

Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde

***COOPERATIVAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS SERVIÇOS  
MUNICIPAIS E ESTADUAIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E A  
COOPERATIVA DO HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU: ABORDANDO  
AS PRESTADORAS.***

**Carla Pacheco Teixeira**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação  
Oswaldo Cruz, com vistas à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: **Adolfo Horácio Chorny**

Rio de Janeiro, agosto 2000

Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública  
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde

Esta dissertação, intitulada

***COOPERATIVAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS SERVIÇOS  
MUNICIPAIS E ESTADUAIS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E A  
COOPERATIVA DO HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU: ABORDANDO  
AS PRESTADORAS.***

Apresentada por

**Carla Pacheco Teixeira**

Foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelo seguintes membros:

- Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr.
- Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Alicia D. Ugá
- Prof. Dr. Adolfo Horácio Chorny (orientador)

Rio de Janeiro, agosto de 2000.

AGRADECIMENTOS

- Agradeço a Deus, por ter me abençoado durante todo o período de Pós-Graduação.
- Ao Professor Adolfo Horácio Chorny, meu orientador, pela paciência, confiança e apoio durante todo o mestrado.
- À Banca Examinadora, Kenneth Rochel de Camargo Jr. e Maria Alice D. Ugá.
- Ao Professor José Mendes Ribeiro, pelo papel que tem exercido desde do período da Especialização, como incentivador, amigo .
- Aos companheiros de Mestrado, Daniel Becker, Isabela, Anete, Ricardo, Rosana, Kátia, Fernanda, Haroldo, Tânia.
- A minha sempre amiga Ionara, pela cumplicidade de todos estes anos, desde a graduação.
- A todos os funcionários da Secretaria Acadêmica.
- Ao, Jadir, meu namorado , “ incentivador nato”.
- À Waleska, minha companheira de trabalho.
- Aos meus pais, Marilu e Walmiro.
- A minha irmã Carina.

## **RESUMO**

Os anos 90 podem ser caracterizados, no âmbito da saúde, pela implementação de diversas mudanças que buscam ajustar o setor às exigências da nova ordem econômica globalizada. O Brasil não foge à regra; neste período tem surgido diversas modalidades de gestão nos serviços de saúde. Em particular, proliferam as denominadas cooperativas de profissionais de saúde.

Observa-se que a multiplicação dessas experiências se acentua em um contexto que emerge a discussão acerca da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro. Além de ser quase que consensual entre os gestores a incorporação de diferentes vínculos de pessoal no serviço público orientados por uma nova política de Recursos Humanos.

Considerando a relevância que essa modalidade assume atualmente quando são contratados pelos serviços públicos e partindo do pressuposto que as cooperativas de profissionais de saúde enquadram-se no segmento cooperativista do trabalho, tem-se como objetivo analisá-las como prestadoras de serviços, inseridas no contexto citado, com base nos subsídios do cooperativismo.

A pesquisa de campo se restringiu às Cooperativas (COOPERAR, COOPASS E COOPSAÚDE) contratadas pelos serviços municipais e estaduais do Rio de Janeiro e do Hospital Geral de Nova Iguaçu.

## ***ABSTRACT***

In the 90's, the health field can be characterized by the implementation of several changes in search of adjusting the sector to the requirements of the new global economic order. Brazil is not an exception. A number of new forms of health service management have arisen during these years. In especial, the proliferation of the co-operative ventures organized by professionals of the health area.

It has been noted that the increase of these practices is stronger in contexts where the discussion on the Administration Reform of the Brazilian State appears. In addition to be almost a consensus among the administrators the incorporation of different kinds of personnel relationship oriented by a new Human Resource policy in the public service.

Considering the importance this form is taking at the present, as it is being hired by the public services and assuming that the co-operatives of health professionals fit in within the co-operative working segment, the objective is to analyze them as service providers included in the mentioned context based in the co-operative subsidies.

The field research was restricted to the co-operatives (COOPERAR, COOPASS and COOPSAÚDE) contracted out by the city and state services of the state of Rio de Janeiro and the General Hospital of Nova Iguaçu.

### **SUMARIO:**

Apresentação.....	8
Capítulo I - Reforma Administrativa do Estado Brasileiro e o Setor Saúde nos anos 90: suas implicações nos vínculos de pessoal .....	11
Capitulo II - Cooperativas de Trabalho na Saúde .....	20
2.1 - A História das Cooperativas: as cooperativas de trabalho na saúde .....	20
2.2 - Caracterização das Cooperativas de Trabalho .....	28
2.2.1 Princípios Cooperativistas .....	33
2.2.2 Inexistência do Vínculo Empregatício nas Cooperativas.....	48
Capítulo III - Contexto Empírico do Estudo .....	52
3.1- As Cooperativas do Hospital Geral de Nova Iguaçu, dos Serviços Estaduais e Municipais do Rio de Janeiro.....	52
3.2- Cooperativas de Profissionais de Saúde: as prestadoras de serviços ....	59
Considerações Finais .....	77
Referências Bibliográficas .....	83
Anexos.....	88
Lista de Quadros.....	89
Relação de Entrevistados.....	90

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACI** - Aliança Cooperativa Internacional

**CONASEMS** - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

**CONASS** - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

**COOPASS** - Cooperativa de Trabalhos Múltiplos de Apoio ao Sistema de Saúde do Rio de Janeiro

**COOPERAR SAÚDE** - Cooperativa de Prestação de Serviços de Saúde

**COOPSAÚDE** - Cooperativa de Atividade na Área de Saúde

**FAC** - Fundo de Apoio ao Cooperado

**FATES** - Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social

**INSS** - Instituto Nacional de Seguridade Social

**OCB** - Organização Cooperativista Brasileira

**OCEs** - Organizações Estaduais de Cooperativismo

**PCCS** - Planos de Cargos e Carreiras

**RJU** - Regime Jurídico Único

**SES** - Secretaria Estadual de Saúde

**SMS** - Secretaria Municipal de Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

## Apresentação

Observa-se atualmente que os gestores na saúde estão trazendo para seus estabelecimentos novas experiências de gestão e contratação de pessoal, propostas que se acentuam na década de 90, principalmente no período que se instaura o debate nacional acerca da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, tendo estas repercussões importantes na condução e na gerência dos serviços públicos.

A proliferação de experiências de gestão tem se dado em todos os níveis do governo, e em várias modalidades. Destaca-se em particular a incorporação de cooperativas de profissionais de saúde nos serviços públicos.

É fundamental perceber que a implantação das cooperativas ganha impulso no período pós-95, quando as diretrizes do Governo Federal, sobre a Reforma Administrativa do Estado, põem ênfase na adoção de formas mais flexíveis de gerência e de contratação nos equipamentos públicos, incluindo os de saúde.

O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (Brasil:1995), coloca que os serviços de saúde não precisam ser prestados por *entes estatais*, podendo ser transferidos para a esfera *não-estatal*, dimensão esta que caracteriza as experiências em curso pelo país, quando se transferem funções e responsabilidades na gerência dos serviços públicos para *entes privados lucrativos* ou *não lucrativos*.

Apesar dessas experiências não serem totalmente inéditas no Brasil, com certeza nos últimos anos elas vêm se multiplicando e ganhando maior visibilidade.

Sendo assim este estudo tem como objetivo analisar as cooperativas de profissionais de saúde (COOPSAÚDE, COOPERAR e COOPASS) implantadas nos serviços municipais e estaduais da cidade do Rio de Janeiro e no Hospital Geral de Nova Iguaçu, como prestadoras de serviços.



O desenho do estudo proposto para investigação do objeto abrange: 1) uma análise das questões relativas ao cenário do debate da Reforma do Estado Brasileiro, contexto este onde as experiências emergem com maior visibilidade; 2) uma caracterização dos conceitos legais sobre cooperativas de trabalho, já que o objeto estudado se enquadra neste segmento do cooperativismo; e 3) um trabalho de campo, com objetivo de mapear essas cooperativas nos serviços públicos.

No estudo de campo se privilegia a análise documental e entrevistas. Os dados foram coletados em publicações registradas nas referências bibliográficas; entrevistas com representantes das cooperativas e gestores privilegiados; documentos internos das Secretarias Municipais, Estaduais; Datasus; nas sedes das cooperativas (COOPSAÚDE, COOPERAR e COOPASS); internet e publicações oficiais (Leis, decretos e editais).

Em relação à utilização do material das entrevistas, optou-se por evitar citações diretas da fala dos entrevistados, pois muitas das entrevistas foram realizadas mais com o intuito de coletar informações do que analisar o discurso, embora algumas vezes essas falas sejam citadas ao longo do trabalho.

Quanto às limitações deste estudo, cabe ressaltar que apesar de mencionar diversas fontes de dados, foi possível observar a escassez de estudos e dados sistematizados acerca do objeto proposto; e a dificuldade de informações -assim como para a realização de entrevistas -, principalmente nas cooperativas objeto do estudo.

A escolha do município do Rio de Janeiro e do Hospital Geral de Nova Iguaçu como campo de investigação se deve aos seguintes fatores:

- apesar da proliferação das cooperativas constituir-se em todo o país, a delimitação do trabalho de campo foi necessário frente às dificuldades de mapeamento completo de todas as experiências no país;
- área onde reside autora, facilitando o acesso aos atores entrevistados e ao material de pesquisa coletados;

- por ser o Hospital Geral de Nova Iguaçu considerado como o local onde se realizou a primeira experiência de implantação do sistema de cooperativas de trabalho médico no estado do Rio de Janeiro (sob novo formato), e onde se criou uma cooperativa: COOPSAÚDE;
- sede das cooperativas escolhidas para estudo.

O presente trabalho está organizado da seguinte maneira: no primeiro capítulo é apresentado o debate acerca da Reforma Administrativa do Estado, com o objetivo de situar o cenário de incorporação de cooperativas de trabalho no serviço público .

No segundo capítulo, se apresenta uma síntese da história das cooperativas, em especial as cooperativas de trabalho na saúde e os conceitos legais sobre cooperativismo, para situar o processo das cooperativas de saúde do Rio de Janeiro, no marco maior do movimento cooperativo como um todo. A base para a caracterização foi a legislação cooperativista e os autores utilizados foram João Eduardo Irion e Carlos Alberto Ramos Soares de Queiroz, consultores privilegiados na discussão sobre o cooperativismo.

O terceiro capítulo consiste no estudo de caso, onde são abordados sumariamente o surgimento das cooperativas de trabalho anteriormente mencionadas, nos serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro, e a análise dessas como prestadoras de serviço.

Por último, as considerações finais que trazem algumas reflexões e apontam questões relevantes a serem aprofundadas em posteriores investigações.

## **Capítulo I - Reforma Administrativa do Estado Brasileiro e o Setor Saúde nos anos 90: suas implicações nos vínculos de pessoal**

Na década de 1990, as mudanças nas conjunturas político-econômicas nacional e internacional têm tido repercussões importantes na política de saúde. Com isso começam a surgir novas propostas e experiências no setor. Dentre essas tendências de mudança podem-se mencionar as novas formas de articulação do público e do privado na área de saúde, principalmente na área da gerência dos serviços, com a incorporação de cooperativas de profissionais de saúde.

A multiplicação dessas experiências se acentua em um contexto em que emerge a discussão acerca da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, onde o Estado passa a não ser mais o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social na produção de bens e serviços, deslocando o eixo de sua atuação para as funções de promotor e regulador.

Dessa forma, em meados de 95 o governo brasileiro, através do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, apresenta o Programa de Reforma Administrativa: o “Plano Diretor para a Reforma do Aparelho do Estado” (Brasil, 1995), contendo as diretrizes gerais para a Reforma da Administração Pública Federal.

O Plano apresenta como justificativa para a Reforma a crise do Estado identificada como crise fiscal, caracterizada pela perda do crédito público e da poupança negativa; pelo esgotamento do modelo intervencionista e protecionista de Estado e pela superação da forma de administrar o Estado, isto é, a superação da administração pública burocrática (uma administração voltada a padrões hierárquicos rígidos e ao controle de processos e não de resultados).

No Plano Diretor (Brasil,16:1995), são destacados alguns pontos essenciais para a reforma do Estado, como, por exemplo:

*“ o ajustamento fiscal duradouro; reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; a reforma da previdência social; a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua “governança” ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas”.*

Reformar o aparelho do Estado significa orientar a administração pública, ou seja, a estrutura organizacional do Estado, em seus três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e nos seus três níveis (União, Estados - membros e Municípios).

Dentro das propostas do Plano Diretor destacam-se a retração de funções do Estado e a revisão das modalidades de gerência dos equipamentos públicos.

No que diz respeito ao tamanho e às funções do Estado, destacam-se as orientações para redução do papel prestador do mesmo, fortalecendo suas funções reguladoras e promovendo a descentralização de serviços e atividades, seja para os níveis subnacionais ou para o setor privado. O documento destaca a retirada do Estado da provisão direta das atividades “ não exclusivas”, incluindo a prestação de serviços de saúde.

Em relação às funções do Estado, são identificados quatro setores (BRASIL:1995):

•**Núcleo Estratégico do Estado** - é responsável pela definição das leis e das políticas públicas e da cobrança de seu cumprimento. Este setor corresponde aos Poderes Legislativo e Judiciário, o Ministério Público e, no Poder Executivo, o Presidente da República, os Ministros e seus assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas. Este núcleo tem como objetivo aumentar a efetividade com vistas a alcançar

sua metas; modernizar a administração burocrática e aumentar sua capacidade gerencial.

•**Atividades Exclusivas** - onde são prestados serviços e realizadas atividades de poder do Estado como: polícia, forças armadas, órgãos de fiscalização e tributação e outros. Tem como objetivo transformar as autarquias e fundações em agências autônomas, administradas pelo contrato de gestão; substituindo o modelo administrativo burocrático pelo gerencial.

•**Serviços Não-exclusivos do Estado** - representam as organizações públicas não-estatais e privadas. O Estado participa através de transferências de subsídios num sistema de co-parceria com a iniciativa privada. Exemplos desses serviços são: os hospitais, universidades, museus, centros de pesquisa e outros. Tem como objetivo a transferência da propriedade antes do Estado para o setor público não-estatal através do programa de publicização, transformando as instituições públicas em organizações sociais.

•**Produção de Bens e Serviços para o Mercado** - correspondem às empresas com atividades econômicas voltadas para o lucro, algumas ainda pertencentes ao Estado, outras em privatização. Têm como objetivo dar continuidade ao processo de privatização das empresas do Estado, reorganizar e fortalecer os órgãos de regulação dos monopólios naturais que forem privatizados e implantar contratos de gestão nas empresas que não puderem ser privatizadas.

Cabe ressaltar que no núcleo estratégico o fundamental é a efetividade. As decisões tomadas nesse nível têm que atender eficazmente ao interesse nacional e ser efetivamente cumpridas, pois correspondem às leis e às políticas públicas. Já no campo das atividades exclusivas de Estado, dos serviços não exclusivos e da produção de bens e serviços, o critério eficiência torna-se fundamental, ou seja, a busca de uma relação ótima entre qualidade e custo dos serviços colocados à disposição do público.

Em relação à administração dos equipamentos públicos, tem-se como proposta a substituição do modelo burocrático predominante pelo modelo de

administração pública gerencial, nos moldes da administração empresarial. Este modelo tem como pressupostos: descentralização das decisões e funções do Estado, autonomia no que diz respeito à gestão de recursos humanos, materiais e financeiros e ênfase na qualidade e na produtividade do serviço público.

*A Reforma Gerencial busca aumentar a eficiência e efetividade dos órgãos ou agências do Estado por meio da descentralização; fortalecer a capacidade do Estado de promover o desenvolvimento econômico e social através da garantia dos contratos e assegurar o caráter democrático da administração pública com um serviço orientado para o cidadão-cliente e a responsabilização do servidor público pelos seus resultados . (PIMENTA:1998)*

Segundo Nogueira (1996), as questões de recursos humanos estão destinadas a ocupar o cenário principal dos debates, sobre os rumos da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, onde a estabilidade dos funcionários públicos é posta como o nó que dificulta o desenlace do processo de reforma.

Observa-se no Plano Diretor (Brasil:1995) algumas críticas em relação à política de recursos humanos, tais como:

- *“uma legislação brasileira que reflete a ausência de uma política de recursos humanos coerente com as necessidades do aparelho do Estado;*
- *uso indiscriminado do instituto da estabilidade;*
- *rigidez excessiva do processo de contratação e demissão do servidor (agravada com o Regime Jurídico Único), impedindo o recrutamento direto no mercado;*
- *inexistência tanto de uma política de remuneração adequada (dada a restrição fiscal do Estado), como de uma estrutura de cargos e salários compatível com as funções exercidas;*
- *ingresso do servidor somente pelo concurso público, sendo que poderiam ser também utilizadas outras formas de seleção que tornariam mais flexível o recrutamento de pessoal*

- *concurso públicos realizados sem nenhuma regularidade e avaliação periódica da necessidade de quadros*".

Diante disso pode-se observar que a adequação dos recursos humanos constitui uma tarefa prioritária no atual contexto de mudança, implicando numa nova política voltada para a captação de novos servidores, o desenvolvimento pessoal e um sistema de remuneração adequado que estimule o desempenho através de incentivos.

Dentre os principais pontos da proposta de Reforma Administrativa elaborada pelo Governo Federal, pode-se observar que a questão da estabilidade do servidor público se destaca. O governo passa a defender a flexibilização da estabilidade do funcionário público, onde este pode ser demitido por insuficiência de desempenho ou excesso de quadros.

Nesse contexto, flexibilizar o emprego e o trabalho, segundo Nogueira (1996), significa encontrar "*formas de colocar prontamente a pessoa certa no lugar certo para garantir a satisfação do cliente e permitir a própria reprodução da instituição diante das forças do mercado e das tecnologias modernas*". Com isso a temporariedade do contrato, a variedade das jornadas de trabalho, a multiplicação de incentivos, a elevação da taxa de demissão e readmissão se tornam requisitos fundamentais para esse ajuste defendido pelo governo.

Na década de 1980 as políticas de recursos humanos assumiram, segundo Nogueira (1996), aquilo que pode-se denominar de compromissos igualitaristas universais: as lutas pela isonomia salarial (igualdade de remuneração para situações consideradas similares) e pela estruturação de planos de cargos, carreiras e salários para todos (igualdade na forma de vinculação e promoção profissional).

A reforma administrativa põe fim às idéias defendidas na década de 1980. Surge com ela proposta<sup>1</sup> de alterações na política de recursos humanos, como:

---

<sup>1</sup> Proposta de Emenda Constitucional enviada ao Congresso Nacional em julho de 1995, aprovada em 1998.

- o fim da obrigatoriedade do Regime Jurídico Único, permitindo-se a volta da contratação de servidores celetistas;
- a exigência de processo seletivo público para administração de celetistas e a manutenção do concurso público de provas e títulos de acordo com a natureza e complexidade do cargo, para admissão de servidores estatutários;
- flexibilidade da estabilidade dos servidores estatutários, permitindo-se a demissão por insuficiência de desempenho e por excesso de quadros;
- estágio probatório (estabilidade) de 3 anos;
- possibilidade de se colocar servidores em disponibilidade com remuneração proporcional ao tempo de serviço como alternativa à exoneração por excesso de quadros;
- limite máximo de remuneração igual ao subsídio dos Ministros do Supremo Tribunal Federal;
- fica vedada a percepção simultânea de proventos de aposentadoria com remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma da Constituição Federal.

Diante desse quadro, pode-se observar que passam a ser admitidos diferentes regimes trabalhistas nos diversos níveis da administração, principalmente no setor saúde.

Hoje, é quase consensual entre os gestores a demanda por uma maior autonomia administrativa na alocação de recursos humanos, na contratação de pessoal e na captação e utilização de recursos financeiros. Com isso, novos modelos de gestão e de vinculação de recursos humanos já estão sendo experimentados pelos estados e municípios (Gerardi, 1997 e Nogueira, 1997). Sendo assim, o Regime Jurídico Único (RJU), o PCCS (planos de cargos e carreiras) e o concurso público, saudados como mecanismos eficazes para a profissionalização e organização da área de Recursos Humanos no Brasil, estão sendo progressivamente abandonados pelos gestores públicos do SUS, sob o argumento implícito ou explícito de não mais atenderem à realidade do sistema público de saúde (JÚNIOR, 1996)



Ao olhar para o SUS, hoje, verificam-se diferentes formas de admissão: concursos, contratação por serviços prestados, contratação através de cooperativas e outros.

Esse cenário no SUS pode ser corroborado, segundo Júnior (1996), por uma pesquisa sobre gastos com recursos humanos no setor saúde, coordenada pelo CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde) e CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde), onde foram identificadas uma diversidade de modalidades de vínculos :

- Regime estatutário Federal, Estadual e Municipal;
- Regime celetista Estadual e Municipal;
- Contratos temporários de trabalho;
- Comissionamento de todos os cargos municipais da área de saúde;
- Credenciamento tradicional de médicos para atender nos hospitais conveniados e contratados pelo SUS, extensão do credenciamento aos hospitais públicos e até em ambulatórios, realizando duplo pagamento aos médicos (salário + credenciamento);
  - Crescente terceirização dos serviços de apoio na área de saúde, incluindo manutenção de equipamentos, informática, lavanderia etc.;
  - Terceirização de atividades típicas da área de saúde, com ou sem licitação, através de entidades de direito público ou privado, incluindo as associações comunitárias (programa de saúde da família e de agentes comunitários), contratação de cooperativas médicas por especialidade ou local de trabalho, empresas privadas de contratação de mão-de-obra etc.

Conforme Nogueira (1996), os esquemas de contratação e remuneração verificados no SUS podem ser justificados não só em nome da flexibilização do emprego diante da relativa escassez ou abundância de trabalhadores, como também pelas facilidades que goza o gestor de, nessas condições, fixar acordos coletivos mais ou menos formais.

Todo esse contexto também está ligado à proposta de desregulamentação nas relações de trabalho que, segundo Crivelli (1997), surgiu com a denominada crise do modelo social-democrata: *“como proposta de retirada do Estado do domínio econômico e social buscando devolver à sociedade, segundo seus defensores, a vitalidade econômica e social com o mercado livre, que as várias décadas de intervenção do Estado teriam amortecido”*.

O projeto de lei<sup>2</sup> de flexibilização do trabalho temporário constitui um ensaio de desregulamentação no campo das relações trabalhistas, trazendo essa proposta a redução dos encargos trabalhistas.

Para Neto (1996) :

*“A necessidade de consagrar-se um ordenamento jurídico que seja flexível é constantemente enfatizada. A justificativa fundamental da flexibilização das normas trabalhistas é a imperiosa e inexorável adaptação do país aos padrões da concorrência internacional. Nestas circunstâncias, o direito do trabalho brasileiro é definido como rígido, caracterizado pelo intervencionismo exacerbado do Estado e, portanto, insuscetível de viabilizar um regulamentação do trabalho capaz de atender a rapidez e a dinâmica do mercado”*.

Uma conclusão que se pode tirar é que uma nova política de recursos humanos (principalmente na vinculação de pessoal) vem sendo implementada para atender aos papéis assumidos pelo Estado, de caráter regulatório e de articulação dos agentes econômicos, sociais e políticos, além do aprimoramento na formulação de políticas públicas e na prestação dos serviços públicos.(BRASIL:1997)

Os elementos apontados até aqui tiveram como perspectiva ilustrar o contexto no qual se deu a incorporação das cooperativas de profissionais de saúde pelo serviço público.

---

<sup>2</sup> Projeto de Lei que dispõe sobre o contrato de trabalho por tempo determinado, encaminhado pela Presidência da República à primeira secretária da Câmara dos Deputados em 28 de março de 1996.

## Capítulo II - Cooperativas de Trabalho na Saúde

Este capítulo relatará o surgimento das cooperativas, principalmente as cooperativas de trabalho na saúde e abordará os subsídios legais do cooperativismo.

### 2.1 - A História das Cooperativas<sup>3</sup>: as cooperativas de trabalho na saúde

A primeira cooperativa, sobre a qual se tem notícia, foi uma cooperativa de consumo, surgida em 1844 no interior rural da Inglaterra, pelos trabalhadores de Rochdale, formada por um grupo de vinte e oito operários (tecelões, marceneiros, alfaiates e carpinteiros).

Segundo Rique (1999), os trabalhadores de Rochdale são os responsáveis pela iniciativa da formulação dos princípios que regem uma sociedade cooperativa.

Fortes movimentos sociais antecederam a fundação da Sociedade dos Pioneiros de Rochdale. Destes movimentos, os dois que mais influenciaram o cooperativismo foram o cartismo (trabalhadores e radicais intelectuais em torno de reformas políticas) e owenismo (busca de uma sociedade baseada na cooperação e não na competição); ambos buscavam melhores condições de trabalho. Influenciados por estes movimentos, os Rochdale criaram uma sociedade cooperativa, com os seguintes princípios: controle democrático, adesão aberta, neutralidade política e religiosa, juros limitados, distribuição de parte do excedente proporcional às compras. (RIQUE: 1999)

Constituída por 28 trabalhadores, em 1848 já contava com 140 membros, em 1849 passa a ter 390 e em 1860 já possuía 3.450 sócios. A partir daí inicia-se um processo de expansão das organizações cooperativas. Em 1895 foi constituída a Aliança Cooperativa Internacional, por cooperativas de diversas partes do mundo, sediada em Genebra, Suíça.

---

<sup>3</sup> Consultamos , para esta parte material coletado na internet pela Unimed Nordeste.

As primeiras cooperativas surgidas no Brasil foram as de consumo, em 1894, que só podiam admitir como cooperativados pessoas da mesma empresa, sindicato ou profissão. Logo depois surgiu a Cooperativa de Consumo dos Empregados da Viação Férrea, em Santa Maria, chegando a ser a maior cooperativa da América do Sul. Em 1907 e 1911 em Minas Gerais e no Sul do Brasil, surgiram as cooperativas de produção, como as agropecuárias e agrícolas.

Em 1938 surgiu a primeira cooperativa de trabalho no Brasil, a Cooperativa de Trabalho dos Carregadores e Transportadores de Bagagens do Porto de Santos. Em 1960 surgiram as cooperativas de crédito rural, sendo a primeira em Linha Imperial (RS).

A partir da década de 1960 surgiram diversas cooperativas no Brasil. Dentre elas as que mais cresceram foram as cooperativas de trabalho, sendo sua maior concentração na região sudeste. Essas cooperativas eram de artesãos, pescadores, profissionais de serviços de limpeza, profissionais especializados de nível superior; como médicos, contadores, cientistas sociais, professores universitários e outros.

No início da década de 1970, o Sistema Cooperativista Brasileiro passa a ser representado pela Organização Cooperativista Brasileira - OCB. Sua existência legal foi consagrada pela Lei n° 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

A OCB é uma sociedade civil de direito privado, sem finalidade lucrativa, com sede e foro em Brasília (DF). A sua missão, além da representação das cooperativas em todos os fóruns, do país e do exterior, também consiste em prestar assessoria técnica-consultiva ao governo sobre as questões do cooperativismo, além de manter serviços de apoio às Organizações Estaduais de Cooperativismo - OCEs - e às cooperativas de modo geral, nas questões de direito, na consolidação da proposta cooperativa.

É fundamental perceber que o cooperativismo se organiza no mundo e no Brasil em diversos segmentos, que são classificados da seguinte forma ( COOPERATIVAS DE TRABALHO :1999):

•**Agropecuário** - Este segmento tem como principal objetivo organizar, comercializar os produtos agrícolas de seus cooperados e o fornecer insumos e implementos agrícolas para toda a sua coletividade.

•**Crédito** - O cooperativismo de crédito baseia-se na contribuição de um valor mensal fixado em assembléia, com a finalidade de se formar um fundo comum, para que no futuro cada cooperado possa ter acesso via empréstimos a este fundo. Este segmento muitas vezes é responsável pela expansão de diversas atividades empresarias de seus associados.

•**Consumo** - A finalidade deste tipo de cooperativa é a prestação de serviços ao seu quadro social através da compra em comum de gêneros de primeira necessidade. A vantagem deste segmento é a de o cooperado poder comprar na cooperativa os gêneros de sua necessidade, a um preço abaixo do que é praticado no mercado.

•**Especiais** - *Neste segmento as opções são abertas e observa-se a existência de inúmeros tipos de cooperativas especiais, para atendimento a necessidades específicas de deficientes mentais, escolares, menores, índios, etc. (QUEIROZ:1996)*

•**Serviços** - Este segmento do cooperativismo caracteriza-se pelo serviço que o cooperado busca na cooperativa que podem ser os mais variados possíveis, passando por diversos tipos de convênios (farmácias, viagens, turismo), intercâmbios, seguro saúde, seguros em geral e serviços de fornecimento de energia elétrica rural e/ou telefonia.

•**Habitacional** - Este tipo é destinado à construção de moradia para o conjunto de seus cooperados a um preço justo.

•**Produção** - Este segmento de cooperativismo de produção caracteriza-se pela transformação que o cooperado impõe à matéria - prima que, depois de pronta, é colocada à disposição da administração cooperativa para que seja comercializada.

•**Mineração** - Este segmento se caracteriza pela extração, manufatura e comercialização de minério e exploração de jazidas que pertençam a cooperativa.

Considerando o objetivo deste estudo a atenção volta-se para as **Cooperativas de Trabalho** que são aquelas criadas por profissionais

autônomos que se unem em um empreendimento e prestam seus serviços à coletividade e a terceiros, sem nenhuma intermediação, podendo ser da indústria, do artesanato, da saúde, do transporte etc.

Nos diversos tipos de cooperativas de trabalho, um importante segmento cooperativo é o cooperativismo médico, que surgiu no Brasil em meados da década de 1960, quando um grupo de médicos liderados por Edmundo Castilho, então presidente do sindicato médico da cidade de Santos, funda a União dos Médicos - Unimed - , com bases nos princípios do cooperativismo, formando a primeira cooperativa médica do mundo.

Na cooperativa médica, os próprios médicos cooperados são os donos do negócio, que se reúnem em uma associação para prestar assistência médica ambulatorial e hospitalar aos usuários que se credenciam à cooperativa. Baseia-se, segundo informações da Unimed, no direito e liberdade de cada usuário escolher o seu médico, que por sua vez atua como autônomo. O acesso à cooperativa é livre, respeitados os quesitos legais e éticos.

Em 1969 surgiram mais de 30 Unimeds no estado de São Paulo. Em 1970 novas cooperativas médicas são fundadas em diversas cidades do Brasil, surgindo com isso as Federações, que têm como objetivo padronizar os procedimentos operacionais. Em 1972 foi criada a Unimed do Brasil, Confederação que congrega as Unimeds de todo o país.

Nos anos 90 a Unimed é considerada como a entidade cooperativista líder do setor de saúde nas Américas. Atualmente a Confederação Nacional das Unimeds conta com 39 hospitais próprios e 12 em construção no país e 86 mil médicos cooperados.

Em 1996 foi fundada a Organização Internacional das Cooperativas de Saúde, com o objetivo de promover a aproximação das cooperativas de saúde em todo o mundo.

Considerando que o objeto de estudo são as Cooperativas de Profissionais de Saúde, e que estas se enquadram no segmento das

Cooperativas de Trabalho, convém destacar agora alguns dados quantitativos sobre as cooperativas em todos os seus segmentos e em especial as cooperativas de trabalho, para assim traçar um panorama geral delas no Brasil e em particular no estado do Rio de Janeiro, local escolhido para a realização do estudo de caso.

Verifica-se que é crescente no Brasil o número de cooperativas nos diversos segmentos, e sua maior concentração, conforme quadro abaixo, se dá nas regiões mais desenvolvidas : estados de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

**Quadro 1 - Número Total de Cooperativas e de Cooperados por estado no Brasil, 1998**

<b>Estado</b>	<b>Número de Cooperativas</b>	<b>Número de Cooperados</b>
Minas Gerais	846	556.467
São Paulo	840	1.836.475
Rio de Janeiro	603	203.063
Rio Grande do Sul	574	719.642
Pernambuco	308	107.363
Santa Catarina	248	292.528
Ceará	220	85.762
Paraná	194	216.761
Espírito Santo	145	47.426
Maranhão	126	16.303
Goiás	124	60.746
Bahia	124	31.065
Paraíba	111	26.921
Rio Grande do Norte	103	53.577
Piauí	84	16.411
Mato Grosso do Sul	80	22.786
Mato Grosso	72	24.017
Pará	59	12.823
Distrito Federal	49	47.955
Rondônia	44	5.857
Sergipe	31	7.362
Alagoas	30	18.149
Amazonas	25	10.479
Tocantins	24	3.504
Roraima	17	692
Amapá	14	1.135
Acre	7	3.656
<b>Total</b>	<b>5.102</b>	<b>4.428.925</b>

---

**Fonte:** OCB/DETEC/banco de dados

Ao destacar os segmentos dessas cooperativas no Brasil, verifica-se uma acentuada participação das cooperativas de trabalho em relação as categorias existentes, como indica o quadro a seguir.

**Quadro 2 - Número de Cooperativas e Cooperados por Segmento no Brasil, 1998**



<b>Segmentos</b>	<b>Número de Cooperativas</b>	<b>Número de Cooperados</b>
<b>Trabalho</b>	<b>1.919</b>	<b>516.396</b>
<b>Agropecuário</b>	1.408	1.028.378
<b>Crédito</b>	890	825.911
<b>Habitacional</b>	202	46.216
<b>Educacional</b>	193	65.818
<b>Consumo</b>	193	1.412.664
<b>Energia e Telecomunicações</b>	187	53.179
<b>Produção</b>	91	4.372
<b>Mineração</b>	15	4.027
<b>Especial- escolar</b>	4	1.964
<b>Total</b>	<b>5.102</b>	<b>4.428.925</b>

Fonte: OCB/DETEC/banco de dados

No estado do Rio de Janeiro existem, segundo dados da OCB, 603 cooperativas, dentre elas algumas do trabalho, como já mencionado. Dentro deste segmento, encontram-se as da saúde. O quadro a seguir, mostra o quantitativo das cooperativas de saúde no estado.

**Quadro 3 - Cooperativas por Segmento no estado do Rio de Janeiro,1998**

<b>Segmento</b>	<b>Rio de Janeiro</b>
<b>Agropecuário</b>	57
<b>Consumo</b>	13
<b>Crédito</b>	76
<b>Educacional</b>	14
<b>Energia e Telecomunicação</b>	6
<b>Especial/escolar</b>	1
<b>Habitacional</b>	10
<b>Mineração</b>	0
<b>Produção</b>	4
<b>Saúde</b>	<b>49</b>
<b>Artesanal</b>	1
<b>Cultura</b>	11
<b>Diversos</b>	242
<b>Transporte</b>	119
<b>Total</b>	<b>603</b>

Fonte:OCB/DETEC/banco de dados

Segundo a classificação da Organização das Cooperativas Brasileiras, as cooperativas de saúde podem ser de profissionais médicos, odontólogos, psicólogos, usuários e atualmente, no Rio de Janeiro, as Cooperativas de Profissionais de Saúde (formadas por várias categorias profissionais).

**2.2 - Caracterização das Cooperativas de Trabalho**

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho, a cooperativa de trabalho é :

*“uma associação de pessoas que se unem voluntariamente para realizar objetivo comum, através da formação de uma organização administrativa e controlada democraticamente, realizando contribuições eqüitativas para o capital necessário e aceitando assumir de forma igualitária os riscos e benefícios do empreendimento no qual os sócios participam ativamente”* (RECOMENDAÇÃO N° 127, ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO).

Dessa forma as cooperativas de trabalho são formadas por profissionais autônomos da mesma ocupação profissional ou de diversas especialidades. Essas cooperativas podem dispor de instalações, capital e equipamentos, podendo produzir bens e serviços sem depender de um tomador de serviço. Quando as cooperativas de trabalho têm apenas mão-de-obra disponível, elas atuam nas instalações dos tomadores, como é o caso das cooperativas que, hoje, prestam serviços no serviço público de saúde.

As cooperativas de trabalho ao se formarem são constituídas por: *“20 trabalhadores e em condições excepcionais podem ser aceitas pessoas jurídicas”*. (QUEIROZ:1996)

No art. 6° da Legislação Cooperativista, as sociedades cooperativas são consideradas:

- **singulares:** *“constituídas pelo número mínimo de 20 (vinte) pessoas físicas, sendo excepcionalmente permitida a admissão de pessoas jurídicas que tenham por objeto as mesmas ou correlatas atividades econômicas das pessoas físicas ou, ainda, aquelas sem fins lucrativos”*. São também classificadas como cooperativas do primeiro grau. Essas cooperativas tem como atribuições a execução das atividades fins do cooperativismo, que são o relacionamento direto com os cooperados e intervenção direta no mercado.

- **cooperativas centrais ou federações de cooperativas:** “*constituídas de, no mínimo, 3 (três) singulares, podendo, excepcionalmente, admitir associados individuais*”. São classificadas como cooperativas do segundo grau. Essas cooperativas executam atividades de representação (representar os estratos associados perante o governo, os órgãos de classe, instituições cooperativistas, o público, a imprensa, o mercado), regulação (fornecimento de assessorias jurídicas, contábeis, técnicas e outras), controle e economia de escala (situações em que, atuando conjuntamente, o movimento consegue baratear custos, ex: na contratação de serviços especializados e de alto custo, compra de materiais; promover e coordenar essas ou outras tarefas é papel das cooperativas de segundo grau.

Para identificar se uma cooperativa formada por pessoas físicas é verdadeira, é preciso verificar se ela obedece ao princípio da dupla qualidade ou da identidade.

Segundo o Ministério Público do Trabalho<sup>4</sup>, a dupla qualidade é um dos princípios caracterizadores das cooperativas, pelo qual cada associado é, ao mesmo tempo, cliente e fornecedor. Esse traço se evidencia na cooperativa de médicos, para a qual o médico fornece algumas horas de sua agenda e recebe um mercado e serviços de apoio (laboratórios, equipamentos radiológicos) aos quais não teria acesso sem a cooperativa.

O princípio da dupla qualidade também é chamado de princípio da identidade “*para uma instituição ser considerada cooperativa seus sócios precisam atender a condição de DONOS e, simultaneamente, pelo menos mais de uma destas três outras condições: USUÁRIO, FORNECEDOR OU TRABALHADOR, daí a denominação de princípio da dupla qualidade (ao considerar o associado)*”.(IRION,191:1997)

Cabe também ressaltar a classificação de Irion (1997) para identificação de cooperativas verdadeiras ou falsas. Para o autor, falsas cooperativas “*são formadas por pessoas ou instituições com interesses estranhos ao do*

---

<sup>4</sup> Documento coletado via internet no Ministério Público do Trabalho - Procuradoria Regional do Trabalho da 15ª Região

*verdadeiro cooperativismo, utilizando-se da cooperativa para fugir dos compromissos como impostos e leis sociais”.*

A fundação de uma cooperativa ocorre pela deliberação da Assembléia Geral dos fundadores. Esta deve cumprir, como roteiro mínimo, a aprovação dos estatutos e a eleição da primeira Direção e Conselho Fiscal. Para ser válido sua criação a assembléia deve ser documentada em ata ou por instrumento público. A cooperativa passa a funcionar após os trâmites na Junta Comercial

Conforme o Art.15, Lei nº 5.764, “o ato constitutivo, sob pena de nulidade, deverá declarar”:

*I - a denominação da entidade, sede e objeto de funcionamento;*

*II - o nome, nacionalidade, idade, estado civil, profissão e residência dos associados fundadores que o assinaram, bem como o valor e número da quota-parte de cada um;*

*III- aprovação do estatuto da sociedade;*

*IV- o nome, nacionalidade, estado civil, profissão e residência dos associados eleitos para os órgãos de administração, fiscalização e outros”.*

Conforme foi citado acima, o estatuto é parte integrante dos elementos que constituem a formação de uma cooperativa, para tal o estatuto deve conter(art.21 Lei 5.764):

- *“a denominação, sede, prazo de duração, área de ação, objeto da sociedade, fixação do exercício social e da data do levantamento do balanço geral;*

- *os direitos e deveres dos associados, natureza de suas responsabilidade e as condições de admissão, demissão, eliminação e exclusão e as normas para sua representação nas assembléias gerais;*

- *o capital mínimo, o valor da quota-parte, o mínimo de quotas-partes a ser subscrito pelo associado, o modo de integralização das quotas-partes, bem*

*como as condições de sua retirada nos casos de demissão, eliminação ou de exclusão do associado;*

- *a forma de devolução das sobras registradas aos associados, ou do rateio das perdas apuradas por insuficiência de contribuição para cobertura das despesas da sociedade;*

- *o modo de administração e fiscalização, estabelecendo os respectivos órgãos, com definição de suas atribuições, poderes e funcionamento, a representação ativa e passiva da sociedade em juízo ou fora dele, o prazo do mandato, bem como o processo de substituição dos administradores e conselheiros fiscais;*

- *as formalidades de convocação das assembleias gerais e a maioria requerida para a sua instalação e validade de suas deliberações, vedado o direito de voto aos que nelas tiverem interesse particular sem privá-los da participação nos debates;*

- *os casos de dissolução voluntária da sociedade;*

- *o modo e o processo de alienação ou oneração de bens imóveis da sociedade;*

- *o modo de reformar o estatuto;*

- *o número mínimo de associados”.*

Diante disso o estatuto exerce algumas funções dentro de uma cooperativa, que podem ser identificadas no quadro a seguir:

#### Quadro 4 - Funções do ESTATUTO

FUNÇÃO	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS
Constitutiva e declaratória	Declara a cooperativa constituída, seu objeto social, sede, foro, área de ação e capital social.
Habilitadora	Estabelece as qualificações do quadro social.
Estrutura e delegatória	Normatiza a estrutura delegando-lhe funções, atribuições e alçadas.
Responsabilizadora	Fixa responsabilidades dos sócios, das estruturas e de seus respectivos componentes.
Provedora	Estabelece mecanismos de provimento dos cargos e funções.
Formalizadora	Cria regras de funcionamento de assembleias, reuniões, atividades sociais e negociais.
Relacionadora e reguladora	Regula relações interpessoas e internas dos sócios com a cooperativa e destes com eles.
Distributivas	Regula o custeio das entidades e a participação dos associados nos resultados, constituição, e aplicação dos fundos e do capital próprio da entidade.
Complementares	Regula reforma do estatuto, edição e reforma de regulamentos e regimentos a ele complementares.
Genéricas	Estabelece regras de dissolução da sociedade e dispositivos de efeito transitório.

Fonte: Irion, 246:1997

Baseado no quadro acima, torna-se fundamental perceber o papel indispensável que exerce o estatuto social dentro de uma cooperativa, funcionando com um instrumento regulador e normativo .

Todos esses elementos apontados tiveram como objetivo iniciar a caracterização das cooperativas de trabalho, que será complementada com os princípios que regem o cooperativismo, mostrados a seguir.

### **2.2.1 Princípios Cooperativistas**

São sete os princípios cooperativistas, número mantido desde sua formação. Estes princípios já sofreram duas atualizações, uma em 1966 no Congresso da ACI (Aliança Cooperativa Internacional), em Viena, e outra em 1995 no Congresso da ACI realizado em Manchester. Na nova formulação alguns princípios foram incorporados a outros, para a criação de novos que são:

1. adesão livre e voluntária;
2. controle democrático pelos sócios;
3. participação econômica dos sócios;
4. independência e autonomia das cooperativas;
5. educação, treinamento e formação;
6. cooperação entre cooperativas;
7. preocupação com a comunidade.

Para uma melhor visualização dessa mudança buscamos o quadro comparativo entre os princípios vigentes em 1966 e os princípios atualizados com o Congresso em Manchester em 1995, estabelecidos por Irion (1997).

**Quadro 5 - Princípios Vigentes em 1966 e os Princípios Atuais (1995).**

1966	1995
<b>Adesão livre</b> - cada pessoa tem plena liberdade de se associar a uma	<b>Adesão livre e voluntária</b> - são organizações voluntárias abertas a todas



cooperativa ou dela sair	as pessoas aptas a usar seus serviços e aceitar responsabilidade de sócio, sem discriminação social, racial, política ou religiosa
<b>Neutralidade social, política, religiosa e racial</b> - a cooperativa deve tratar igualitariamente os seus cooperados, sem fazer distinções por motivos sociais, partidários, religiosos	<b>Controle democrático pelos sócios</b> - as cooperativas são organizações democraticamente controladas por seus sócios os quais participam ativamente no estabelecimento de suas políticas e tomadas de decisões
<b>Um homem, um voto</b> - cada cooperado tem um voto, independentemente do número de quotas-partes, com direito a votar e ser votado.	<b>Participação econômica dos sócios</b> - os sócios contribuem de forma eqüitativa e controlam democraticamente o capital de suas cooperativas. Parte deste capital é propriedade comum das cooperativas. Os sócios destinam as sobras aos seguintes propósitos: desenvolvimento das cooperativas, possibilitando a formação de reservas, retorno aos sócios na proporção de suas transações com a cooperativa.
<b>Retorno das sobras</b> - se houver sobras no balanço anual, essas sobras se destinam aos fundos previstos nos estatutos da cooperativa e o restante fica à disposição da Assembléia geral que decide livremente sobre sua destinação.	<b>Autonomia e independência</b> - as cooperativas são organizações autônomas para ajuda mútua, controladas por seus membros. Entrando em acordo operacional com outras entidades, inclusive governamentais, ou recebendo capital de origem externa.
<b>Juro limitado do capital</b> - o sistema cooperativista considera o capital como simples fator de produção, limitando o juro máximo, pois o objetivo da cooperativa é a prestação de serviços ao quadro social.	<b>Educação, treinamento e formação</b> - as cooperativas proporcionam educação e treinamento para os sócios, dirigentes eleitos, administradores e funcionários, de modo a contribuir efetivamente para o seu desenvolvimento.
<b>Educação permanente</b> - todas as pessoas carecem de aperfeiçoamento constante, capacitando-se para o	<b>Cooperação entre cooperativas</b> - as cooperativas atendem seus sócios mais efetivamente e fortalecem o movimento

exercício da cooperação, para isso existe um fundo específico.	cooperativo, trabalhando juntas através de estruturas locais, regionais e internacionais.
<b>Cooperação intercooperativa</b> - não só os cooperados devem se unir em torno de interesses comuns, para viabilizar uma cooperativa, mas as próprias cooperativas devem se unir entre si em nível local, nacional e internacional.	<b>Preocupação com a comunidade</b> - as cooperativas trabalham pelo desenvolvimento sustentável de suas comunidades, através de políticas aprovadas por seus membros.

Fonte: Quadro(pag51) Irion:1997

Para melhor caracterizar os princípios cooperativistas citados acima, agora será destacado cada um com suas particularidades.

### **1º princípio - Adesão Livre e Voluntária**

Este princípio incorpora a livre adesão e a neutralidade política, racial e religiosa. As cooperativas são definidas como organizações voluntárias, formadas pela iniciativa dos interessados.

O ingresso nas cooperativas “*é livre a todos que desejam utilizar os serviços prestados pela sociedade, desde de que adiram aos propósitos sociais e preencham as condições estabelecidas no estatuto*”. (art.29, lei 5.764/71)

A entrada do associado ocorre quando aprovada a proposta de admissão e completada quando assina o livro de matrícula. Seus deveres e direitos começam a entrar em vigor após a assinatura do livro de matrícula, ainda que não tenha realizado o capital por ele subscrito . O quadro abaixo, mostra alguns deveres e direitos do cooperado.

#### **Quadro 6 - Deveres e Direitos do Cooperado**

<b>DEVERES</b>	<b>DIREITOS</b>
Respeitar as decisões votadas nas	Freqüentar as assembléias gerais,

assembléias gerais, que representam a vontade da maioria.	decidindo pelo voto os assuntos de interesse da sociedade.
Pagar o compromisso da quota de capital fixada para criar ou ingressar na cooperativa.	Votar e ser votado para cargos administrativos, fiscais ou outras funções.
Zelar pelo interesse comum e autonomia da sociedade.	Participar das atividades econômicas, sociais e educacionais.
Colaborar no planejamento, funcionamento, avaliação e fiscalização das atividades.	Ser consumidor e usuário dos serviços oferecidos pela cooperativa.
Debater idéias e decidir pelo voto os objetivos e metas de interesse.	Receber retorno proporcional as sobras de capital.
Denunciar, sempre, os procedimentos indevidos.	Examinar os livros e documentos da empresa e solicitar esclarecimentos aos dirigentes conselheiros e funcionários.
Pagar sua parte, caso ocorram prejuízos financeiros.	Convocar assembléia extraordinária, caso se faça necessário, conforme estabelecido no estatuto.
Estimular a integração da cooperativa com o movimento cooperativista.	Obter, antes da realização da assembléia geral, balanços financeiros, demonstrativos e relatórios.
Buscar capacitação profissional para o desempenho de suas atividades.	Retirar seu capital ao sair da sociedade, de acordo com o estabelecido no estatuto.

Fonte: Página sobre cooperativas de trabalho na internet

A demissão do associado será unicamente a seu pedido (art.32 lei 5.764/71). Para evitar que a cooperativa se inviabilize pela saída de associados a lei estabelece que nenhum associado pode subscrever mais de 1/3 do total das quotas-partes.

Quanto à eliminação do associado, a lei das cooperativas estabelece que *“a eliminação é aplicada em virtude de infração legal ou estatutária, ou por fato especial previsto no estatuto, mediante termo firmado por quem de direito no Livro de Matrícula, com os motivos que o determinaram, e a diretoria da*

*cooperativa tem o prazo de 30 dias para comunicar ao interessado a sua eliminação*".(arts.33 -34, lei 5.764/71)

No caso de associado falecido, *“as obrigações contraídas com a sociedade cooperativa passam aos herdeiros, prescrevendo, após um ano contado do dia da abertura da sucessão”*. (art.36- parágrafo único, lei 5.764/71)

Queiroz (1996) estabelece três formas de adesão dos trabalhadores às cooperativas. São a “consciente e voluntária”, a “ardilosa e ilusória” e a “imposta compulsória”.

A primeira é correta, prevista pelo princípio da livre adesão. Os trabalhadores vêm nas cooperativas de trabalho uma alternativa para obterem ganhos.

Na “ardilosa e ilusória”, a inserção do trabalhador na cooperativa se dá através de ofertas aparentemente vantajosas para os trabalhadores, mas na verdade somente são para o “dono” da cooperativa e seus tomadores de serviços. Os trabalhadores acabam por ingressar na cooperativa sem saber como, nem por que , ou para quê.

A forma “imposta e compulsória” caracteriza-se como uma condição, colocada pelo tomador de serviços, impondo aos seus funcionários a continuidade da manutenção no emprego, mas única e exclusivamente através de uma cooperativa de trabalho, a qual é incentivada e organizada por ele próprio.

## **2º princípio -Controle Democrático pelos Sócios**

Esse princípio esta relacionado à tomada de decisões dentro de uma cooperativa, de que forma ela é realizada pelos seus sócios, como controlam democraticamente.

Para Queiroz (1996), a cooperativa é uma forma concreta de organização social que, com base em relações igualitárias, reúne agentes econômicos empenhados em satisfazer objetivos comuns, se diferenciando da empresa privada.

Nas empresas, o sócio é portador de votos múltiplos, com pesos proporcionais ao capital investido no empreendimento, o que controla a empresa é o capital; nas cooperativas, todos os associados têm igualdade de votos, qualquer que seja o capital aplicado na sociedade, o controle é exercido pelas pessoas, por isso que é classificado de democrático. (Irion:1997)

Ao comparar as características de uma empresa com uma cooperativa, pode-se constatar diferenças significativas. *“As empresas têm finalidades mercantilistas e sobreviverão se obtiverem lucros. As cooperativas têm como foco a promoção do trabalho dos seus sócios, sem visar lucros e efetivando-se pela contribuição e colaboração mútua dos seus sócios”* .(QUEIROZ:1996) Para melhor exemplificar a diferença entre estes dois tipos de organizações apresenta-se a seguir um quadro comparativo das principais características de uma cooperativa e de uma empresa.

**Quadro 7 - Comparação entre Cooperativa e Empresa**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>EMPRESA DE CAPITAL</b>	<b>COOPERATIVA</b>
1. Valor	Agressividade	Solidariedade
2. Princípio	Competição	Cooperação
3. Objetivo	Lucro como motor essencial	Prestação de serviço sem objetivo de lucro
4. Cultura	Consumista	Conservacionista
5. Iniciativa	Individual e/ou grupal sem fim social	Individual e/ou grupal com fim social
6. Decisões	Voto do capital(ações)	Voto de pessoas
7. Concorrência	Lei suprema	Superação da concorrência pela

		cooperação
8. Comercialização	Com intermediação	Superação de intermediação
9. Vendas	A prestações	À vista e a dinheiro
10. Conquista do mercado	Pela publicidade e artifícios	Eventualmente pela publicidade sem artifícios e pela qualidade dos produtos e seriedade nos negócios
11. Operação de mercado entre a instituição e o sócios	Existe	Não existe
12. Função executada	Função negocial	Função negocial com fins sociais
13. Princípio da identidade ou da dupla qualidade	Não possui	Possui
14. Princípio do regionalismo ou da unicidade	Em geral não existe, quando existe significa cartelização	Existe em alguns segmentos
15. Instrumento que formaliza a instituição	Contrato social	Estatuto social
16. Área de ação	Em geral não possui	Sempre possui
17. Divisão de classes	Mecanismo imprescindível	Integração de todos
18. Natureza do quadro social	Pessoa física e/ou jurídica	Pessoa física e só excepcionalmente pessoa jurídica
19. Natureza do vínculo com sócio	Natureza societária	Natureza institucional
20. Método de produção	O capital arrenda o trabalho	O trabalho arrenda o capital
21. Propriedade dos meios de produção	Privado como direito absoluto	Privado como meio social
22. Unidade de capital	Ações	Quotas
23. Capital como fator de produção	Fator principal	Fator secundário. O fator principal é o sócio
24. Função do capital	Capital é o fim	Capital é o meio
25. Subscrição do capital	Gera vinculação jurídica	Gera vinculação jurídica

	de natureza societária	de natureza institucional devido a submissão a normas estatutárias previamente estabelecidas
26.Ações e quotas	Transferíveis a terceiros, valor conforme o mercado (oferta/ procura)	Intransferíveis a terceiros, valor independente do mercado
27.Tipo de resultado	Tangível: lucro que remunera o capital	Tangível: sobras que remuneram as operações Intangível: serviços prestados ao quadro social
28.Distribuição dos resultados	Distribuído conforme o capital	Distribuído conforme a operação de cada sócio
29.Sujeito à falência	Sim	Não

Fonte: Irion (187:1997)

A democracia dentro de uma cooperativa, quando relacionada ao tipo de voto praticado, conforme Irion (1997), pode ser classificada em direta e indireta. Na democracia direta, os sócios se reúnem em Assembléia Geral e tomam decisões por meio de voto singular; na democracia indireta, os associados por eleição ou designação conferem a outros sócios cargos ou funções, instrumentos pelos quais os últimos votam em nome de quem os designou.

Quando as cooperativas têm um elevado número de associados, reduz-se o colegiado decisório por meio de delegados, que passam a ter a função de representar grupos de associados. Isto pode ser verificado no art.42, § 2º da Lei 5.764/71: *“Quando o número de associados, nas cooperativas singulares exceder a 3.000 (três mil), pode o estatuto estabelecer que os membros sejam representados, nas Assembléias Gerais, por delegados que tenham a qualidade de associados no gozo de seus direitos e não exerçam cargos eletivos na sociedade.”*

Para gerir uma cooperativa, esta precisa de estrutura básica de organização, que pode ser identificada da seguinte forma:

- **Assembléia Geral** - é uma reunião de todos os associados e constitui o principal fórum de decisão da cooperativa. As assembleias, segundo o art. 38, § 1º, Lei 5.764/71, “*serão convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação, não havendo quorum de instalação, as assembleias poderão ser realizadas em segunda ou terceira convocações*”.
- **Assembléia Geral Ordinária** - realizará anualmente nos 3 (três) primeiros meses após o término do exercício social, deliberará sobre prestação de contas, relatório de gestão, balanço, demonstrativo das sobras apuradas ou das perdas decorrentes, eleição dos componentes e assuntos de interesse social.
- **Assembléia Geral Extraordinária** - “*realizar-se-á sempre que necessário e poderá deliberar sobre qualquer assunto de interesse da sociedade, desde que mencionado no edital de convocação*”.(art. 45, Lei 5.764/71)
- **Diretoria ou Conselho de Administração** - Órgão superior na Administração da cooperativa, formada por cooperantes eleitos pelos demais associados, com mandato nunca superior a 4 (quatro) anos, responsável pela execução das propostas aprovadas pela Assembléia Geral, podendo ainda indicar uma diretoria executiva. “*Os órgãos de administração podem contratar gerentes técnicos ou comerciais, que não pertençam ao quadro de associados, fixando-lhes as atribuições e salários*”. (art.48, Lei 5.764/71) “*Não podem compor uma mesma Diretoria ou Conselho de Administração os parentes entre si até 2º(segundo) grau, linha reta ou colateral*” (art.51, Parágrafo Único- Lei 5.694/71).
- **Conselho fiscal** - Órgão independente dentro da cooperativa, cabe fiscalizar, em nome dos demais associados, constituído de 3 (três) membros efetivos e 3 (três) suplentes, todos associados eleitos anualmente pela Assembléia Geral. “*Não podem fazer parte do Conselho Fiscal, além dos inelegíveis enumerados no art. 51, os parentes dos diretores até o 2º(segundo) grau, em linha reta ou colateral, bem como os parentes entre si até esse grau.*” (art 56, § 1º, Lei 5.694/71) “*O associado não pode exercer cumulativamente cargos nos órgãos de administração e de fiscalização.*” (art 56, § 2º, Lei 5.694/71)



Segundo Irion (1997), todas as cooperativas têm obrigatoriamente a mesma estrutura básica, independentemente do tipo ou grau e diante disso o autor propõe dividir a estrutura organizacional nas seguintes ordens:

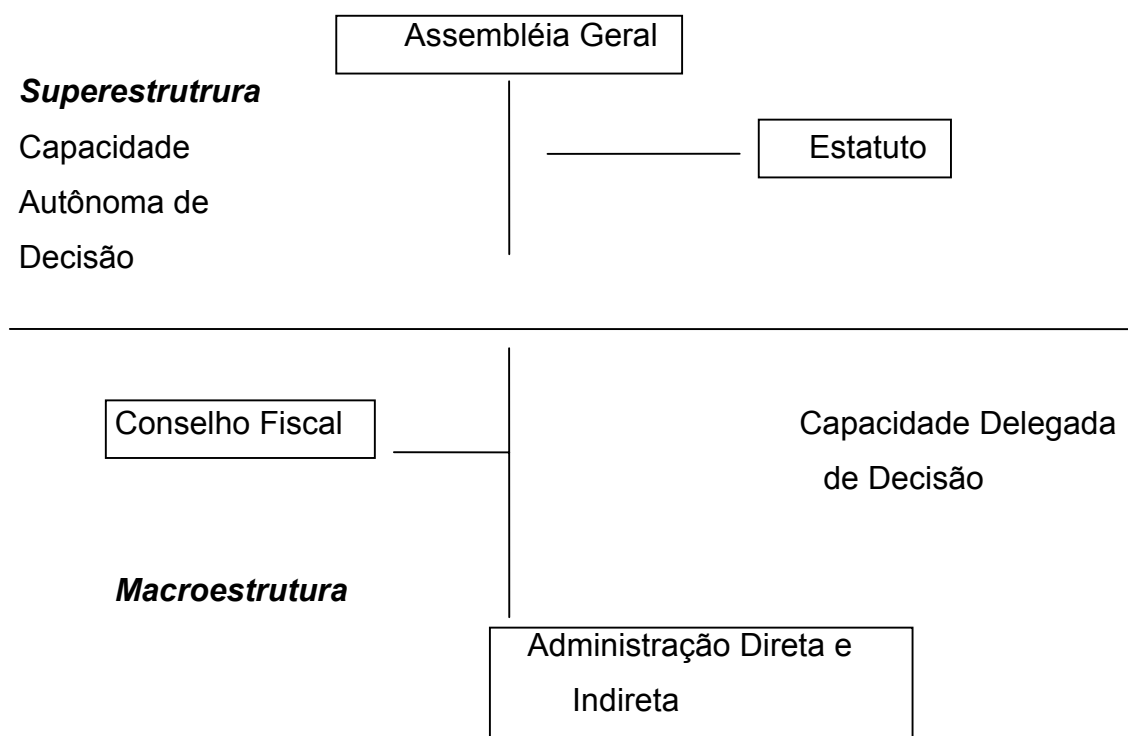
1. “**Superestrutura:** composta exclusivamente pelos sócios ,detém todo o poder de decisão, seus órgãos são a Assembléia Geral e o Estatuto.

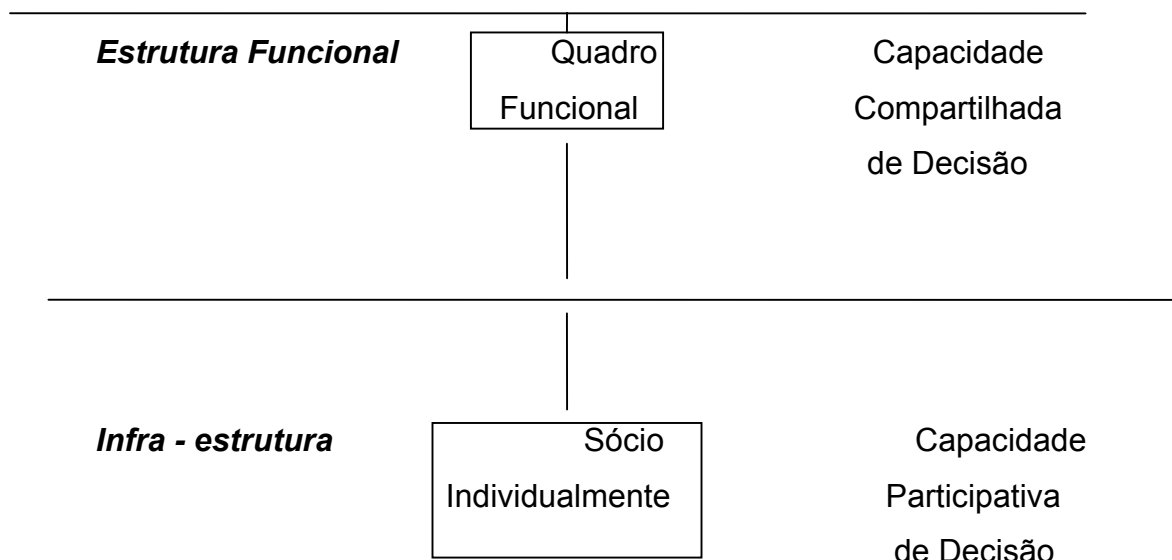
2. **Macroestrutura:** composta exclusivamente por associados, mas apenas por parcela deles, selecionada mediante processo eletivo ou por designação. Tem como funções básicas: a administrativa e a fiscalizadora. Seus componentes são a Administração e o Conselho Fiscal.

3. **Estrutura Funcional:** tem natureza operacional, não é obrigatoriamente formada por associados podendo ser montada com profissionais contratados.

4. **Infra-estrutura:** provém os negócios da cooperativa oriundos dos sócios na qualidade de produtores, fornecedores ou consumidores dos bens e serviços cooperativados. Seus componentes são o sócio como pessoa e a economia particular de cada sócio.”

A seguir apresenta-se a estrutura genérica das cooperativas:





Fonte: Irion:1997

Todos estes elementos citados apontam de que forma é realizado o controle democrático dos associados, funcionando a estrutura organizacional da cooperativa como instrumento indispensável para tal.

### **3º princípio - Participação Econômica dos Sócios**

Neste princípio os sócios contribuem de forma eqüitativa e controlam democraticamente o capital de suas cooperativas.

De acordo com Irion (1997), o capital da cooperativa é de origem privada (não estatal), formado por dois elementos; um particular, que está relacionado aos valores investidos pelos associados (capital de propriedade dos cooperados), o outro é coletivo, que corresponde aos meios usados para produção e tem origem nas atividades da entidade.

O capital de propriedade dos cooperados é subdividido em quotas-partes, cujo valor unitário é fixado nos Estatutos pela Assembléia Geral.

Por sua vez, a lei limita a subscrição do capital dos cooperados:

*“ Nenhum associado poderá subscrever mais de 1/3 (um terço) do total das quotas-partes, salvo nas sociedades em que a subscrição deva se diretamente proporcional ao movimento financeiro do cooperado ou ao quantitativo dos produtos a serem comercializados, beneficiados ou transformados, ou ainda, em relação à área cultivada ou ao número de plantas e animais em exploração.” (art 24, § 1º, Lei 5.694/71)*

Essa limitação existe para evitar que caso um cooperado se retire da cooperativa ocorra instabilidade.

A lei também estipula que o pagamento das quotas-partes pode ser realizado através de prestações, independente da chamada, subscrito no ato de ingresso na cooperativa, quando o cooperativado assim desejar ou quando determinado pela Assembléia.

As quotas podem ser pagas à vista ou em parcelas, regras essas que podem ser estabelecidas no Estatuto ou na Assembléia Geral.

Segundo o art. 28 - Lei 5694/71, as cooperativas são obrigadas a constituir fundos para várias finalidades como: Fundo de Reserva , Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social (FATES) e outros fundos específicos.

Estes fundos são formados de parcelas retiradas da produção cooperativista a que fazem jus os cooperados e que recebem dos tomadores dos seus serviços.

O Fundo de Reserva é destinado a reparar as perdas e ao atendimento das atividades do cooperado, sua natureza é econômica. O valor constitui 10% (dez por cento) das sobras líquidas do exercício. Segundo Queiroz (1996), as cooperativas têm a obrigação de gerar sobras, das quais este fundo é retirado, e em nenhuma hipótese existe a possibilidade de as cooperativas deixarem de constituir esse fundo.

O Fundo de Assistência Técnica Educacional e Social (FATES) é de natureza social, destinado à prestação de suporte aos cooperados, familiares, empregados da cooperativa. O Conselho de Administração da Cooperativa deverá reservar, para esse fundo, pelo menos 5% (cinco por cento) das sobras líquidas apuradas no exercício. Todos os serviços a serem atendidos pelo FATES podem ser terceirizados com entidades públicas ou privadas. Essa reserva deve ser usada principalmente para aprimorar os conhecimentos técnicos do cooperado, como treinamentos, seminários, congressos e outros.

Vale ressaltar que os tomadores de serviços da cooperativa poderão solicitar que esta se utilize do “ FATES” para reciclar, treinar a mão-de-obra colocada à sua disposição. (QUEIROZ:1996)

Segundo Irion (83:1997), *“O Fundo de Reserva é a poupança interna da cooperativa que protege todo o quadro social das eventualidades de um ano infeliz; o FATES objetiva a promoção social de todos os associados.”*

#### **4º princípio- Autonomia e Independência das Cooperativas**

As cooperativas são organizações autônomas controladas por seus membros. Ao entrar em acordo operacional com outras entidades ou receberem capital de origem externa, devem manter o controle democrático e sua autonomia.

Segundo Irion (1997), existem situações que põem em risco a Independência e Autonomia das cooperativas, tais como:

1. *“As cooperativas patrocinadas que nascem de cima para baixo, criadas por instituições, empresas e o próprio governo. Formam-se assim cooperativas dependentes, com legitimidade duvidosa, e cujo desempenho ou fracasso comprometem o movimento.*
2. *A infiltração de outras entidades (sindicatos, associações de classe, partidos, igrejas, empresas, etc.) na autonomia é freqüente e tem como*

*objetivo converter a cooperativa em instrumento de promoção dos interesses políticos, sociais ou econômicos das interventoras.*

- 3. A concorrência tem interesse em influir para manter as cooperativas pequenas ou então para convertê-las em mercados cativos.*
- 4. Cooperativas com baixos ativos financeiros, com sistemas de custeios deficientes e que não geram dentro do quadro social capital ou recursos necessários para suas atividades, facilmente comprometem a independência e a autonomia quando se endividam.”*

### **5º princípio- Educação, Treinamento e Formação**

A ACI (Aliança Cooperativa Internacional), quando oficializou os princípios cooperativistas, incluiu entre eles a educação, determinando que as cooperativas fossem órgãos de fomento da educação, ou que promovessem a educação continuada.

As cooperativas proporcionam educação e treinamento para os sócios de modo a contribuir efetivamente para o seu desenvolvimento. Um instrumento utilizável para promover a educação e o aperfeiçoamento técnico é o FATES, já citado anteriormente ( Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social). Além de formação técnica, e da educação formal e doutrinária, cabe ao Fundo promover o bem-estar dos sócios, funcionários e respectivos familiares.

Afora a missão interna da educação, cabe às cooperativas cumprir o preceito de informar o público externo. Tais tarefas só poderão ser resolvidas se o FATES contar com dotações superiores ao mínimo estabelecido na Lei 5% das sobras (IRION: 1997).

### **6º princípio - Cooperação entre Cooperativas**

Neste princípio os cooperados devem se unir em torno de interesses comuns, para viabilizar uma cooperativa, mas as próprias devem se unir entre si a nível local, nacional e internacional, para atender melhor os interesses dos cooperados.

### **7º princípio- Preocupação com a Comunidade**

A preocupação com a comunidade se dá na medida em que a cooperativa se organiza, expande-se e cresce em número de associados, amplia seus negócios, o padrão econômico e social dos associados melhora, a cooperativa gera novos empregos, abre o mercado para a produção ou cria novas oportunidades de trabalho para os cooperados, dá-lhes acesso a novos bens e alavanca a economia e os investimentos dos cooperados, e atua como vetor de estímulo aos negócios de toda a comunidade, beneficiando indiretamente os não-associados .(IRION:1997)

### **2.2.2 Inexistência do Vínculo Empregatício nas Cooperativas**

Uma característica importante nas cooperativas é a questão da *“inexistência do vínculo empregatício, entre a sociedade cooperativada e seus associados, e entre estes e os tomadores de serviços.”* (art.442 da CLT) Os cooperados são sócios-proprietários das cooperativas, tendo com ela uma relação civil e de forma nenhuma relação trabalhista.

Isso também pode ser corroborado através da Lei 5.764/76, art. 20, onde fica estabelecido que *“qualquer que seja o tipo de cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados”*.

Inexistindo o vínculo empregatício, os cooperados perdem direitos trabalhistas e as cooperativas ficam isentas de contribuições sociais e trabalhistas. No quadro abaixo são comparados os encargos legais de uma empresa e de uma cooperativa de trabalho.

**Quadro 8 - Análise Comparativa de Encargos entre Empresa e Cooperativa de Trabalho**

<b>Tipo de encargos legais</b>	<b>Empresa</b>	<b>Cooperativa</b>
INSS	X	X
SALARIO-EDUCAÇÃO	X	-----
INCRA	X	-----
SESI/SESC	X	-----
SENAI	X	-----
SEGURO-ACIDENTE	X	-----
FGTS	X	-----
SEBRAE	X	-----
ADICIONAL DE 1/3 DE FÉRIAS	X	-----
13º SALÁRIO	X	-----
AVISO PRÉVIO TRABALHADO	X	-----

Fonte: QUEIROZ,40:1996

Pode-se observar que as cooperativas recolhem encargos muitos menores do que uma empresa. Dentro dos encargos legais, o único reconhecido na lei é a contribuição previdenciária. A lei complementar n° 84/95 *“define que as cooperativas de serviço e trabalho devem recolher aos cofres do INSS a alíquota de 15 % sobre o total das importâncias pagas ou creditadas aos cooperados, estabelecendo um modo de contribuição dos seus associados, já que todo cooperado é um trabalhador autônomo”*.

Algumas críticas (Cooperativas de trabalho:1999) sobre cooperativas de trabalho rebatem sobre a inexistência do vínculo entre as sociedades cooperativas, cooperados e empresas tomadoras de serviços, pois acredita-se que isto abre uma “brecha” jurídica que facilita a transformação de empregos formais em informais.

Estimulada pelo fim do vínculo empregatício e a conseqüente redução dos encargos sociais, algumas empresas demitem seus funcionários, montam uma cooperativa para eles e passam a contratar de volta seus serviços. Estas cooperativas também podem ser classificadas de “falsas cooperativas”, pois ferem os princípios básicos do cooperativismo. Nesse tipo de cooperativa, normalmente os trabalhadores não participam das decisões de investimento, não são informados sobre o desempenho financeiro da cooperativa.

Nessa linha de discussão, Santos (1996) coloca que alguns estudos têm apontado que os encargos sociais representam um gasto adicional equivalente a pouco mais do que é gasto com a remuneração direta paga ao trabalhador. O que tem levado muitos a concluir que os elevados encargos contribuem para aumentar o custo do trabalho e não os salários, daí a necessidade de diminuir esses encargos ou, no limite, postular a inexistência deles. Outros estudos vêm na contra-mão dessa vertente, apontando um peso menor aos encargos sociais. Apesar disso se tornou consenso que os encargos têm um peso elevado. Esta crença vem contribuindo para alicerçar a defesa da flexibilidade nas relações de trabalho e a legitimação da cooperativa como modelo nas relações de trabalho.

Qualquer cooperativa pode, através da criação de fundos, cobrir parcialmente alguns benefícios aos cooperados, como seguro de vida, assistência médica e odontológica, cesta básica, Fundo de Apoio ao Cooperante (FAC) e outros.

O Sindicato das Cooperativas do Estado do Rio de Janeiro orienta as cooperativas na criação do fundo para o descanso anual (férias) e o décimo terceiro (gratificação natalina) da seguinte forma: abre-se uma conta corrente para cada cooperado, creditando, mensalmente, um valor X. Quando ele



desejar tirar as férias, receberá o valor que estiver em sua conta corrente, podendo ser considerada uma taxa de administração de 1%, que é cobrada do tomador de serviços. Da mesma forma, as sobras extras que tenham o objetivo de proporcionar ao cooperado o seu décimo terceiro, cujo procedimento é o mesmo do descanso anual.

Vale ressaltar que alguns termos usados pelas cooperativas têm como objetivo não demonstrar nenhum indício de vínculo trabalhista, orientação dada pelos órgãos nacionais e regionais de sindicalização cooperativista. Como exemplo, a substituição dos termos:

- Salário, remuneração, honorários = produção cooperativista
- Seleção, admissão = adesão
- Fundo de Descanso Anual = Férias
- Gratificação Natalina = 13º salário
- e outros que à cooperativa interessar criar

As informações acima registradas servirão como subsídio para análise das cooperativas de profissionais de saúde, no capítulo seguinte, destinado ao contexto empírico.

### **Capítulo 3 - Contexto Empírico**

Este capítulo tem o objetivo de abordar de forma breve o surgimento das cooperativas escolhidas como objeto de estudo (COOPSAÚDE, COOPERAR E COOPASS) nos serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. E como parte fundamental do trabalho analisá-las como cooperativas de trabalho.

#### **3.1 As Cooperativas do Hospital Geral de Nova Iguaçu, dos Serviços Estaduais e Municipais do Rio de Janeiro**

Conforme assinalado no primeiro capítulo, nos anos 90 observa-se uma acelerada expansão de experiências na gerência dos serviços, principalmente com a incorporação de cooperativas de profissionais de saúde.

O surgimento dessa modalidade de contratação de pessoal nas unidades públicas do Rio de Janeiro acontece de forma sucessiva, e em todas as esferas de governo a expansão das cooperativas é coerente com a posição dos gestores de estimular as formas alternativas de vinculação de recursos humanos *versus* relativa escassez de trabalhadores.

De forma breve destacaremos agora o surgimento dessas modalidades no Hospital Geral de Nova Iguaçu, nos serviços estaduais e municipais.

#### **A) HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU**

O Hospital Geral de Nova Iguaçu, também chamado de Hospital da Posse<sup>5</sup>, localizado no município de Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense, é a

---

<sup>5</sup> Segundo Vieira Júnior(1995), o Hospital da Posse foi inaugurado em 1982 quando o INAMPS o comprou da iniciativa privada, atingindo seu auge na década de 80. Em meados de 88 viveu sua mais grave e determinante crise, diversos médicos conseguem transferência para outras unidades, através de contatos políticos. O INAMPS tenta reverter a situação, promovendo a volta daqueles médicos, sem sucesso. Em 1991 o hospital foi municipalizado, a prefeitura não

primeira unidade federal em regime de co-gestão com a SES/RJ a implantar o modelo de cooperativas.

Desde sua inauguração até meados de 1995, o hospital passou por diversas crises provocadas, entre outros fatores, pela falta de profissionais, o reduzido número de leitos, fechamento da maternidade e emergência. Diante dessas crises, no início de 1995 começam as negociações do governo do Estado com o representante do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro para a reativação do Hospital da Posse, através do secretário de Estado de Saúde<sup>6</sup> e do chefe de Gabinete do Secretário<sup>7</sup>.

Em 24 de julho de 1995 foi assinada uma resolução conjunta entre o Ministério da Saúde, através do Escritório Regional do Rio de Janeiro e a Secretaria de Estado de Saúde, visando a reabertura do Hospital Geral de Nova Iguaçu. Estabelecendo ainda que a gerência da unidade seria conduzida pelo chefe de Gabinete do Secretário de Estado de Saúde e submetida regularmente à Coordenação das Unidades Próprias do Escritório de Representação do MS/RJ.

Ao assumir a direção do hospital, a Secretaria representada pelo chefe de Gabinete do Secretário de Saúde identifica que o principal entrave para a reativação do hospital relacionava-se à questão da lotação de recursos humanos. Desta forma, é lançada a proposta de implantação de uma cooperativa de profissionais de saúde na unidade, a ser constituída pelos próprios servidores.

A partir de então os chefes dos serviços médicos são estimulados a formar uma cooperativa de profissionais, que seria contratada pelo governo do estado. Segundo o idealizador da proposta:

---

consegue segurar o hospital, ficando completamente sem profissionais. Em 1994 o hospital voltou à esfera federal, porém em co-gestão com a prefeitura de Nova Iguaçu. Recém federalizado, mas sob a tutela da prefeitura, o hospital estava praticamente desativado, apenas com o setor ambulatorial funcionando.

<sup>6</sup> Antônio Luiz de Medina.

*“ os médicos recrutados foram os próprios médicos servidores federais ou municipais que já atuavam no hospital e médicos que moravam ou militavam na Baixada Fluminense. Muitos passariam a ter a situação de 20hs contratual na rotina, enfermaria e ambulatório e 24hs pela cooperativa para atuar na emergência, UTI e maternidade.” (VIEIRA JÚNIOR:1995)*

As primeiras categorias profissionais com as quais foi estabelecido contato para criação da cooperativa foram a médica e a enfermagem. É a partir delas que é criada a COOPSAÚDE, que é instituída e tem o estatuto aprovado em assembléia no dia 02 de agosto de 1995.

Os primeiros profissionais a formar parte da cooperativa foram os chefes de serviço, logo depois foram agregando-se outros trabalhadores, sendo que cada categoria profissional estabeleceu seus critérios de adesão e vínculos<sup>8</sup>, o que será objeto de análise mais adiante

A contratação da cooperativa foi realizada em caráter emergencial, dispensando licitação, e aprovada pelo Secretário de Saúde e pelo governo do estado, sendo efetivada no mês de outubro de 1995. O contrato foi feito por seis meses, firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde, o Escritório Regional e a cooperativa.

Firmado o contrato, ficou estabelecido que caberia ao Ministério o orçamento e os mecanismos administrativos, à Secretaria a gerência e a contratação da cooperativa, e caberia a esta última total responsabilidade com a urgência e o compromisso no acolhimento de todos os cidadãos que procurarem o hospital. Outro critério fechado com o contrato foi a subordinação técnica e administrativa da cooperativa à direção do hospital.

---

<sup>7</sup> Walter Mendes Vieira Júnior.

<sup>8</sup> Essa proposta possibilitou que o servidor obtivesse dois vínculos com o hospital, através da cooperativa com uma carga horária de 24hs e como servidor com carga horária de 20hs.

Com a implantação da cooperativa, associada a investimentos em obras e equipamentos, os setores de Emergência, Terapia Intensiva e Maternidade começaram a funcionar.

A partir de então a COOPSAÚDE passou a prestar serviços para outras unidades do estado, iniciando um processo de proliferação da incorporação de cooperativas pelo governo do estado.

Pode-se observar que a criação e contratação da COOPSAÚDE pelo serviço público se dá numa conjuntura política, onde novas experiências de gestão dos serviços passam a ser empregadas pelos governos, segundo a posição sustentada no debate acerca da Reforma do Aparelho do Estado, por aqueles que defendem a tese que os serviços de saúde não precisam mais ser prestados por entes estatais, podendo ser transferidos para a esfera não-estatal.

## **B) SERVIÇOS ESTADUAIS**

No início de 1996 o modelo de cooperativas começa a ser estendido para alguns hospitais estaduais. Nesta mesma época, o Chefe de Gabinete do Secretário de Saúde se afasta do cargo de diretor do Hospital da Posse e passa a ocupar o cargo de Subsecretário de Saúde da SES/RJ.

Na época já era do conhecimento do governo que o baixo salário do estado e a falta de pessoal geravam uma crise nos serviços estaduais de saúde. Segundo Viera Júnior(1998), a morte de um paciente no hospital Albert Schweitzer, por falta de pessoal, estimulou que o governo do estado naquele momento autorizasse que a SES/RJ recrutasse profissionais da cooperativa do Hospital da Posse (COOPSAÚDE) para lotar o plantão do hospital.

A partir deste momento, a SES/RJ passa a suprir os déficits dos hospitais estaduais com profissionais da COOPSAÚDE. Os serviços estaduais que foram contemplados com essa medida são: Hospital Carlos Chagas, Albert Schweitzer, Pedro II, Getúlio Vargas, Azevedo Lima (em Niterói).

Um dos objetivos do então Subsecretário de Saúde era formação de outras cooperativas nos moldes da do Hospital da Posse. O primeiro hospital estadual a criar uma cooperativa foi o Hospital Estadual Rocha Faria, localizado na Zona Oeste da cidade, em 1996. O diretor do hospital, sob orientação do Subsecretário, reúne um grupo de funcionários e cria a COOPSERVSAÚDE, cooperativa essa que passa a prestar serviços para o hospital.

A partir da incorporação da cooperativa no Hospital Estadual Rocha Faria, este passa a ter no seu quadro funcional dois diferentes vínculos de pessoal, cooperativados e estatutários. Muitos profissionais optaram pelos dois vínculos, o que também ocorreu no Hospital da Posse.

No segundo semestre de 1997 começam a surgir outras cooperativas com formato diferente da criada pelo Hospital Geral de Nova Iguaçu, pois sua formação não se dá no interior do tomador serviço, dado este que será estudado posteriormente. Com isso, no cenário de prestação de serviços para o estado, essas cooperativas passam a substituir a COOPSAÚDE, nas unidades estaduais, são elas: COOPERAR (fundada em 1995, principal prestadora do município) e a COOPASS (fundada em 1996).

Segundo Machado(1999), diversas dessas cooperativas são contratadas pela SES/RJ através de processos emergenciais, com dispensa de licitação, e ao terminar o contrato emergencial de seis meses, o pagamento prossegue através de Termos de Ajustes de Contas.

Apesar de não fazer parte do objeto de estudo, vale ressaltar que a organização dessas cooperativas nos serviços públicos do estado marca um período de expansão dessa novas experiências de gestão na SES/RJ, que será configurado com o processo de terceirização da gerência dos hospitais estaduais, no início de 1998, titulado pelo governo do estado de *Programa Help*. (Programa de contratação de empresas privadas para administração dos hospitais), com autonomia na gestão de recursos humanos (contratação de cooperativas), materiais e financeiros.

É fundamental perceber que a expansão das cooperativas nas unidades do estado emerge num contexto de adoção de formas mais flexíveis de gerência e de contratação de pessoal pelo governo da época. Diretrizes essas contidas na Reforma Administrativa do Estado.

### **C) SERVIÇOS MUNICIPAIS**

Os serviços municipais introduzem a contratação de cooperativas de profissionais de saúde, inicialmente no recém-inaugurado Hospital Municipal Lourenço Jorge<sup>9</sup>. Vale ressaltar que a incorporação de cooperativas na SMS/RJ se insere numa perspectiva mais ampla na busca de modelos alternativos<sup>10</sup> na gerência de recursos humanos.

Um dos principais argumentos do município para implantar o sistema de cooperativas no Lourenço Jorge seria o de suprir a falta de profissionais e a busca do aumento da produtividade<sup>11</sup>. Com isso a carga horária estabelecida para essa unidade seria de 40 horas.

---

<sup>9</sup> Antes da inauguração, o Hospital Lourenço Jorge, que se localiza na Av. Sernambetiba, mantinha atendimentos em caráter de emergência e praticamente profissional, com uma ambulância na porta, tinha clínica médica, pediatria, ambulatório de psiquiatria e de psicologia, saúde bucal, programas de hipertensão e diabetes. A média de atendimento do ambulatório era de 800 pessoas por mês. Com o crescimento demográfico na Barra da Tijuca, dos empreendimentos imobiliários, das obras, aumento do número de atropelamentos, sentiu-se a necessidade dessa área ter um hospital de trauma. Recém inaugurada em 1996, na Av. Airton Senna, local de grande movimentação de veículos, a unidade passa a funcionar como hospital geral voltado principalmente para o atendimento de emergência, contando ainda com leitos de internação. Entrevista 3

<sup>10</sup> “ A Secretaria de Saúde estava numa situação satisfatória, investiu bastante, colocou um bom esquema de manutenção de serviços, de abastecimento de insumos, mas estava engasgada na área de recursos humanos, com dificuldades, mecanismo de substituição muito lento de profissionais, com isso a Secretaria tomou uma série de providências em termos dessa gestão alternativa de recursos humanos. A primeira foi a gratificação por desempenho e produtividade, a segunda foi o convênio com as associações de moradores e ONGS e depois a cooperativa.” Entrevista 7

<sup>11</sup> “ No Lourenço Jorge, com essa carga horária de 40 horas, o centro cirúrgico funciona de 8:00hs às 20hs, 52% das cirurgias eletivas são feitas depois de meio-dia, sem ter maternidade. O Lourenço Jorge está rodando praticamente cinco doentes por leito por mês sem ter o leito obstétrico para diminuir esse tempo de permanência, então é uma coisa realmente fabulosa, vamos dizer 60% dos pacientes internam e operam no mesmo dia” Entrevista 7

“ As internações/ mês, hoje a gente chega a fazer, como este mês, 726 internações. Uma das propostas é que tivéssemos em média doze mil atendimentos de emergência/ mês. No segundo mês de funcionamento chegamos a vinte mil atendimentos/ mês, e hoje somando emergência com ambulatório, este mês atendemos, nós atendemos 35000 pacientes, sendo 27 mil na emergência e resto no ambulatório.” Entrevista 3

A cooperativa contratada pela SMS/RJ para prestar serviços ao Hospital Lourenço Jorge foi a recém criada COOPERAR SAÚDE, que será estudada a seguir.

Uma das características que diferenciam as unidades do município das unidades estaduais e o Hospital da Posse é o não acúmulo de vínculos por um mesmo profissional. Os servidores que não ficaram no hospital foram remanejados para outras unidades. Observa-se no quadro funcional do Lourenço um misto de cooperativados e estatutários, sendo os primeiros em maior número. (MACHADO: 1999)

Considerando os bons resultados obtidos com a introdução da cooperativa no Lourenço Jorge e diante das dificuldades da Secretaria Municipal de Saúde para alocar profissionais nos postos da Zona Oeste<sup>12</sup>, essas unidades passam a incorporar cooperativados no seu quadro funcional. Esta medida marca a expansão da COOPERAR como prestadora de serviço da SMS/RJ, tornando esta o seu principal tomador de serviço.

Nesse sentido percebe-se que a experiência no serviços municipais não foge à regra nacional de flexibilização na gestão de recursos humanos.

### **3.2 - Cooperativas de Profissionais de Saúde: as prestadoras de serviços**

Esta parte tem o objetivo de analisar as cooperativas de profissionais de saúde, com base nos subsídios do cooperativismo.

---

<sup>12</sup> “ A secretaria municipal de saúde tem 36 postos de saúde na chamada zona oeste, por uma série de razões tais como: distância, localização, violência, sempre foi muito difícil alocar recursos humanos, principalmente de nível superior nessas unidades. Desses 36 postos da zona oeste, a prefeitura já identificou nove ou dez onde as condições de recursos humanos demonstravam a necessidade de você sair da forma tradicional de aporte de recursos humanos, que é colocar servidores estatutários concursados, e partiu para o esquema de cooperativas.” Entrevista 7



### **1) COOPSAÚDE - Cooperativa de Atividade na Área de Saúde.**

A Cooperativa de atividade na área de saúde foi criada no dia dois de agosto de mil novecentos e noventa e cinco, com sede na rua Capitão Gaspar Soares, nº207 - Centro de Nova Iguaçu, estado do Rio de Janeiro. Tem como objetivo: *“congregar profissionais de saúde para prestação de serviços profissionais nas respectivas áreas de qualificação, podendo, a Cooperativa, assinar, em nome dos cooperados, contratos de prestação de serviços com pessoas jurídicas de direito público ou privado.”* (art 2º do Estatuto (1995) da COOPSAÚDE)

Segundo Mendes (1995), a criação dessa cooperativa surge diante da necessidade de se reativar o setor de urgência do Hospital. Depois de várias tentativas de se reabrir o hospital da Posse, o então Subsecretário de Saúde justifica em seu discurso a necessidade da criação de uma cooperativa, já que não se conseguia lotar o hospital com recursos humanos, devido a distância do município e porque a maioria dos profissionais, segundo ele, morava no centro do Rio de Janeiro.

Os profissionais que formaram essa cooperativa inicialmente eram os próprios médicos servidores federais ou municipais que já atuavam no hospital e médicos que moravam ou militavam na Baixada Fluminense. Os cooperativados que aderiram posteriormente à formação foram indicados ou encaminhados por pessoas influentes.

A formação e adesão da COOPSAÚDE se aproxima da caracterização realizada por Queiroz (1996) quando classifica em três formas a adesão dos trabalhadores às cooperativas.

A formação da COOPSAÚDE pode-se enquadrar em duas formas: uma, a “Ardilosa e ilusória”, e a outra “Imposta e Compulsória”. Os próprios termos empregados para denominar estas formas deixam transparecer a maneira pela qual os trabalhadores são atraídos para a cooperativa. Para melhor entender a classificação podem ser destacados os seguintes pontos:

- o incentivo a sua formação se dá pelos interesses do tomador de serviço, que no caso são os gestores do Hospital da Posse;
- as ofertas aparentemente vantajosas são, na verdade, somente para os “donos” da cooperativa, que seriam os formadores iniciais, os chefes de serviços, e não para os demais membros que ingressariam na cooperativa;
- a forma imposta se caracteriza como uma condição, colocada pelo tomador de serviços (gestores) para a melhoria do salário e manutenção do emprego;
- a adesão se dá de forma clientelista, através de indicações.

Queiroz (1996) classifica a forma correta de criação de uma cooperativa de “Consciente e Voluntária”, onde o trabalhador optou por essa alternativa para obter ganhos, e sua adesão se dá de forma livre.

Irion (1997), ao classificar as cooperativas, o faz em dois grandes grupos: “falsas cooperativas” e “verdadeiras cooperativas”. Para ele as falsas cooperativas são formadas por pessoas ou instituições com interesses estranhos ao verdadeiro cooperativismo. Ao verificar a formação da COOPSAÚDE, observa-se que ela se aproxima à categoria “falsa cooperativa”, já que sua criação se deu em função de interesses alheios ao cooperativismo e de interesses particulares para a transferência de responsabilidades.

Todo esse contexto pode ser corroborado pelo discurso do então Subsecretário de Saúde<sup>13</sup> e a através do documento “Uma proposta de vida para o Hospital da Posse”, onde Mendes(1995) coloca que a formação e adesão dos profissionais à cooperativa obedeceu a critérios de necessidade de recursos humanos do hospital.

A forma e os critérios de adesão dos cooperativados, tanto a nível médio como superior, foram feitos por indicação<sup>14</sup> e foram diferenciadas por categoria

---

<sup>13</sup> “ Os chefes do hospital da Posse (...) moravam por lá, tinham clínicas ou consultórios. A primeira reunião que eu tive foi com os médicos falando da minha proposta. Eu tenho uma alternativa para colocar pessoal aqui dentro, só queria que essa cooperativa partisse de vocês, eu dou uma semana para vocês pensarem. Uma semana depois, tivemos uma reunião, todos os chefes toparam, menos um que não tinha tempo para pode chefiar, que era da maternidade.” Entrevista 1

<sup>14</sup> “ Eu propus, são vocês, com os seus chefes de clínica, que vão escolher as pessoas, por conhecimento, próprio, por amizade pessoal, por ter sido colega de residência, por ter sido colega de hospital, ou porque

e não por livre adesão, como orienta a Lei das Cooperativas. Os médicos foram escolhidos pelos chefes de clínicas; a enfermagem selecionou através de currículo e entrevista; para a Farmácia, o Conselho Regional de Farmácia indicou um farmacêutico. Na verdade os chefes de serviços é que estabeleciam os critérios de entrada de pessoal.

O art 3º do Estatuto(1995) da COOPSAÚDE coloca a forma pela qual se dá a adesão dos associados *“poderá cooperar-se à Cooperativa todo profissional qualificado na área de saúde, **apresentado por três cooperados, e seu nome aprovado pelo Conselho de Administração**”*.

Segundo critérios legais, a demissão e afastamento do cooperativado será unicamente a seu pedido (art.32, Lei 5.764/71). Já a eliminação do associado é aplicada em virtude de infração legal ou estatutária, ou por fato especial previsto no estatuto.

Ao verificar os critérios estabelecidos pela COOPSAÚDE para desligamento do cooperados observam-se formas dúbias de afastamento. No art 3º § 8 do estatuto(1995) fica estabelecida de forma não muito clara que o *“Conselho de Administração poderá eliminar o associado ou cooperado que deixar de cumprir, de forma reiterada, as disposições da lei do estatuto e as deliberações tomadas pela cooperativa.”* A outra forma de desligamento tem participação do tomador de serviço, quem pode utilizar seu poder de influência e interesse para afastar o cooperado dos serviços do hospital, fazendo com que este fique sem atividades e, com isso, sem produzir para a cooperativa, o que tem como consequência o não recebimento de pagamentos.

Este último critério , foge às regras da legislação e dos princípios cooperativistas. Isto pode ser ilustrado pela ação<sup>15</sup> do gestor da época, onde

---

como foi o caso da pediatra, que tinha uma pessoa que era de alto nível no Hospital de Jesus de Pediatria endocrinológica, mesmo não conhecendo iriam conversar com ela, para trazer para o hospital” Entrevista

1

<sup>15</sup> “Quando um cooperativado estava causando problema para o hospital e para a direção eu pedia afastamento dele do hospital, então ele ficava sem ganhar nada, porque a condição principal para ele ganhar é ele estar trabalhando no hospital da Posse (tomador de serviço). Ele não ganhava nada, ele era um cooperativado, mas o dinheiro rateado, ele não recebia. Então ele tinha como opção, abaixar a bola, cumprir as regras, esperava uma nova oportunidade, ou pedia desligamento da cooperativa e ia embora. Um bom exemplo foi um certo médico de uma equipe que foi almoçar 13 horas da tarde e chegou às

ele afasta o servidor das atividades, fazendo com que ele, sem trabalho, peça desligamento da cooperativa.

Outro aspecto importante observado é que no Estatuto (1995) da COOPSAÚDE não fica claro o número de quotas-partes que o associado tem que subscrever ao se cooperativar, e de que forma pode pagá-las. O art 8º § 1º do estatuto dessa cooperativa, que se refere ao Capital Social, só mostra o valor da quota-parte, "*a quota-parte do Capital Social é de R\$1,00 (hum real) cada uma*".

A lei nº 5.764/71 das Cooperativas aponta que no estatuto de uma cooperativa deve constar o valor unitário da quota-parte, o limite da subscrição, a restituição do capital social e de que forma elas devem ser integralizadas (formas de pagamento).

O estatuto (1995) da COOPSAÚDE falha quando omite e não especifica os trâmites legais sobre o capital social, componente principal para estruturação de uma cooperativa.

No que se refere à carga horária, foi estabelecido com os cooperativados, servidores públicos, que eles não precisariam pedir afastamento do hospital, e optar por dupla jornada e duplo vínculo de trabalho. Poderiam continuar cumprindo as 20 horas como servidores públicos em rotina, ambulatório e enfermaria, e 24 horas como cooperativado na emergência, UTI e maternidade, num total de 44 horas. Os profissionais que faziam 40 horas teriam que optar por pedir afastamento como servidores e associar-se à cooperativa.

---

16hs. Esse plantão me procurou, porque ele repetiu isso no segundo plantão, os outros ficaram extremamente sobrecarregados com a história toda. Então eu disse, quem é que decidiu a entrada desse colega? ah foi a chefia. Aí eu transmi o problema para o presidente da cooperativa, e a pessoa foi afastada do hospital, não da cooperativa, mas ele não servia mais para o hospital, então ficava impedido de trabalhar e ele acabou pedindo desligamento da cooperativa." Entrevista 1

Na verdade, quem estabeleceu esses critérios foi o próprio gestor<sup>16</sup> e idealizador da proposta de criação de uma cooperativa. Isto nos remete a um questionamento: é legal esse duplo vínculo com o tomador de serviço?

Um outro ponto questionável é até onde a cooperativa tem autonomia sobre seu trabalho. No documento “Uma proposta de vida para o Hospital da Posse” Mendes (1995) coloca claro o caráter de subordinação da cooperativa à Direção do Hospital :

*“...cabe à cooperativa total responsabilidade com a urgência e o compromisso no acolhimento de todos os cidadãos que procurarem o hospital. A cooperativa se subordina tecnicamente e administrativamente à direção do hospital. Ao Ministério cabe o orçamento e os mecanismos administrativos que garantam o bom funcionamento da unidade. À Secretaria cabe a gerência e contratação da cooperativa.”*

Um dos princípios do cooperativismo é a Autonomia e Independência das Cooperativas. Estas são organizações autônomas controladas por seus membros. Segundo Irion (1997), existem situações que põem em risco a autonomia da cooperativa, como no caso da COOPSAÚDE. Ela se enquadra na categoria de “Cooperativas patrocinadas “ que nascem de cima para baixo, criadas por instituições, empresas e o próprio governo. Forma-se assim cooperativas dependentes, com legitimidade duvidosa”.

Quanto à produção dos cooperativados da COOPSAÚDE, segundo Mendes, na época de criação da cooperativa, ficou estabelecido que seria o mesmo valor para todos, em forma de rateio, que gerava em torno de R\$1.500,00, com exceção de alguns médicos considerados na época com mais qualificação que outros e que receberiam uma produção cooperativista maior. As chefias ganhariam também um pouco mais, que era tirado da taxa

---

<sup>16</sup> “Começaram a surgir as primeiras questões: eu tenho uma situação de 20 horas no hospital, mas gostaria de trabalhar na cooperativa também, numa outra situação. Aí eu falei que não haveria nenhum problema desde que se cumprisse o horário do ministério como o da cooperativa. Faziam 44 horas, 20 horas de rotina e 24 horas na emergência. Tinha médicos que faziam 40 horas, não podiam fazer 64 horas, tinham que optar.” Entrevistar 1

administrativa, pois, segundo o gestor, além das atividades médicas, eles tinham responsabilidades administrativas na cooperativa.

O único benefício citado no estatuto (1995) da COOPSAÚDE para o cooperado era o FATES (Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social). Apesar de citado no estatuto não foi encontrado nenhum elemento que caracterizasse de que forma esse benefício seria revertido para o cooperativado.

No que diz respeito ao vínculo empregatício não se encontraram, apesar do caráter duvidoso da sua formação, indícios legais de relação trabalhista entre a cooperativa e o tomador de serviços ou entre os cooperativados e a cooperativa. Também não foram encontrados dados sobre a contribuição previdenciária, encargo legal obrigatório.

Segundo dados atuais coletados informalmente, a COOPSAÚDE conta, só na área da saúde, com mais de 1.000 funcionários, entre auxiliares de enfermagem, enfermeiros, odontólogos, médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e outros.

Tem como tomadores de serviços o Hospital da Posse e a Prefeitura Municipal de Nova Iguaçu, onde presta serviço nas unidades: Posto de Saúde de Austim, de Jacutinga, Guandu e Vascos Barcelos e no Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde.

## **2) COOPERAR SAÚDE - Cooperativa de Prestação de Serviços de Saúde LTDA.**

A Cooperativa de Prestação de Serviços de Saúde LTDA foi fundada em 28 de outubro de 1995, com sede e administração na cidade do Rio de Janeiro. Tem como objetivos:

*“congregar profissionais ligados, direta ou indiretamente, à área de saúde, prestando-lhe serviços necessários ao desempenho de suas atividades profissionais; firmar contratos ou convênios, em nome de seus associados,*

*com pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, interessados em assistência à saúde; fazer cobrança relativas a produção cooperativista dos seus associados; prestar assistência técnica, educacional, social e jurídica aos associados, seus dependentes e empregados da cooperativa". (art. 2º do Estatuto-1998)*

A criação dessa cooperativa surge no momento em que o gestor municipal da época tinha como perspectiva implantar um novo modelo de contratação de pessoal na Secretaria Municipal de Saúde, para trabalhar no recém inaugurado Hospital Municipal Lourenço Jorge, localizado na Área Programática AP 4 (Barra da Tijuca, Jacarepaguá e adjacências). Essa cooperativa entra através de contrato emergencial. Logo após participar do processo de licitação, ela ganha como prestadora de serviço.

Ao ser constituída, ela contava com 60 profissionais, um misto entre pessoas do serviço público e da iniciativa privada, número insuficiente para preencher o quadro do Lourenço Jorge. A partir daí a adesão de novos cooperados se dá diretamente pela cooperativa e outras por recomendações das chefias de serviços do hospital através da seleção que elas faziam .

Diante desses dados, a formação dessa cooperativa nos traz um certo questionamento - o incentivo a sua formação se deu pelos interesses do tomador de serviço, o gestor municipal, ou não?.

O primeiro contrato da COOPERAR foi com a Secretaria Municipal de Saúde, para prestar serviço ao Hospital Municipal Lourenço Jorge. Logo após esse contrato, outros começaram a ser viabilizados, como o da Secretaria Municipal de Duque de Caxias e o da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e órgãos privados. Com o número de contratos aumentando, o número de cooperativados tendia a multiplicar-se. Os critérios<sup>17</sup> utilizados para

---

<sup>17</sup> “ Primeiro ponto, o sistema de adesão não é espontânea, eu só admito cooperados, ou seja, na cooperativa, quando eu tenho postos de trabalho, ou projetos para esse cooperado. As pessoas que tem interesse, certo, preenchem uma ficha só de cadastro para ficar no meu banco de dados, e quando necessário, nós entramos em contato e aí se inicia-se o processo de cooperativização”. Entrevista 2

“ Lógico que a cooperativa as pessoas fazem indicações ou procuram a cooperativa como oportunidade de trabalho. Nós temos uma seleção aqui através do departamento de recursos humanos, nós achamos

adesão eram: vaga nos posto de trabalho, e não adesão espontânea. Primeiro criava-se um banco de dados para depois de uma seleção, o candidato se cooperativar ou por indicações.

Fica claro que a adesão inicial a essa cooperativa se deu de diversas formas: espontânea na formação inicial; adesão por critérios de vagas nos postos de trabalho; e outras por seleção do tomador de serviço<sup>18</sup>. Esses dois últimos se assemelham a critérios muitas vezes utilizados pelas empresas ao contratarem um profissional.

Baseado na classificação de Queiroz (1996), pode-se verificar, em relação ao contexto trabalhado acima, que a formação e adesão à COOPERAR se enquadra de forma híbrida, em duas classificações:

- “Ardilosa e ilusória” - a inserção dos trabalhadores na cooperativa, depois de sua formação inicial, se deu de formas diferenciadas. Ao que parece as vantagens ficam a cabo dos “donos” da cooperativa e do tomador de serviço.

- “Consciente e Voluntária” - a cooperativa utiliza-se dos tramites legais para provar que é correta.

A eliminação do cooperado, segundo o estatuto<sup>19</sup> (1998) da COOPERAR, se dá de acordo com o que estabelece a legislação em vigor,

---

que mesmo uma cooperativa, ela não pode ser totalmente aberta, ela tem que pelo menos observar qual o padrão e qualificação do profissional.” Entrevista 4

<sup>18</sup>- “ O chefe do serviço faz uma determinação do perfil necessário. Vamos pegar um caso específico: o profissional tem que ter 5 anos de formado, título de especialista na Sociedade Brasileira de Neurologia, perfeito. Nós buscamos dentro do nosso banco de dados, dentro desse cadastro, se nós temos esse tipo de profissional. Tendo esse profissional, o que nós fazemos? Convidamos o profissional para uma avaliação novamente pelo nosso assessor técnico médico, onde vai ser mostrado para ele a característica do contrato, a necessidade, qual a carga horária, qual o perfil, qual o tipo de trabalho obviamente que vai ser dado no hospital. Esse profissional será encaminhado para a chefia do serviço. O profissional poderá dar um plantão e ser avaliado durante a realização do seu trabalho pela chefia do serviço, que poderá dizer que o profissional está enquadrado ou não dentro do perfil. Caso não esteja, ele nos avisa, nós selecionamos outro profissional.” Entrevista 2

- “É a chefia que seleciona, a cooperativa de repente me manda três ou quatro do banco de dados para uma determinada vaga , a gente seleciona, quer dizer, a chefia é que seleciona.” Entrevista 3

<sup>19</sup> - Estatuto da Cooperar (1998) - Seção VI - Parágrafo primeiro - “É eliminado do quadro social o associado que: deixar, reincidentemente, de cumprir as disposições da lei, deste estatuto, do regimento interno e as resoluções tomadas regularmente pela COOPERAR SAÚDE; exercer qualquer atividade considerada prejudicial a COOPERAR SAÚDE ou que colida com seus objetivos e interesses; faltar reincidentemente ao cumprimento de obrigações assumidas com a COOPERAR SAÚDE, causando prejuízos à mesma; obrigar a COOPERAR SAÚDE à pratica de atos judiciais para obter o efetivo



onde “a eliminação é aplicada em virtude de infração legal ou estatutária, ou por fato especial previsto no estatuto, mediante termo firmado por quem de direito no Livro de Matrícula.” (Arts. 33-34 Lei 5.764/71)

A demissão do cooperativado será unicamente a seu pedido, como expõe a legislação cooperativista. Segundo o estatuto da COOPERAR, a demissão também segue as regras: “a demissão do sócio, que não poderá ser negada, desde que cumpridos os requisitos exigidos pela COOPERATIVA, dar-se-á, exclusivamente, a seu pedido.” (Seção V- art 13º- Estatuto/ 1998)

O capital social da COOPERAR SAÚDE é subdividido em quotas-partes, cujo valor unitário é fixado no estatuto em R\$10,00 cada uma. O associado ao se cooperativar subscreve, no mínimo, 50 (cinquenta) quotas-partes que podem ser integralizadas à vista ou em 50 (cinquenta) pagamentos.

Apesar do estatuto colocar claro o valor das quotas-partes e de que forma integralizá-las, observa-se que, dependendo da categoria profissional do associado e de sua produção cooperativista, seu valor unitário e sua forma de integralizá-las<sup>20</sup> modifica. Se o profissional tem uma produção cooperativista acima de R\$1.000,00, ele paga quota-parte no valor de R\$50,00 em 10 (dez) vezes, e o profissional com produção menor segue os critérios do estatuto, R\$10,00 em 50 (cinquenta) vezes. Apesar do valor total ser igual para ambos, os critérios de pagamento são diferentes. Vale ressaltar que essas alternativas de pagamento da quota-parte não estão registrados no estatuto, nem no regimento interno da cooperativa.

---

cumprimento de obrigações assumidas para com terceiros; praticar atos que desabonem o conceito e a idoneidade da COOPERAR SAÚDE”

- Parágrafo segundo - “ O conselho de administração toma a decisão de aplicar a penalidade de eliminação do cooperado após comprovar, documental e/ou testemunhalmente, a ocorrência punível e de garantir ao atingido amplo direito de defesa.”

<sup>20</sup> - “valor é único para todos os profissionais já que a cooperativa tem direito a voto, um voto para cada cooperado. Quem tem hoje um produção cooperativista acima de mil reais, tem um desconto de cinquenta reais por mês em dez vezes, integralizando a quota de quinhentos reais. Quem tem uma produção menor integraliza em dez reais em cinquenta vezes” Entrevista 2

- “ A nossa é estabelecida em quinhentos reais, os médicos pagam dez quotas de cinquenta reais e as outras categorias abaixo de novecentos reais de produção, auxiliar de enfermagem, técnico, paga cinquenta quotas de dez reais. É o inverso, mas todos têm que integralizar o mesmo capital social.” Entrevista 4

Nos contratos públicos<sup>21</sup>, a produção cooperativista é estabelecida previamente segundo categoria profissional, baseado em pesquisa de mercado e horas trabalhadas. Na iniciativa privada quem define o valor da produção cooperativista é o próprio, a cooperativa só orienta qual seria uma tabelas hoje, de mercado nas categorias profissionais.

Pode-se verificar que o cooperativado<sup>22</sup> ao assumir seu posto de trabalho já tem definida uma remuneração mensal preestabelecida, com valores fixos. Essa forma de pagamento se assemelha a de uma empresa, quando o empregador estabelece, na admissão e seleção do empregado, sua remuneração mensal.

Em relação aos benefícios oferecidos aos cooperados através dos fundos, a COOPERAR constitui os seguintes:

- *FATES - Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social, destinado à prestação de assistência aos cooperados e familiares constituído por percentual que não será menor do que 5% (cinco por cento) das sobras líquidas do exercício;*
- *FAC - Fundo de apoio ao Cooperado destinado a prover o quadro de associados em situações emergentes”. (art 37º, Cap.X - Estatuto/98)*

Segundo o COOPERAR SAÚDE INFORME (1998), o FATES foi regulamentado e aprovado na Assembléia Geral Extraordinária de 12 de novembro de 1998, onde fica estabelecido quais os recursos que constituíram o FATES:

---

<sup>21</sup> “ Veja só, em todos os contratos públicos, certo, normalmente se estabelece uma produção cooperativista já por categoria previamente, certo? Não é em cima de um montante, de uma receita, que isso é rateado para os cooperados. Normalmente, numa licitação, vem uma especificação de remuneração por categoria profissional, certo? Nas clínicas, na iniciativa privada, quem define o valor da produção normalmente é o cliente. Nós orientamos, obviamente, qual seria uma tabela hoje de mercado nas categorias profissionais, na carga horária de cada profissional, e o cliente, obviamente, faz uma composição nesse sentido, ok?” Entrevista 2

<sup>22</sup> “ Normalmente o cooperado, ele já sabe de antemão, na sua colocação num posto de trabalho, de qual vai ser a sua remuneração por hora, perfeito. Então não há um rateio de produção, mas há patamares de valor de hora trabalhada para cada categoria profissional, para que no final de um período mensal possa se fazer uma avaliação de cada profissional, isso não quer dizer que não existe um valor fixo, certo, existe um valor aproximado de remuneração mensal” Entrevista 2

1. *“ Mínimo de 5 % (cinco por cento) das sobras líquidas do exercício social;*
2. *contribuição compulsória de 0,2% (zero vírgula dois por cento) da produção cooperativista;*
3. *dos rendimentos de capital do próprio fundo auferido no mercado financeiro;*
4. *das cessões e doações de pessoas físicas e/ou jurídicas, incluindo os incentivos fiscais, promovidos nas áreas de ensino e cultura;*
5. *1% (um por cento) do valor das ações ganhas na Justiça em favor da COOPERAR SAÚDE;*
6. *1% (um por cento) dos lucros da participação em sociedades não-cooperativas; “*
7. *1,5% (um vírgula cinco por cento) sobre a taxa de administração de todos os contratos firmados pela COOPERAR SAÚDE”.* (Art.3; Cap.1 - Regulamentação FATES/1999)

O Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social tem como objetivo, segundo a lei cooperativista, prestar assistência aos associados, seus familiares e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa. Baseado neste princípio a COOPERAR estabelece que os recursos do FATES serão *“aplicados exclusivamente na capacitação, treinamento e aprimoramento científico dos cooperados, atendendo dentro das possibilidades com ações que tragam maior qualidade nos serviços prestados pela Cooperativa”.* (Art.7º Cap. III - Regulamentação FATES/1999)

Vale ressaltar que constituir e regulamentar esse fundo não significa necessariamente que todos os cooperados têm acesso a esse benefício, já que em nenhum momento a legislação cooperativista faz tal tipo de previsão.

Segundo o Cooperar Saúde (1999), o FAC tem como finalidade *“alocação de benefícios (repouso remunerado, gratificação natalina, licença por doença) aos cooperados, mediante utilização de recursos provenientes da contribuição obrigatória da produção cooperativista de todos os associados”.*

Para utilizar os recursos do FAC “o cooperado deverá ter contribuído com pelo menos 12 (doze) parcelas, como é o caso do repouso remunerado por 15 (quinze) dias”.(COOPERAR SAÚDE /1999)

Apesar de não verificar no estatuto, nem no regimento interno da COOPERAR, indícios de existência de vínculo empregatício, vale ressaltar que a criação de benefícios com o objetivo de suprir alguns encargos legais que o profissional perde ao se cooperativar, como também uma remuneração fixa preestabelecida entre a cooperativa e o cooperativado faz com que esse vínculo tenha uma caráter próximo aos vínculos celetistas.

O único encargo legal reconhecido na lei para a cooperativa é a contribuição providenciária, onde a cooperativa deve recolher aos cofres do INSS a alíquota de 15 % sobre o total das importâncias pagas ou creditadas aos cooperados. Para isso toda cooperativa deverá “*exigir do segurado autônomo cópia autenticada do comprovante de recolhimento efetuado para o Instituto Nacional de Seguro Social - INSS, referente à competência imediatamente anterior à competência a que se refere a retribuição*” (Art. 5º, Decreto nº 1.826/1996), exigência essa configurada nos trâmites de adesão<sup>23</sup> à COOPERAR.

A COOPERAR SAÚDE tem em torno de 2.100 cooperativados efetivamente e 5.000 cooperados cadastrados, entre médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, odontólogos e outras especialidades. Tem como tomadores de serviços a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, com o Hospital Lourenço Jorge e 8 unidades da zona oeste; Secretaria Municipal de Duque de Caxias com 7 unidades; e no setor privado com a : Vida UTI Móvel (5 bases), São Lourenço (Bangu), Santa Mônica (Petrópolis), Tijumed Serviços Médicos Ltda. (Tijuca), Telerj, American Bank Notes Company (Caju) e Rio de Janeiro Refrescos (engarrafadora da Coca Cola).

---

<sup>23</sup> “ Veja só, a condição fundamental para que o cooperado venha a ser cooperado é que ele tenha a sua inscrição de autonomia junto ao INSS. Nós fazemos um controle, obviamente deste pagamento porque é a única maneira do cooperado vir a ter os seus direitos sociais garantidos.” Entrevista 2

### **3) COOPASS - Cooperativa de Trabalhos Múltiplos de Apoio ao Sistema de Saúde do Rio de Janeiro**

Cooperativa de Trabalhos Múltiplos de Apoio ao Sistema de Saúde do Rio de Janeiro foi fundada em 04 de outubro de 1996, com sede e administração na Estrada de Iguaçu, nº299 - Rancho Novo - Nova Iguaçu - estado do Rio de Janeiro, composta de autônomos especializados ou não. A COOPASS tem como objetivo:

- 1. “Manter para seus cooperados, na forma do Estatuto, serviços de mão-de-obra cooperativada para atenderem as áreas de saúde no Estado do Rio de Janeiro, atendendo aos hospitais, Casas de Saúde, Clínicas, Laboratórios, Consultórios, micro, pequenas e grandes empresas em geral; como também oferecer a consultoria, assessoria e pesquisa relativa à área de Médica em geral;*
- 2. instalar e manter setor de propaganda e publicidade, promovendo a divulgação de seus serviços junto ao público em geral;*
- 3. pesquisar o mercado a ser usado pelos associados, adotando técnicas que possam melhorar a condições de atendimento ao cliente em termos de qualidade e quantidade;*
- 4. agilizar compras em comum que atendam a atividade profissional e a sobrevivência dos seus associados;*
- 5. promover, havendo recursos, através de cursos, palestras, encontros, seminários, publicações, cursos à distância, gravações de fitas, de vídeo cassete, etc. à educação, capacitação, treinamento de seus associados;*
- 6. prestar assistência técnica, educacional, social e jurídica, havendo recursos, nos assuntos relacionados à cooperativa, ao quadro de associados e seus familiares e empregados da COOPASS-RJ.”*  
(Art.2 - Cap.II - Estatuto(1996) da COOPASS)

Segundo informações da própria cooperativa<sup>24</sup>, esta surge espontaneamente, com a perspectiva de criar um modelo de cooperativa formada por diversos profissionais que atendessem a todas as necessidades de um serviço, desde atividades- meio como atividades- fim. Por outro lado, sua criação se dá na época onde os serviços públicos do Rio de Janeiro iniciam uma nova proposta de contratação de pessoal.

A COOPASS<sup>25</sup> entra no mercado através da sua primeira licitação no ano de 1998, disputando com a COOPERAR a prestação de serviços para o Posto Municipal Lincoln de Freitas em Santa Cruz onde foi a escolhida. A partir daí teve como tomador de serviço principal a Secretaria Estadual de Saúde através das unidades: Hospital Estadual Pedro II, Hospital Estadual Albert Schweitzer, Hospital Estadual Azevedo Lima e Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels.

A adesão à COOPASS é espontânea e acontece da seguinte forma: o cooperado, ao se inserir na cooperativa, tem o caráter de filiado, quando *“não contribuem para a cooperativa nem subscrevem quotas, somente se inscrevem para quando surgir uma oportunidade, para então começarem a produzir para a cooperativa, momento em que passam à condição de cooperados”* (Art.18 Cap IV - Regimento Interno - COOPASS/1996); e associado quando o profissional *“se efetiva mediante a análise dos dados apresentados pelo candidato e aprovados pela Diretoria, a assinatura do Livro/Ficha de Matrícula e a subscrição e pagamento do Capital Social”*.(Art 6º,Parágrafo Único, Seção II - Cap III/ Estatuto(1996) da COOPASS)

---

<sup>24</sup> “ A COOPASS é uma cooperativa que foi constituída há 2 anos e meio atrás, como cooperativa de apoio ao sistema de saúde. O grupo que formou a cooperativa entendeu que o hospital não precisa só de médicos e auxiliares de enfermagem, precisa de cozinheira, servente, motorista, de toda uma estrutura administrativa de um hospital. Então uma cooperativa que tem no seu quadro social, um grupo de pessoas que atendam a essas finalidades ficaria muito mais fácil numa licitação, numa decisão de uma escolha ser beneficiada com esse problema, então nós tomamos isso como base e o grupo montou essa cooperativa.”  
Entrevista 5

<sup>25</sup> “ No início ela ficou um ano e meio parada, quando houve a primeira licitação, que foi no posto Lincoln de Freitas lá em Santa Cruz, houve uma licitação que disputou a COOPASS e a cooperar saúde, e a COOPASS foi a vencedora e já está lá um ano. Logo depois o estado nos convidou para irmos para o hospital de Santa Cruz, para o hospital Alberto Schweitzer e no Nutels e posteriormente no hospital Azevedo Lima, então nós ficamos trabalhando dando mão-de-obra cooperada, dando médico, enfermeiros, laboratoristas, auxiliares de enfermagem, pessoal administrativo, pessoal de apoio”  
Entrevista 5

Apesar da adesão ser espontânea, o profissional para se filiar passa por uma entrevista, estabelecida no artigo 6º do estatuto da COOPASS. E para transformar-se num associado, dois critérios são fundamentais: vaga no posto de trabalho<sup>26</sup> e seleção para ocupar a vaga, que muitas vezes é realizada pelo tomador de serviço<sup>27</sup>. Ambos os critérios de filiação e associação na cooperativa muito se assemelham aos utilizados pelas empresas quando essa cria um banco de dados de profissionais e, conforme surgem vagas, seleciona e admite o profissional.

As normas de demissão e eliminação do cooperado estabelecidas no estatuto da COOPASS estão de acordo com as regras vigentes na Lei 5.764/71 das cooperativas.

O capital social do cooperativado na COOPASS “*não pode ser inferior a R\$50,00 (cinquenta reais)*” (art.16, Cap.IV- Estatuto(1996) da COOPASS), e o valor unitário da quota-parte é de “*R\$5,00 (cinco reais)*” (art.17, Cap.IV- Estatuto (1996) da COOPASS); já a integralização das quotas-partes, segundo estatuto da COOPASS, pode ser à vista ou até 10 pagamentos mensais e sucessivos.

Convém, entretanto, destacar que apesar do estatuto estabelecer um determinado valor para o capital social, quota-parte e a forma como integralizá-las, pode-se verificar que a informação dada pela direção administrativa<sup>28</sup> da cooperativa não vai de acordo com o que elas próprias estabelecem através das suas normas, como: capital social no mínimo de

---

<sup>26</sup> “Então a pessoa se filia pura e simplesmente de acordo com o regimento interno. Quando é pedido pelo tomador de serviços uma mão-de-obra a gente pega aquela pessoa, coloca na cooperativa e a partir daí vai ser descontado as quotas partes.” Entrevista 5

“Outros ficam aguardando no banco de dados, assim que nós conseguirmos contrato com empresas particulares, estaduais, municipais e federais, nós vamos no banco de dados e vamos chamando para se associar de acordo com a especialidade que nos é pedido.” Entrevista 6

<sup>27</sup> “somos nós, por exemplo a unidade solicita 10 neurologista, ela vai pedir currículo desses profissionais, e a gente tem seleções, fazemos a seleção e mandamos o que a unidade nos pediu.” Entrevista 6

“a gente manda o número certo que eles pedem. Eles selecionam, não gostou, mandamos outro. Ou eles tem as pessoas, mandam para nós, para que elas se filiem a cooperativa, em última análise quem admite e não admitem são eles.” Entrevista 5

<sup>28</sup> “na realidade são 15 quotas, no valor de R\$10,00 cada uma, que dá um total de R\$150,00, essa quota parte é paga por mês” Entrevista 6

R\$150,00 (cento e cinquenta reais), quota-parte no valor de R\$10,00 (dez reais) e podendo ser integralizadas em 15 pagamentos.

O regimento interno da COOPASS estabelece quanto a remuneração pelos serviços prestados por cooperados as seguintes normas, capítulo V:

- *“Art.21 - O valor de produção dos cooperados pelos serviços que prestarem, poderá ser efetuada após tarefa realizada mensalmente em conformidade com a característica do contrato que a COOPASS-RJ vier a efetuar.*
- *Art.22 - A base de cálculo para o valor de produção dos cooperados será em conformidade com os valores correspondentes ao mercado de trabalho e atividade efetuada na ocasião.*
- *Art.23 - O pagamento dos serviços prestados pelos cooperados será efetuado após recebimento das faturas correspondentes ao serviço pelo mesmo executado.*
- *Art.24 - Compete à Diretoria inteirar-se sobre as tabelas atualizadas dos serviços prestados por trabalhadores e empresas do setor, elaborando tabelas compatíveis com preços justos, visando sempre a ganhar as concorrências.”*

Apesar do regimento interno estabelecer que a própria cooperativa elabora suas tabelas de preços, baseado no mercado, como pode ser visto nos artigos 22 e 24 apresentados acima, porém, informações da própria cooperativa dão conta de outro critério utilizado para estipular a produção cooperativista: o tomador de serviço sugere o valor pago de produção<sup>29</sup>. Diante disso, a questão é saber até que ponto entidades externas à cooperativa, como o tomador de serviço, têm poder para influenciar sobre ela. Esse tipo de acordo pode afetar o nível de Autonomia e Independência da cooperativa (4º princípio cooperativista).

---

<sup>29</sup> -“ a produção é estabelecida pela entidade que nos contrata.” Entrevista 6

- “por exemplo, se o Hospital Albert Schweitzer paga o médico R\$1.500 bruto, ele já vem com esse valor para que a gente pague a ele.” Entrevista 6



Em relação aos benefícios oferecidos ao cooperado, revertidos em forma de fundos, a COOPASS constitui tanto no regimento interno, quanto no estatuto, o FATES (Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social), destinado à prestação de assistência de cooperados e familiares. Vale destacar que no regimento interno outros fundos são citados, como Fundo de Produtividade, Fundo Jurídico e Fundo de Desenvolvimento. Convém, entretanto ressaltar que o regimento não esclarece se esses fundos são revestidos em benefícios e de que forma serão utilizados.

Por outro lado, os administradores<sup>30</sup> da COOPASS destacam outros benefícios não formalizados, que os cooperados obtêm, segundo eles, através da taxa contratual entre a cooperativa e o tomador de serviço. É fundamental perceber que esses benefícios variam conforme o valor da taxa contratual, como, por exemplo: sobra de balanço = 13° salário, seguro de vida por morte natural ou acidental, empréstimo sem juros e auxílio funeral.

O problema está em saber se realmente esses benefícios são revertidos aos cooperados, se eles têm acesso a esse tipo de informação, quais os critérios para obtenção dos mesmos, pois nenhum deles estão regulamentados no estatuto e nem regimento interno da cooperativa.

É certo que, de forma geral, tanto no estatuto, como no regimento interno da COOPASS, não foi encontrado indícios que caracterizem vínculo empregatício entre o tomador e a cooperativa, nem entre os associados e a cooperativa, apesar de que muitos critérios utilizados pela mesma, - remuneração fixa preestabelecida pelo tomador, seleção de pessoal tanto por parte da cooperativa, como pelo tomador - indiquem características de uma relação empregado - empregador.

---

<sup>30</sup> “Os benefícios são tirados de uma taxa contratual. Por exemplo, nas outras cooperativas, que não são o caso da saúde, que a taxa é muita pequena, os 20% você deduz 1,5% de imposto de renda na fonte e o único benefício que você pode dar dentro desse custo é um seguro de vida por morte natural ou acidental. Quando ele sobe para 30% a pessoa já tem direito a um 13° salário com nome de sobra de balanço, quando vai para 35% a pessoa já tem 4% como ganho real que vai substituir o FGTS.” Entrevista 5  
“Hoje, inicialmente, você vai ter o benefício, você atuando, produzindo na unidade, o seguro de vida por morte natural ou acidental, você vai ter empréstimo sem juros, a partir do terceiro mês que você tiver produzindo, assistência jurídica, auxílio funeral, todos os benefícios nesse patamar.” Entrevista 6

Segundo dados da COOPASS, no ano 1998 a cooperativa contava com apenas 495 profissionais trabalhando e aproximadamente 3.500 filiados a ela.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar as cooperativas de profissionais de saúde (COOPERAR, COOPASS E COOPSAÚDE) contratadas pelos serviços municipais e estaduais e pelo Hospital Geral de Nova Iguaçu, como prestadoras de serviço.

Dentre as limitações observadas para viabilização dessa pesquisa, podemos destacar a escassez de estudos e dados sistematizados acerca do objeto proposto e a dificuldade da realização de entrevistas pelos representantes das cooperativas escolhidas como objeto. Acredita-se que a dificuldade para as entrevistas se deu pelo caráter inovador desses tipos de cooperativas de trabalho no âmbito do serviço público no Rio de Janeiro e o que isso poderia trazer como questionamentos. Fato este que pode ser exemplificado pelo ocorrido com os representantes da COOPSAÚDE, cooperativa do Hospital Geral de Nova Iguaçu, que se negaram por mais de três vezes a realização das entrevistas.

O movimento de proliferação dessa modalidade ocorre em um contexto em que se acentua o debate acerca da redefinição do tamanho e funções do Estado, passando este a não ser mais o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social na produção de bens e serviços deslocando seu eixo de atuação para as funções de promotor e regulador.

O argumento central mais difundido pelos gestores municipais e estaduais no Rio de Janeiro, para incorporação dessa modalidade de contratação de pessoal, é a relativa escassez de trabalhadores, gerando com isso a incorporação de alternativas de gestão de recursos humanos com vistas a dar respostas ágeis aos problemas de pessoal.

Como já mencionado nos capítulos anteriores, as cooperativas de profissionais de saúde se enquadram no cooperativismo no segmento das

cooperativas de trabalho, que são definidas como aquelas que são criadas por profissionais autônomos que se unem em um empreendimento e prestam serviços à coletividade e a terceiros, sem nenhuma intermediação.

Baseado nos subsídios legais que encobrem este tipo de cooperativas podemos destacar no quadro abaixo algumas características observadas nas cooperativas escolhidas para estudo.

Quadro 9 - Características Observadas na COOPSAÚDE, COOPERAR E COOPASS

ÍTENS OBSERVADOS	COOPSAÚDE	COOPERAR	COOPASS
FORMAÇÃO E ADESÃO	Criada através de uma demanda do tomador de serviços(hospital geral de Nova Iguaçu); formada por servidores federais em atividade ; adesão se dá por indicação.	Criada na época da reinauguração do Hospital Municipal Lourenço Jorge; formada por misto de profissionais do serviço público e da iniciativa privada; adesão em diferentes formas: espontânea, na formação inicial, vagas nos postos de trabalho e/ou seleção pelo tomador de serviço.	Criada na época que os serviços públicos do Rio de Janeiro iniciam a contratação de cooperativas; formada por profissionais de atividades-meio e atividade-fim; adesão através de dois critérios: filiação, o cooperativado somente se inscreve, associado, se inscreve, surge vaga de trabalho e este passa por uma seleção, que muitas vezes é realizada pelo tomador de serviço
DEMISSÃO, AFASTAMENT	Duas formas de afastamento: o	A eliminação é aplicada em virtude de infração	A eliminação é aplicada em virtude

O E/OU ELIMINAÇÃO	conselho de administração poderá eliminar o associado que deixar de cumprir as disposições da lei do estatuto e/ou o tomador de serviço afasta o cooperado do hospital.	legal ou estatutária e a demissão será unicamente a seu pedido.	de infração legal ou estatutária e a demissão será unicamente a seu pedido.
QUOTA- PARTE	Valor unitário da quota parte de R\$1,00 (hum real); Não tem número de quota parte e como integralizá-las.	Valor unitário da quota parte de R\$10,00; podem ser integralizadas à vista ou em 50 pagamentos, se o valor da produção cooperativista for maior de R\$1.000,00, o cooperativado tem que integralizá-las em 10 pagamentos (esta definida pela direção da cooperativa).	Quota parte estabelecida de forma diferenciada, uma legitimada pelo estatuto e outra estabelecida informalmente pela direção administrativa : Valor unitário da quota parte de R\$5,00, que pode ser integralizada em 10 pagamentos, e outra com valor unitário de R\$10,00, podendo se integralizada em 15 pagamentos.
PRODUÇÃO COOPERATI - VISTA	Mesmo valor para todos os profissionais. Valor preestabelecido em torno de R\$1500,00, com exceção de grandes especialistas com produção um pouco maior	Nos contratos públicos o valor da produção cooperativista é estabelecida previamente segundo categoria profissional, baseado em pesquisa de mercado e horas trabalhadas; na iniciativa privada quem define o valor da	A produção dos cooperados pelos serviços prestados poderá ser efetuada após tarefa realizada mensalmente em conformidade com a característica do mercado; base de cálculo conforme os valores

		produção é o próprio.	correspondentes ao mercado de trabalho (definido no regimento interno) e/ou o tomador de serviço sugere o valor pago de produção(definido pela direção administrativa).
CARGA HORÁRIA SEMANAL PARA CADA COOPERATIVO DO	Estabelecida pelo tomador - 24horas.	Estabelecida pelo tomador, no caso do Lourenço Jorge, 40horas	Estabelecida pelo tomador.
FUNDOS	Fates	Fates; FAC	Fates, Fundo de produtividade, Fundo Jurídico e Fundo de desenvolvimento
BENEFÍCIOS NÃO REVESTIDOS EM FUNDOS	Não foram encontrados	Não foram encontrados	sobra de balanço= 13º salário, seguro de vida por morte natural ou acidental, empréstimos sem juros e auxílio funeral (nenhum dos benefícios estão registrados em estatuto ou regimento interno)
CONTRIBUIÇÃO AO INSS	Não foi encontrado	Recolhimento ao INSS	Recolhimento ao INSS

Fonte: Elaboração Própria

Tomando como base o quadro acima, convém destacar algumas observações que não vão de acordo com os princípios cooperativas: diferença de normas estabelecidas entre estatuto e regimento interno e gestores das cooperativas; grande influência do tomador de serviço na criação da cooperativa, na seleção dos cooperados e no estabelecimento de valor fixo de produção cooperativista; implementação de benefícios que se aproximam de benefícios celetistas e características semelhantes da relação empregado - empregador (admissão, seleção, entrevistas, vaga nos postos de trabalho).

Observa-se com isso que essas cooperativas, principalmente a COOPSAÚDE, teve em todos os seus momentos a interferência e participação do tomador de serviço (poder público), papel esse que não podia ser exercido pelo serviço público, pois contradiz claramente as leis cooperativistas.

Ao que foi verificado acima, soma-se as críticas colocadas pelo SINMED, em documento apresentado à Procuradoria Geral da Justiça do Rio de Janeiro, em 8 de março de 1996, contra o funcionamento dessas cooperativas e interferência do poder público na formação das mesmas. Segundo o SINMED esse tipo de organização distorce a política do cooperativismo.

Neste sentido acredita-se que essas cooperativas de trabalhos se configurem como empresa ou similar, pois muitas das suas características, mesmo que encobertas pelos trâmites legais, principalmente na COOPSAÚDE (Cooperativa do Hospital Geral de Nova Iguaçu), aproximam-se desse tipo de organização, percebendo com isso uma forma híbrida de organização cooperativista.

Diante do que foi analisado nesse estudo, vale ressaltar alguns aspectos que devem ser aprofundados e considerados no desenho de novas propostas de investigação. Tais como: quanto à incorporação de cooperativas pelos gestores, vale analisar essa questão tanto no âmbito dos recursos humanos, como no âmbito do financiamento (qual o ganho em termos financeiros); verificar até que ponto o que é normatizado nas cooperativas é implementado ao cooperativados; qual o nível de acesso do cooperativado as informações

contidas nos estatutos e regimentos internos; analisar a inexistência do vínculo empregatício no aspecto do cooperativado.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (F.H. Cardoso), 1995. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.



BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado,1997. *A Nova política de Recursos Humanos*/Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado: Brasília: MARE, 48P(Cadernos MARE de reforma do estado;c11)

BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado,1997. *A Reforma do aparelho do estado e as mudanças constitucionais: síntese & respostas a dúvidas mais comuns*/Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE,23P(Cadernos MARE da reforma do estado;c.6)

COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE. ,1989. *Cooperativismo Latinoamericano: Antecedentes y Perspectiva*. Santiago de Chile: CEPAL, 37pp. Libros de La Cepal, 14.

COSTA, N.R & MELO, M. A .C. , 1998. *Reforma do Estado e as Mudanças Organizacionais no Setor Saúde*. Ciência e Saúde Coletiva III(1): 52-67.

CREVELLI, E., 1997. Regulamentação X Desregulamentação: Apontamentos para uma Mudança nas Relações de Trabalho no Brasil. In: *Políticas de Emprego, Políticas de População e Direitos Sociais*. Org: Lúcia Bógus e Ana Yara Paulino. SP, Educ.

ELIAS, P. E., & COHN, A . , 1998. *O PAS no município de São Paulo: novos desafios para velhas questões*. RAP 32(2): 167-184.

COOPSAÚDE (Cooperativa de Atividade na área de saúde), 1995. *Estatuto Social*. Rio de Janeiro: COOPSAÚDE/RJ.

COOPERAR SAÚDE(Cooperativa de Prestação de Serviços de Saúde), 1996. *Estatuto Social*. Rio de Janeiro: COOPERAR SAÚDE/RJ.

---

\_\_\_\_\_,1998.  
*Cooperar Informe*. Rio de Janeiro: COOPERAR SAÚDE/RJ.

---

,1999.  
*Cooperar Informe*. Rio de Janeiro: COOPERAR SAÚDE/RJ.

---

,1999.  
*Regulamentação FATES*. Rio de Janeiro: COOPERAR SAÚDE/RJ.

COOPASS(Cooperativa de Trabalhos Múltiplos de Apoio ao Sistema de Saúde do Rio de Janeiro),1996. *Estatuto Social*. Rio de Janeiro: COOPASS/RJ.

---

1996.  
*Regimento Interno*. Rio de Janeiro: COOPASS/RJ

COOPERATIVAS DE TRABALHO,1999.[http:// w.w.w.riviera.com.br](http://w.w.w.riviera.com.br)

DOMINUNCOOP.,1997. *Legislação Cooperativista: Manual de Consulta*. 1ª Edição.

FETRABALHO/RJ(Federação das cooperativas de trabalho do Estado do Rio de Janeiro)1998. Material da internet.

FLEURY, S. , 1997. *Reforma Administrativa: uma visão crítica*. RAP, 31(4):299-309.

FLEURY,S. , 1997. *Reforma Administrativa: discutindo os instrumentos*. RAP, 31(5): 195-204.

GERARDI, S. N, CARVALHO, C. I & CHERCHIGIA, M.,1995. *Sinais de Mercado e Regulação Institucional do trabalho em Saúde no Brasil dos anos 90* CGDRH -SE/Min da Saúde.

GERARDI, S. N., 1996. Flexibilização dos Mercados de Trabalho e Escolha Moral. In: *Divulgação*. nº 14,p23-32,ago.

IRION, J.E., 1997. *Cooperativismo e Economia Social: a prática do cooperativismo como alternativa para uma economia centrada no trabalho e no homem*. São Paulo : Ed STS Publicações e Serviços LTDA.

JÚNIOR, M. de O., 1996. Política de Administração de RH na área de Saúde: Falência Total ou Novas Perspectivas?. In: *Divulgação*. n° 14,p37,ago

MACHADO, C.V.,1999. *Contexto, atores e instituições; Um estudo exploratório acerca das novas modalidades de gerência nos hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro nos anos 90*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social/UERJ (mimeo).

MELO, R. S. de. 1998. *Cooperativas de trabalho*. Ministério Público do trabalho - Procuradoria Regional Trabalho da 15ª Região.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Estabilidade e Flexibilidade: Tensão de Bases nas Novas Políticas de Recursos Humanos em Saúde. In: *Divulgação*. n° 14,p18-22.ago/1996

NETO, J. F. S.,1996. Flexibilização, desregulamentação e o direito do trabalho no Brasil. In: *Crise e trabalho no Brasil, modernidade ou volta ao passado?* Org.: Carlos Eduardo Barbosa do Oliveira, Jorge Eduardo Levi Mattoso. São Paulo: Scritta.

PIMENTA, C. C.,1998. *A reforma gerencial do Estado Brasileiro no contexto das grandes tendências mundiais*. Revista da Administração Pública. Rio de Janeiro. V 32 n° 5 p 173-199 set/out .

QUEIROZ, C. A . R. S. de., 1996. *Manual da cooperativa de serviços e trabalho*. São Paulo: Editora STS.

RIQUE, M.,1999. Os pioneiros de Rochdale e os princípios do cooperativismo. In: *Integrar Cooperativas* . Org: Gonçalo Guimarães, UNITRABALHO.

RECOMENDAÇÃO N° 127. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO.

SEMINÁRIO “Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado”. Brasília, 15 a 17 de outubro de 1997.

\_\_\_\_\_ NOGUEIRA, R. P. & GIRARDI, S. N.,1997. *Reforma Político-Administrativa e Função Recursos Humanos de Saúde*. Texto apresentado.

\_\_\_\_\_ NOGUEIRA, R. P.,1997. *A Reforma do Estado e os Recursos Humanos de Saúde: Flexibilidade de Ação com Continuidade de Direção*. Breve Ensaio. Texto apresentado.

\_\_\_\_\_ GERARDI, S. N.,1997. *Projeto “ A relação salarial no centro da Reforma do Estado: O caso dos Serviços de Saúde”*

SANTOS, A . L. dos. S.,1996. Encargos sociais e custo do trabalho no Brasil. In: *Crise e trabalho no Brasil, modernidade ou volta ao passado?* Org: Carlos Eduardo Barbosa de Oliveira, Jorge Eduardo Levi Mattoso - São Paulo: Scritta.

SANTANA, J. P. de.,1996. Recursos Humanos: Desafios para os Gestores do SUS. In: *Divulgação*. n° 14,p33-36.,ago.

SINMED( Sindicato do Médicos do Rio de Janeiro),1996. Documento apresentado a Procuradoria Geral da Justiça do Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, M.,199. *Desenhos Alternativos de incorporação e gestão do trabalho médico na SMS/RJ: as experiências dos Hospital Lourenço Jorge e Salgado Filho*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

UNIMED NORDESTE( Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares),1998. Cooperativismo Médico. [Http://w.w.w.unimed.com.br](http://w.w.w.unimed.com.br)

VIEIRA JÚNIOR, W. M., 1995. *Uma Proposta de Vida para o Hospital da Posse*. Rio de Janeiro (mimeo).

# ANEXOS

### **LISTA DE QUADROS**

- QUADRO 1 - Número total de Cooperativas e Cooperados por Estado no Brasil, 1998
- QUADRO 2 - Número de Cooperativas e Cooperados por Segmento no Brasil, 1998
- QUADRO 3 - Cooperativas por Segmento no Estado do Rio de Janeiro, 1998.
- QUADRO 4 - Funções do ESTATUTO
- QUADRO 5 - Princípios vigentes em 1966 e os princípios atuais (1995).
- QUADRO 6 - Deveres e Direitos do cooperado.
- QUADRO 7 - Comparação entre Cooperativa e Empresa.
- QUADRO 8 - Análise Comparativa de Encargos entre Empresa X Cooperativas de Trabalho.
- QUADRO 9 - Características observadas na COOPSAÚDE, COOPERAR E COOPASS

### ***RELAÇÃO DOS ENTREVISTADOS***

- Antônio Carlos - Consultor da COOPASS
- Fernando Olinto - Diretor Comercial e de Marketing da COOPERAR SAÚDE em 1999
- Felipe Cardoso, Subchefe Especial de Assuntos Técnicos da SMS/RJ
- Walter Mendes Vieira Júnior, Subsecretário de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde/RJ( de 1994 a 1997)
- Waldinez Oliveira - vice presidente do sindmed na gestão em 1995
- Luiza Carvalho - Diretora Médica do Hospital Lourenço Jorge
- Maximiana Rabelo Ferreira - Diretora Administrativa Financeiro da COOPASS
- Mário Amadeo - Assessor Comercial da COOPERAR SAÚDE em maio de 1999
- Ricardo Peret Antunes – Superintendente de Saúde SES-RJ

Outras fontes de informação relevantes para a pesquisa foram

- Mônica - Assistente da Direção do Hospital Geral de Nova Iguaçu (comunicação pessoal)
- Waleska Reisman - Médica Cooperativada da Cooperar Saúde (comunicação pessoal)