoetica&portal=> . Acesso em 15/11/2005.

CONSELHO FEDERAL DE RELAÇÕES PÚBLICAS (CONFERP). Disponível em www.conferp.org.br. Acesso em 02/11/2005.

CORRÊA, Tupã Gomes e FREITAS, Sidineia Gomes (Org). *Comunicação, Marketing, Cultura – Sentidos da Administração, do Trabalho e do Consumo*. São Paulo: ECA/USP: CLC, 1999. 267p.

CORRÊA, Tupã G. *Contatos Imediatos com a Opinião Pública: os bastidores da ação política*. São Paulo: Global, 1988. 134p.

CUTLIP, Scott M., *Effective public relations: pathways to public favor*. New York: Prentice-Hall, 1952. 72p.

FERRARI, Maria Aparecida. Novos aportes das Relações Públicas para o século XXI. In *Comunicação e Sociedade*. São Bernardo do Campo. Universidade Metodista de São Paulo, Ano 24, nº 39, 2003.

FORTES, Waldir G. *Relações Públicas: processo, funções, tecnologia e estratégias*. 2ª Ed. Revisada e Ampliada. São Paulo: Summus, 2003. 394p.

FRANÇA, Fábio. *Públicos: como identificá-los em uma nova visão estratégica*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2004. 160p.

FREITAS, Sidinéia G. Formação e Desenvolvimento da Opinião Pública. In *Revista Comunicarte* v2, n.4. Campinas: Puc Campinas, 1984, p. 177-184.

_____. Cultura Organizacional e Comunicação. In KUNSCH, Margarida M.K. (org). *Obtendo Resultados com Relações Públicas*. São Paulo, Pioneira, 1997. p. 37-45.

GIULIANI, Antonio Carlos. *Marketing em um Ambiente Globalizado*. São Paulo: Cobra Editora e Marketing, 2003. 290p.

_____. (org). *Gestão de Marketing no Varejo II*. São Paulo: Edições O.L.M., 2005. 240p.

GRUNIG, J.; HUNT, T. *Managing Public Relations*, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1994, p. 132.

GRUNIG, James E.; GRUNIG, Larissa A. Models of public relations and communication. In: GRUNING, James E.(org). *Excellence in Public Relations and Communication Management*. EUA, Lawrence Erlbaum Association Publisher, 1992. p. 285-327.

HANDY, Charles. *Deuses da administração: como enfrentar as constantes mudanças da cultura empresarial*. São Paulo: Saraiva: Editora Senac: São Paulo, 1994. 272p.

HUNGER, J.David e WHEELLEN, Thomas L. *Gestão Estratégica – Princípios e Práticas*. Rio de Janeiro. Reichmann & Affonso Editores, 2002. 272p.

IANHEZ, J. A. Ianhez. *A Atuação de Relações Públicas e as Lideranças*. Disponível em www.conferp.org.br. Acesso em 15/11/2005.

ICA – International Cooperative Alliance. Disponível em www.ica.coop. Acesso em 10/06/2005.

IRION, João Eduardo. *Cooperativismo Médico Unimed*. São Paulo. Edição do autor, 1987.

_____. *Cooperativismo e Economia Social*. São Paulo. STS, 1997. 334p.

KOTLER, Philip. *Administração de Marketing – A edição do Novo Milênio*. 7ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000. 764p.

KUNSCH, Margarida M.K. *Relações Públicas e a Modernidade*. São Paulo: Summus, 1997. 160p.

_____. *Planejamento de Relações Públicas na Comunicação Integrada*. 4ª Ed. Revisada, Atualizada e Ampliada. São Paulo: Summus, 2003. 424p.

_____. *Relações Públicas: conceitos e abrangência*. Disponível em www.conferp.org.br. Acesso em 15/11/2005.

LAKATOS, Eva M. e MARCONI, Marina A. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 4ª Ed. Revista e Ampliada. São Paulo: Atlas, 2001. 315p.

LASWELL, Harold. A estrutura e a função da comunicação na sociedade. In: COHN, Gabriel (org). *Comunicação e Indústria Cultural*. São Paulo, Nacional, 1978. p.407. 105-117.

LEI Nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. In PORTAL DO COOPERATIVISMO. Disponível em <http://www.portaldocooperativismo.org.br/sescoop/juridico/legislacao/lei5764.asp> . Acesso em 19/04/2006.

LESLY, Philip. *Os Fundamentos das Relações Públicas e da Comunicação*. São Paulo: Pioneira, 1995. 256p.

LEZAMIZ, Mikel. Relato Breve del Cooperativismo. *Textos Básicos de Ojalora*. Disponível em <http://www.mondragon.mcc.es/esp/informacion/publicaciones.html>. Acesso em 05/05/2005.

MACHADO FILHO, Cláudio A.P.; MARINO, Matheus K.; CONEJERO, Marco A. Gestão Estratégica em Cooperativas Agroindustriais. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v. 11, nº 2, p. 61-69, abril/junho 2004

MACHADO, M.H. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997, p. 244.

MARASCHIM, Ângela F. *Relações entre Produtores de Leite e Cooperativa: um estudo de caso na Bacia Leiteira de Santa Rosa – RS*. Porto Alegre UFRGS/PGDR, 2004. Dissertação de Mestrado. 145p.

MARCHIORI, Marlene, *Comunicação É Cultura. Cultura É Comunicação*. In: Comunicação Empresarial Nº 31. São Paulo, 1999.

MAURER JR., Theodoro Henrique. *O Cooperativismo: uma economia humana*. São Paulo: Imprensa Metodista, 1966. 328p.

MC DANIEL, C.D. GATES, R. *Pesquisa de Marketing*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. 562p.

MONDRAGON CORPORAÇÃO COOPERATIVA - Disponível em <http://www.mondragon.mcc.es/esp/cooperativismo/experiencia.html#> . Acesso em 05/05/2005.

MORGAN, Gareth, *Imagens da Organização*. São Paulo: Atlas, 1996. 421p

NASSAR, Maria R.F. *Princípios de Comunicação Excelente para o bom Relacionamento Médico – Paciente*. XXVI Congresso Anual em Ciência da Comunicação, Belo Horizonte, 2003. Núcleo de Relações Públicas e Comunicação Organizacional.

NIXON, Raymond. *Investigaciones sobre comunicacion colectiva: rumbos y tendencias*. Quito, Ediciones Ciespal, 1963. 94p.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. *Manual de Gestão das Cooperativas: uma abordagem prática*. São Paulo: Atlas, 2001. 320p.

OLIVEIRA, J.E; ALMEIDA NETO, L., ROCHA NETO, M.; MURAGAKI, W.H. *Caminhos e Ferramentas para a Otimização do Senso de Propriedade dos Cooperados*. Faap. PG Gestão Empresarial Avançada, 2002. Monografia.

OLIVEIRA, Maria J.C. *O papel das Relações Públicas diante das políticas públicas*. Congreso Bianual da Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación - ALAIC 2002. Núcleo de Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS DO BRASIL (OCB). Disponível em <http://www.ocb.org.br/>. Acesso em 15/09/2005.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS DO ESTADO DE SÃO PAULO (OCESP). Disponível em <http://www.portaldocooperativismo.org.br/sescoop/default.asp> . Acesso em 06/11/2005.

OTTA, Hakaru. *O Impacto da Utilização do Cartão Magnético da Cooperativa de Trabalho Médico: um Estudo de Caso*. UFSC, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2003. 124 p.

PEREIRA, Maria Isabel. *Cooperativas de Trabalho*. Impacto no setor de serviços. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. 86p.

PINHO, Diva Benevides.. *O Cooperativismo no Brasil*. Da vertente pioneira à vertente solidária. São Paulo: Saraiva, 2004. 357p.

POLÔNIO, Wilson A. *Manual das Sociedades Cooperativas*. 3º ed. São Paulo: Atlas, 2001. 244p.

QUEIROZ, Carlos A.R.S. *Manual da Cooperativa de Serviços e Trabalho – os cuidados, formas de constituição, riscos, benefícios, legislação e vantagens*. 4ª ed. Atualizada e ampliada. São Paulo: Editora STS, 1997. 222p.

REIS, Devani S. M. *A Questão da Saúde Pública: Um Enfoque Comunicacional*. Universidade de São Paulo (USP). Escola de Comunicação e Artes, 1999. Dissertação de Mestrado. 162p.

RIOS, Luis O. *Cooperativas Brasileiras – Manual de sobrevivência & crescimento sustentável*. São Paulo: Editora STS, 1998. 112p.

SAMARA, Beatriz S. e BARROS, José C. *Pesquisa de Marketing: Conceitos e Metodologia*. 2ª Ed. Ampliada e Revisada. São Paulo: Makron Books, 1997. 220p.

SELLTIZ, Clarice *et al.* *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*. São Paulo: Editora E.P.U., 1987. 88p.

SILVA FILHO, Cícero Virgulino. *Cooperativas de Trabalho*. São Paulo: Atlas, 2001. 228p.

SIMÕES, Roberto Porto. *Relações Públicas: Função Política*. 3ª ed., São Paulo: Summus, 1995.

TORQUATO, Gaudêncio. *Tratado de Comunicação Organizacional e Política*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. 303p. (1)

_____. *Cultura, Poder, Comunicação e Imagem: fundamentos da nova empresa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. 278p (2)

UNIMED DO BRASIL. Disponível em www.unimed.com.br – Acessos em 27/06/2005 e em 18/10/2005.

VIEIRA, Roberto Fonseca. *Relações Públicas: opção pelo cidadão*. Rio de Janeiro: Mauad, 2002. 72p.

WEY, Hebe. *O Processo de Relações Públicas*. 2ª Ed. São Paulo: Summus, 1986. 168p.

YANAZE, Mitsuro H. Relações Públicas e o Marketing. In KUNSCH, Margarida M.K. (org). *Obtendo Resultados com Relações Públicas*. São Paulo, Pioneira, 1997. p. 46-67.

YIN, Robert K. *Estudo de Casos*. Planejamento e Métodos. 2ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 196p.

ZYLBERSTAJN, Décio. *Organização de Cooperativas: desafios e tendências*. In *Revista de Administração*, São Paulo v.29, n.3, p.23-32, julho/setembro 1994.

Sites:

University of Wisconsin Cooperative Center – Disponível em

<http://www.wisc.edu/uwcc/fc/fc.html> . Acesso em 15/05/2005

Entrevista com o Vice-Presidente da IHCO, Almir Adir Gentil, no dia 09/05/2006

Entrevista com o Presidente da Federação das Unimed's do Estado de São Paulo, Eudes de Freitas Aquino no dia 05 de junho de 2006.

Anexo 1

Roteiro para Pesquisa

Questões Problemas	Roteiro Pesquisa
<p>5. Resultados da Pesquisa:</p> <p>5.1. Levantamento do perfil da cooperativa/ porte.</p>	<p>5.1.1.- Porte das Cooperativas</p> <p>Unimed: _____ Cidade: _____</p> <p>Número de cooperados: _____ Número de usuários: _____</p> <p>Número de Funcionários: _____</p> <p>Área de abrangência (cidades atendidas pela cooperativa):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>5.1.2. Recursos próprios:</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Laboratório/Centro diagnóstico</p> <p><input type="checkbox"/> Farmácia</p> <p><input type="checkbox"/> Pronto Atendimento</p> <p><input type="checkbox"/> Home Care</p> <p><input type="checkbox"/> Usimed</p> <p><input type="checkbox"/> Unicred</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Qual (is)? _____</p>
<p>5.2. Quais as ferramentas de Relações Públicas utilizadas pela cooperativa e seu grau de eficiência?</p>	<p>5.2.1. Canais de comunicação e seu grau de eficiência:</p> <p>a) Jornal Interno impresso e/ou eletrônico (periodicidade/ local para onde é remetido/ tipos de informações disponibilizadas, pesquisas sobre índice de leitura/ percepção do dirigente quanto à sua eficiência).</p> <p>b) Intranet: conteúdo/ volume de informações disponíveis/ índices de acessos.</p> <p>c) Eventos: sociais/culturais: verificar se possui calendário de</p>

<p>Como as cooperativas de trabalho médico trabalham essa dicotomia de papéis à qual o médico cooperado está exposto enquanto fornecedor de serviço e dono da cooperativa?</p>	<p>eventos/ índices de participação dos médicos nos eventos/ grau de integração entre os pares.</p> <p>d) Murais na cooperativa ou nos hospitais: tipos de informações disponibilizadas, avaliação do meio.</p> <p>e) Cartas e circulares: periodicidade/ conteúdos/ avaliação de eficiência/índices de leitura.</p> <p>f) Manuais e vídeos de integração: conteúdo/ formas de exibição/ avaliação.</p> <p>g) Manuais técnico-educativos: conteúdo/ formas de exibição/ avaliação.</p> <p>h) Formação do profissional que atua na área de comunicação da cooperativa.</p> <p>5.2.2. Envolvimento do cooperado com a cooperativa.</p> <p>a) Educação cooperativista: acredita ou não, como é o processo de admissão do cooperado na cooperativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comitê Educativo: composição/ que tipo de ações executa. • Filosofia cooperativista: formas de divulgação e resultados. <p>b) Participação em Assembléias: índices de participação/ verificar se existem incentivos de participação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como o médico se posiciona mediante a cooperativa: como fornecedor de serviço ou como dono? Como ele se manifesta? • Cultura Organizacional - perfil do médico x instituição associativista. • Questões associativista x questões mercadológicas: posicionamento dos dirigentes da cooperativa. • Processo de esclarecimento em relação à Lei 8656/98 para cooperados. <p>c) Programas de motivação/fidelização: prêmios, vantagens/ avaliação de eficiência dos programas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivos à atualização científica: cursos/ congressos/ subsídios.
--	---

<p>Apurar se existe conflito nas relações entre as cooperativas de trabalho médico e seus cooperados, analisando como esse relacionamento é trabalhado, tendo como base nas teorias e técnicas das Relações Públicas.</p>	<p>d) Ações junto às secretárias dos médicos: treinamento, canais de comunicação, motivação.</p> <p>e) Ações Sociais: de que tipo/ quais os públicos envolvidos/ envolvimento do médico/ como o médico avalia esses projetos/ visão do dirigente quanto ao retorno.</p> <p>5.2.3. Verificação se existe conflito e em que nível:</p> <p>a) Nível de conhecimento do Complexo Empresarial Unimed: se conhece/ se consome produtos/ índices de aceitação.</p> <p>b) Razões pelas quais os médicos se associam à Unimed.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mercado x tecnologia x custos. • Posicionamento do médico em relação à administração. • Visão do médico quanto aos dirigentes. <p>5.2.4. Avaliação do Dirigente quanto à sua cooperativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pontos fortes e Pontos a Serem melhorados. • Ameaças e oportunidade. • Perspectivas quanto ao empreendimento cooperativo.
<p>6. Como as Relações Públicas podem auxiliar no relacionamento cooperativa-cooperado e vice versa?</p>	<p>6. Considerações Finais.</p>

Questões específicas para o Vice-presidente da IHCO, Dr. Almir Adir Gentil:

- Cooperativismo de Trabalho Médico no mundo – divulgação e modelos mais próximos.
- Cooperativismo e a necessidade de capital:
 - Análise da questão, como a ACI vê esse processo.
 - Enquanto médico e dirigente, como vê essa questão na relação com os cooperados.
- Educação cooperativista
 - Visão enquanto dirigente de cooperativa.
 - Visão enquanto dirigente da Confederação das Unimed.
 - Cursos virtuais da Fundação Unimed – como e para quem? Mecânica do ensino/aprendizagem.