

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM  
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**UMA CONTRIBUIÇÃO À ANÁLISE DOS FATORES DETERMINANTES DA  
REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS DE UMA OPERADORA DE PLANOS  
DE SAÚDE: O CASO DA UNIMED DE LONDRINA**

**JORGE LUIZ GONÇALVES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Engenharia de Produção da  
Universidade Federal de Santa Catarina, como  
requisito parcial para obtenção do título de  
Mestre em Engenharia de Produção

Orientadora: Profa. Ilse Maria Beuren, Dra.

Florianópolis

2001


**UMA CONTRIBUIÇÃO À ANÁLISE DOS FATORES DETERMINANTES DA  
REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS DE UMA OPERADORA DE PLANOS  
DE SAÚDE: O CASO DA UNIMED DE LONDRINA**

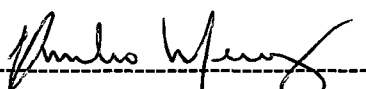
Esta dissertação foi julgada adequada e aprovada para a obtenção  
do título de **MESTRE EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO** no Programa  
de  
Pós-Graduação em Engenharia de Produção da  
Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 21 de dezembro de 2001.

  
-----  
**Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.**  
Coordenador do Curso

**BANCA EXAMINADORA:**

  
-----  
Profa. Ilse Maria Beuren, Dra.  
Orientadora

  
-----  
Prof. Emílio Ataújo Menezes, Dr.

  
-----  
Prof. Altair Borgert, Dr.

## DEDICATÓRIA

À minha querida esposa e filhos, pelas horas de convívio que lhes foram negadas e o apoio recebido.

## AGRADECIMENTOS

À força superior, na qual cada um de nós, à sua maneira, apoiou-se nos momentos mais difíceis e que nos permitiu chegar até aqui.

Aos cooperados e colaboradores da Unimed Londrina, cuja valiosa contribuição tornou possível a consecução deste trabalho.

À Doutora Ilse, orientadora deste trabalho, pelos exemplos de dedicação, competência e solidariedade demonstrados.

## SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	vi
LISTA DE QUADROS.....	viii
LISTA DE GRÁFICOS.....	ix
LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE SIGLAS.....	xi
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Tema e problema da pesquisa .....	1
1.2 Objetivos.....	3
1.3 Justificativa .....	4
1.4 Metodologia .....	6
1.5 Organização do trabalho .....	8
2 ORIGEM E EVOLUÇÃO DO COOPERATIVISMO E AS COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO .....	10
2.1 Origem do cooperativismo e seus precursores.....	10
2.2 Formação do pensamento cooperativista.....	13
2.2.1 Os pioneiros de Rochdale .....	13
2.2.2 A criação da ACI e a reformulação dos princípios cooperativos..	14
2.2.3 Dimensão internacional do atual movimento cooperativista .....	18
2.2.4 O desenvolvimento do cooperativismo no Brasil .....	20
2.2.5 Tipos de cooperativas.....	23
2.2.6 Legislação e normas cooperativistas.....	26
2.3 Cooperativas de trabalho médico .....	31
2.3.1 O surgimento do cooperativismo médico no Brasil.....	31
2.3.2 Criação do sistema Unimed.....	36
3 INSTRUMENTOS PARA ANÁLISE DO EQUILÍBRIO FINANCEIRO DE COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO.....	39
3.1 Sistema integrado de informações gerenciais .....	39
3.2 Análise das demonstrações contábeis .....	41
3.2.1 Finalidades .....	41
3.2.2 Índices de estrutura .....	42
3.2.3 Índices de liquidez .....	45
3.2.4 Índices de rentabilidade.....	50
3.2.5 Índices da atividade .....	54
3.3 Modelos de previsão de insolvência.....	59
3.3.1 Análise do endividamento.....	59
3.3.2 Modelo de previsão de falência de Kanitz .....	61

4 ANÁLISE DO IMPACTO DA ATUAL SISTEMÁTICA DE REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS NO EQUILÍBRIO FINANCEIRO DA UNIMED DE LONDRINA/PR .....	64
4.1 Histórico da empresa.....	64
4.2 O sistema de informações da Unimed de Londrina/Pr .....	66
4.3 Análise econômico-financeira da Unimed de Londrina/Pr .....	69
4.4 Impacto da sistemática atual de remuneração dos serviços médicos no equilíbrio financeiro .....	81
5 PESQUISA EMPÍRICA SOBRE A SATISFAÇÃO DOS COOPERADOS EM RELAÇÃO À REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS .....	90
5.1 Satisfação dos cooperados quanto à forma atual de remuneração dos serviços médicos .....	90
5.2 Sugestões de alternativas para promoção de mudanças .....	91
6 PROPOSTA DE UM MODELO DE REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS PARA A UNIMED DE LONDRINA/ PR .....	97
6.1 Configuração para o sistema de informações .....	97
6.2 Considerações para análise dos indicadores do equilíbrio financeiro da Unimed .....	101
6.3 Elaboração de proposta de novo modelo de remuneração da produção médica na Unimed de Londrina/Pr .....	101
6.4 Apresentação de proposta do novo modelo de remuneração da produção médica na Unimed de Londrina/Pr.....	104
7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....	108
7.1 Conclusões.....	108
7.2 Recomendações.....	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	111
ANEXOS.....	114

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de cooperativas, associados e funcionários por estado em 30/10/96.....	05
Quadro 2 - Comparação da legislação cooperativista no Brasil.....	29
Quadro 3 - Índices de estrutura .....	44
Quadro 4 - Índices de liquidez .....	49
Quadro 5 - Índices de rentabilidade.....	54
Quadro 6 - Índices de atividade .....	58
Quadro 7 - Análise de endividamento.....	61
Quadro 8 - Análise dos índices da Unimed de Londrina/PR .....	80
Quadro 9 - Sistemática de rateio da produção médica.....	86

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Receita e renda ( honorários) Média mensal por cooperado ativo .....	82
Gráfico 2 - Evolução das médias mensais por ano dos Atendimentos Hospitalares em quantidades.....	83
Gráfico 3 - Evolução da média mensal e por ano de consultas - Quantidades .....	84
Gráfico 4 - Satisfação dos cooperados quanto à forma de pagamento da produção médica praticada pela cooperativa .....	91
Gráfico 5 – Opinião entre, manter o sistema variável (rateio) ou estabelecer deságio fixo de 30% sobre toda a LPM/96, fixando o valor da consulta em R\$ 28,00 .....	92
Gráfico 6 – Valorizar o ato médico no rateio da produção em detrimento dos custos dos exames complementares e auto-gerados.....	93
Gráfico 7 - Fixação de gastos máximos em reais (R\$) para exames complementares, auto-gerados e especializados: .....	94



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Participação de capitais de terceiros .....	70
Tabela 2 - Composição do Endividamento .....	70
Tabela 3 - Imobilização do Patrimônio Líquido .....	70
Tabela 4 - Capital de giro (ou circulante) líquido .....	71
Tabela 5 - Liquidez geral .....	71
Tabela 6 - Liquidez Corrente .....	72
Tabela 7 - Liquidez Seca .....	72
Tabela 8 - Liquidez Imediata .....	73
Tabela 9 - Margem bruta .....	73
Tabela 10 - Margem Operacional .....	74
Tabela 11 - Margem Líquida.....	74
Tabela 12 - Rentabilidade das Vendas.....	75
Tabela 13 - Taxa do retorno sobre o Ativo .....	75
Tabela 14 - Retorno sobre o Patrimônio líquido .....	75
Tabela 15 - Giro do Ativo Permanente .....	76
Tabela 16 - Giro do Ativo total .....	76
Tabela 17 - Índice de Endividamento Geral.....	77
Tabela 18 - Índice Exigível a Longo Prazo .....	77
Tabela 19 - Análise pelo fator de solvência de Kanitz .....	78
Tabela 20 - Mapa da produção médica- Valores plenos - LPM/96.....	85
Tabela 21- Tabela de rateio da produção médica - Modelo atual.....	88
Tabela 22 - Sugestões coletadas junto aos cooperados .....	96
Tabela 23 - Percentuais de deságios a serem aplicados somente nos custos dos exames de imagem, excluindo honorários e filmes .....	103
Tabela 24 - Modelo proposto de rateio da produção médica.....	105

## LISTA DE SIGLAS

ABCOOP - Aliança Brasileira de Cooperativas  
ACI - Aliança Cooperativa Internacional  
AMB - Associação Médica Brasileira  
APM - Associação Paulista de Medicina  
BACEN - Banco Central do Brasil  
CAC - Cooperativa Agrícola de Cotia  
CNEEC - Centro Nacional de Estudos Cooperativos  
DENACOOOP - Departamento Nacional de Cooperativismo em Associativismo  
FGTS - Fundo de garantia por Tempo de Serviço  
IAPI - Instituto dos Industriários  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica Previdência Social  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
LPM - Lista de Procedimentos Médicos  
OCA - Organização das Cooperativas das Américas  
OCB - Organização das Cooperativas Brasileiras  
OCE - Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo  
OCEPAR - Organização das Cooperativas do Paraná  
OCESC - Organização das Cooperativas  
PIB - Produto Interno Bruto  
PIS - Programa de Integração Social  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UNASCO - União Nacional das Associações de Cooperativas

**GONÇALVES, Jorge Luiz. Uma contribuição à análise dos fatores determinantes da remuneração dos serviços médicos de uma operadora de planos de saúde: o caso da Unimed de Londrina Florianópolis, 2001, 117p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.**

Orientadora: Ilse Maria Beuren, Dra.

Defesa: 21/12/2001.

## **RESUMO**

Diferentemente das demais empresas mercantis, que buscam no lucro a forma de remunerar o capital investido pelos sócios, as cooperativas médicas têm por objetivo principal viabilizar o exercício da profissão, garantindo justa remuneração aos cooperados. Este tem sido o grande desafio ao longo dos 30 trinta anos de existência da Unimed de Londrina/PR. Assim como o lucro para o investidor é motivo de satisfação, também para o cooperado uma remuneração que atenda suas expectativas proporcionará igual satisfação. Surge então a questão de qual seria a expectativa do cooperado quanto à remuneração, situada no mesmo nível dos serviços prestados a particulares ou em cumprimento total da Lista de Procedimentos da Associação Médica Brasileira de 1996. A Lei 9656/98, através da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, organizou e disciplinou o segmento de planos de saúde, proporcionando aos clientes maior segurança e tranquilidade quando da utilização dos benefícios contratados. A padronização da assistência médica privada exigiu a readequação das empresas do setor. Assim, o trabalho procura desenvolver um modelo de remuneração dos serviços médicos visando assegurar o equilíbrio financeiro da operadora de planos de saúde Unimed de Londrina/Pr, inserida num sistema cooperativo, buscando satisfazer seus cooperados e clientes. Tomando como referência a importância do cooperativismo médico na garantia da qualidade dos serviços prestados, o trabalho pautou-se em uma pesquisa realizada junto a quarenta e nove cooperados líderes de comitês eleitos por cada especialidade, cujas respostas serviram de parâmetros para a elaboração de uma proposta de política de remuneração condizente com os anseios da população-alvo. O modelo proposto privilegia o ato médico puro e estabelece, entre os ajustes, percentuais fixos de deságios aplicados sobre os valores estipulados como custo dos exames na Lista de Procedimentos da Associação Médica Brasileira editada em 1996, proporcionando um divisor claro que permita a valorização do serviço médico profissional em detrimento ao custo do exame realizado com uso de máquina. Acredita-se que o modelo ainda precisa ser aperfeiçoado, porém se propõe a proceder de maneira mais justa a distribuição de recursos, diferenciando o ato médico artesanal daquele pautado na realização de exames com uso de máquinas. Os resultados da proposição do novo modelo de remuneração objetivam o resgate e a valorização da inestimável figura humana do médico na relação com o paciente.

**Palavras Chave:** remuneração – cooperado – exames – Unimed

**GONÇALVES, Jorge Luiz. A contribution to the analysis of the determined factors of the remuneration of the medical services of an operator of plans of health: the case of Unimed de Londrina Florianópolis, 2001, 117p. Master's degree dissertation in Production Engineering – Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.**

Advisor: Beuren, Ilse Maria Dra.  
Dissertation conclusion: 2001/12/21.

## **ABSTRACT**

Differently from the other mercantile companies, that search in the profit the form of remunerating the capital invested by the partners, the cooperatives have for main objective to make possible the practice of the profession, guaranteeing fair remuneration. This has been the great challenge along the 30 thirty years of existence of Unimed of Londrina. As well as the profit for the investor is the reason for satisfaction for the cooperated ones as well remuneration that assists their expectations will provide the same satisfaction. The issue of which the expectations of the cooperated ones might be arises about the remuneration, situated in the same level of the services rendered to private individual or in total compliance with the List of Procedures of the Brazilian Medical Association of 1996. The Law 9656/98, through the National Agency of Supplementary Health – ANS, organized and disciplined the segment of health plans, providing the customers with greater security peacefulness when of the use of the contracted benefits. The standardization of the private medical attendance demanded the readjustment of the companies of the sector. Thus, the work tries to develop a model of remuneration of the medical services seeking to assure the financial balance of the operator of health plans Unimed of Londrina/Pr, inserted in a cooperative system, trying to satisfy its cooperated and customers. Taking as reference the importance of the co-operative medical society in the warranty of the quality of the rendered services, the work was based on a research accomplished with forty-nine cooperated committee leaders elected by each specialization field, whose answers served as parameters for the elaboration of a proposal of a remuneration politics that suits the expectation of the population-target. The proposed model privileges the plane medical act itself and establishes, among the adjustments fixed percentage of devaluation applied on the values specified as cost of the exams in the List of Procedures of the Brazilian Medical Association published in 1996, providing a divisor of course that allows the valorization of the professional medical service to the detriment of the cost of the exam accomplished with machine usage. It is believed that the model still needs to be improved, even so it intends to carry out the distribution of resources in a fairer way differentiating the handmade medical act from that in the accomplishment of exams with the use of machines. The results of the proposal of the new remuneration model have as aim the rescue and the valorization of the doctor's invaluable human figure in his relationship with the patient.

Key Words: remuneration –cooperated – exams – Unimed

# 1 INTRODUÇÃO

O primeiro capítulo apresenta o tema e problema da pesquisa, os objetivos geral e específicos, a justificativa do estudo, a metodologia da pesquisa e a organização do trabalho.

## 1.1 TEMA E PROBLEMA DA PESQUISA

A saúde configura-se como uma preocupação constante na vida do ser humano. Sua manutenção depende de cuidados e deve revestir-se sobretudo do aspecto da prevenção. São múltiplos os parâmetros que alicerçam a eficácia de uma empresa voltada para a assistência à saúde como forma de melhorar a qualidade de vida de cidadãos. É necessário, em primeiro lugar, reconhecer as tendências modernas no que concerne à estrutura organizacional de uma empresa.

O mundo do trabalho é influenciado por uma série de exigências que convergem para a necessidade de se repensar constantemente as políticas de gestão de negócios, no sentido de buscar alternativas para o equilíbrio financeiro e administrativo das empresas.

SENNET (2000:118) aponta também outro componente que influencia o moderno mundo do trabalho:

A moderna ética do trabalho concentra-se no trabalho de equipe. Celebra a sensibilidade aos outros; exige 'aptidões delicadas', como ser bom ouvinte e cooperativo; acima de tudo, o trabalho em equipe enfatiza a adaptabilidade às circunstâncias. O trabalho de equipe é a ética do trabalho que serve a uma economia política flexível.

Desta forma, é importante que os administradores, inseridos num contexto social que sinaliza constantes mudanças, estejam atentos para adaptar-se a um trabalho de equipe que contemple as necessidades dos envolvidos na empresa.

Neste contexto, a formação das cooperativas médicas deve merecer atenção redobrada, uma vez que na situação organizacional de uma empresa, principalmente a que presta serviços de saúde, é importante que se estabeleça parâmetros de qualidade que sirvam de respaldo ao exercício da atividade médica de maneira ampla e irrestrita.

A ausência de regras claras no segmento da saúde particular motivou o governo a intervir, criando a Lei 9656/98, que regulamenta o exercício da atividade de planos de saúde no país, promovendo profundas mudanças no segmento da saúde, sobretudo nas cooperativas de trabalho médico (Unimeds).

Tais mudanças afetarão diretamente a forma de gestão de uma operadora de planos de saúde, sobretudo a das cooperativas de trabalho médico, uma vez que a lei foi estruturada baseada em regras e rotinas operacionais de seguradoras, mudando radicalmente esta realidade na administração das mesmas.

Com muito atraso, a Lei 9656/98 veio organizar um mercado carente de regras claras de funcionamento. Porém, o governo deixa clara sua intenção de transferir para a iniciativa privada sua responsabilidade constitucional, explicitada no artigo 196 da Constituição Federal, promulgada em 5/10/1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas.

Neste sentido, as cooperativas de trabalho médico, no Brasil, desenvolvem papel expressivo no segmento da saúde, sendo tidas como operadoras de planos de saúde. Elas não só viabilizam o exercício da profissão médica, como também atendem, segundo dados do Almanaque Abril de 1999, mais de 25% da massa da população com assistência médica particular, por meio de uma rede que cobre praticamente todo o território nacional.

VIANA (2001:2) afirma que "cada cooperativa é a empresa meio cujo resultado deverá ser o bem-estar econômico e social do médico-cooperado, tendo como seu produto fundamental a relação médico/doente bem sucedida."

Assim, as operadoras Unimeds terão de se organizar melhor operacionalmente, visando sua manutenção num cenário competitivo e controlado. Uma questão crucial dentro de uma cooperativa médica é a forma de remuneração aos seus cooperados, sendo alvo de grande discussão entre os mesmos, pois exige de sua cooperativa uma valorização justa pelos seus trabalhos, razão principal da existência da mesma. A entidade, por sua vez, além de estar inserida num mercado extremamente competitivo, luta contra a utilização excessiva de serviços médicos por seus usuários, uma vez que não pode repassar ao preço da mensalidade o impacto de tal utilização. Desse modo, a partir do exposto elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa:

***Qual a forma de remuneração dos serviços médicos que possa assegurar o equilíbrio financeiro da operadora de planos de saúde Unimed de Londrina/PR e a satisfação de seus cooperados?***

## 1.2 OBJETIVOS

O objetivo geral do trabalho é desenvolver um modelo de remuneração dos serviços médicos, visando assegurar o equilíbrio financeiro da operadora de planos de saúde Unimed de Londrina/PR, inserida num sistema cooperativo, bem como a satisfação dos cooperados, prestadores de serviços.

Para a consecução do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- descrever a origem, evolução e os principais aspectos que norteiam o ideal cooperativista;
- caracterizar uma cooperativa de trabalho médico, operadora de planos de saúde;
- apresentar a sistemática atual de remuneração dos serviços médicos da Unimed de Londrina;
- evidenciar por meio de indicadores a situação financeira da cooperativa, refletindo a performance atual de remuneração dos serviços médicos, bem como ressaltar a importância do uso do sistema de informações gerenciais;
- investigar o grau de satisfação dos cooperados em relação à atual sistemática de remuneração e sugestões de possíveis alterações; e
- propor uma forma de remuneração dos serviços médicos que assegure o equilíbrio financeiro da cooperativa, bem como proporcione maior satisfação aos cooperados, através da valorização do trabalho médico.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa foi motivada pela crise financeira por que passam algumas operadoras de planos de saúde, entre elas, algumas singulares do sistema Unimed. Esta crise, segundo IRION (1997:49), "é fomentada pela falta de estrutura e organização empresarial de algumas operadoras e, principalmente, pelo aumento dos custos com assistência médica."

A realização do presente trabalho justifica-se diante da quantidade de pessoas que estão ligadas a operadoras de saúde no país e da necessidade premente de adequar as mesmas ao atual momento econômico pelo qual atravessa o país.

Diante das dificuldades decorrentes das constantes mudanças na economia brasileira, é importante uma análise mais apurada da real situação das empresas, no caso específico da Unimed de Londrina/PR, visando a satisfação do maior número possível de envolvidos.

A relevância da presente pesquisa intensifica-se especialmente no aspecto prático da análise do modelo de remuneração dos serviços médicos, pois o sistema cooperativo pressupõe uma unidade que deve ser preservada se se deseja alcançar melhores resultados. Um projeto de qualidade na empresa perpassa necessariamente a satisfação dos cooperados.

Desta forma, ao rever o atual modelo de remuneração, contempla-se as expectativas dos envolvidos e busca-se fundamentalmente soluções que possam atender às necessidades de mudanças evidenciadas através da pesquisa realizada.

Também no aspecto teórico, é importante rever conceitos que fundamentam o trabalho cooperativo, como forma de solidificação e ou readequação de princípios cooperativistas, uma vez que a cada dia modificam-se as posturas na área da saúde. As inovações tecnológico-científicas exigem também um aprofundamento dos profissionais no sentido de aprimorar conhecimentos e rever posições, buscando sempre a melhoria da qualidade que permita atingir um grau de satisfação de cooperados e usuários do sistema cooperativo de saúde.

Da mesma forma, o trabalho desenvolvido junto à Unimed de Londrina/PR pode servir de referencial para outras singulares, que também atravessam problemas no



sentido de adequar as necessidades dos cooperados aos interesses econômico-financeiros da empresa.

Para melhor entender a dimensão do cooperativismo brasileiro, deve-se examinar os dados que o compõem. O cooperativismo brasileiro é responsável pela geração direta de mais de 153 mil empregos, com um faturamento em torno de 20 bilhões de dólares ano. O cooperativismo agrícola (agropecuário) é o que mais tem se destacado na geração de renda e nas exportações brasileiras de produtos básicos agropecuários e agroindustrializados. (OCEPAR). A dimensão do cooperativo brasileiro é demonstrada no quadro 1.

QUADRO 1 - NÚMERO DE COOPERATIVAS, ASSOCIADOS E FUNCIONÁRIOS POR ESTADO EM 1996

Estado	COOPERATIVAS		ASSOCIADOS		FUNCIONÁRIOS	
	Quantidade	Percentual	Quantidade	Percentual	Quantidade	Percentual
Acre	5	.12	83	.00	0	.00
Alagoas	36	.85	15.895	.44	1.317	.86
Amapá	19	.45	186	.01	1.	.00
Amazonas	20	.47	1.167	.03	227	.15
Bahia	184	4.34	38.770	1.07	1.511	.98
Ceará	165	3.89	58.330	1.61	1.261	.82
Distrito Federal	77	1.82	22.021	.61	672	.44
Espírito santo	89	2.10	51.566	1.42	2.229	1.45
Goiás	124	2.93	71.974	1.98	4.589	2.99
Maranhão	119	2.81	13.223	.36	504.	.33
Mato Grosso	92	2.17	22.219	.61	1.734	1.13
Mato G. do Sul	74	1.75	25.263	.70	2.322	1.51
Minas Gerais	687	16.21	414.876	11.44	20.652	13.44
Pará	60	1.42	18.611	.51	388.	.25
Paraíba	86	2.03	18.024	.50	469.	.31
Paraná	204	4.81	234.907	6.48	34.296	22.32
Pernambuco	225	5.31	79.633	2.20	697.	.45
Piauí	68	1.60	13.450	.37	451.	.29
Rio de Janeiro	416	9.82	152.370	4.20	5.305	3.455
Rio G.do Norte	57	1.34	47.868	1.32	664.	.43
Rio G. do Sul	470	11.09	559.163	15.42	31.123	20.26
Rondônia	24	.57	4.751	.13	78.	.05
Roraima	6	.14	0	.00	0.	.00
Santa Catarina	217	5.12	295.963	8.16	13.109	8.53
São Paulo	664	15.67	1.456.117	40.15	29.323	19.08
Sergipe	34	.80	7.536	.21	328.	.215
Tocantins	16	.38	2.539	.07	399	.26
<b>Totais</b>	<b>4.238</b>	<b>100.00%</b>	<b>3.626.505</b>	<b>100.00%</b>	<b>153.649</b>	<b>100.00%</b>

FONTE: Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB ( [www.ocb.org.br](http://www.ocb.org.br))

Percebe-se que os números do cooperativismo, no Brasil, são significativos, justificando sua discussão como componente ativo da economia brasileira nas últimas décadas. Tendo em vista que os dados analisados referem-se a 1996, deve-se destacar que as tendências deste início de século sinalizam para a expansão do movimento cooperativista, conforme se pode perceber pelo aumento do número de novas cooperativas, nos mais diversos segmentos da sociedade.

Os dados indicam que a região Sudeste destaca-se pelo maior número de cooperativas: Minas Gerais em primeiro lugar, com 687, perfazendo um índice de 16,21% do total brasileiro; e São Paulo, com 664 cooperativas, totalizando 15% do panorama brasileiro.

O Paraná apresenta um número significativo de cooperativas em relação a muitos estados, mas mesmo assim é o que menor número tem da Região Sul (o Rio Grande do Sul tem 470 cooperativas e Santa Catarina tem 217, enquanto o Paraná tem 204).

Estes números evidenciam a necessidade que os diversos segmentos da economia têm de promover o trabalho cooperativo, como forma de viabilizar resultados mais eficazes. Sobretudo, no que concerne ao âmbito da saúde, o cooperativismo médico tem sido uma alternativa válida para a prestação de serviços a um grande número de pessoas, de forma a contemplar as expectativas dos usuários em relação ao plano de saúde.

#### 1.4 METODOLOGIA

Para atender os objetivos propostos no estudo, torna-se necessário delinear a metodologia da pesquisa. Assim, o uso de pesquisa exploratório-descritiva é comum nas ciências sociais. De acordo com Gil, apud SILVA (2000:21), a pesquisa exploratória

visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Ainda segundo o mesmo autor, a pesquisa descritiva "visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática."

Desta forma, aplicam-se a este trabalho as características dos dois modelos apresentados por GIL (1991), constituindo-se o perfil exploratório-descritivo para a pesquisa realizada.

Quanto à abordagem, considerou-se como mais adequada, tendo em vista os objetivos estabelecidos, a pesquisa qualitativa. A esse respeito, SILVA (2000:20) afirma que este tipo de pesquisa

Considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicos no processo de pesquisa qualitativa.

Para desenvolver uma proposta acurada da forma de remuneração de serviços médicos em uma cooperativa fez-se um estudo de caso. No entendimento de GIL, apud SILVA (2000:21), o estudo de caso "envolve um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento." Assim, a empresa objeto de estudo foi a Unimed de Londrina/PR.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas, fundamentadas no instrumento de pesquisa apresentado no Anexo 1. As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador, em uma reunião cujo cenário escolhido foi a reunião mensal ordinária, realizada em 05 de junho de 2001, denominada participativa, para a qual são convidados todos os órgãos diretivos, os coordenadores regionais e os comitês de especialidades, cujos membros representam cada área como um todo. De um contingente de 68 cooperados presentes à reunião, 49 responderam a pesquisa, o que correspondeu a 72% do total.

A técnica para a análise dos dados foi documental e descritiva.

A pesquisa documental está alicerçada em documentos da cooperativa, demonstrações contábeis e os modelos de remuneração da produção médica. A análise descritiva tem como alicerce as respostas ao instrumento de pesquisa. Portanto tem como base os dados primários, isto é, aqueles que não foram ainda utilizados em quaisquer publicações.

Uma das limitações do presente estudo deve-se ao fato de que não foi investigado o grau de satisfação dos usuários da empresa Unimed de Londrina/Pr. Outra limitação diz respeito à ausência da análise do impacto da nova proposta no valor das mensalidades pagas pelos usuários desses serviços. Por fim, vale apontar a limitação decorrente da metodologia escolhida, isto é, por tratar-se de um estudo de caso, os resultados desta pesquisa restringem-se ao objeto de estudo.

## 1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Este trabalho apresenta-se dividido em seis capítulos.

No primeiro capítulo apresentou-se o tema e o problema da pesquisa, os objetivos e a metodologia da pesquisa, bem como a forma de organização do trabalho.

O segundo capítulo aborda os precursores do cooperativismo e as reformulações por que passou o sistema de cooperativas. Consta também deste capítulo o desenvolvimento da teoria cooperativista no Brasil, analisando suas dimensões, bem como a legislação e normas que regulamentam o assunto. Na seqüência fez-se uma incursão no surgimento do cooperativismo médico no Brasil.

No capítulo três realiza-se uma abordagem teórica sobre os instrumentos integrados para análise do equilíbrio financeiro da cooperativa de trabalho médico, explicitando o sistema integrado de informações gerenciais e a análise das demonstrações contábeis.

A análise do impacto da atual sistemática de remuneração dos serviços médicos no equilíbrio financeiro da Unimed é apresentada no capítulo quatro, ao lado de um histórico da Unimed Londrina/PR e de sua situação econômico-financeira..

No capítulo cinco, procedeu-se a uma análise dos dados referentes à pesquisa realizada junto aos cooperados da Unimed de Londrina/ PR, visando respaldar eventual alteração na forma de pagamento médico aos cooperados, com vistas à qualidade dos serviços e a satisfação dos requisitos que viabilizam a composição e a perenidade de uma cooperativa médica.

O sexto capítulo apresenta uma proposta de modelo de remuneração dos serviços médicos para a Unimed de Londrina/PR, fundamentada em dados primários e secundários obtidos durante a pesquisa.

Por fim, apresenta-se as conclusões relacionadas à presente pesquisa, bem como recomendações para futuros trabalhos sobre o tema, com o intuito de ampliar estudos sobre cooperativas dessa natureza.

## 2 ORIGEM E EVOLUÇÃO DO COOPERATIVISMO E AS COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO

Ao se pretender analisar a questão do cooperativismo, deve-se primeiramente buscar respaldo nas origens do pensamento cooperativista através dos autores que buscaram novas formas de associação para minimizar os problemas organizacionais através da união de esforços em busca de um ideal comum. Neste sentido, apresenta-se inicialmente à origem do cooperativismo, desde seu surgimento até o presente momento. Além disso, aborda-se a reformulação dos princípios cooperativos e a dimensão internacional do atual movimento cooperativista, bem como a questão do desenvolvimento do cooperativismo no Brasil, a classificação quanto aos tipos de cooperativas, além da legislação e as atuais normas cooperativistas. Por fim, contempla-se as cooperativas de trabalho médico.

### 2.1 ORIGEM DO COOPERATIVISMO E SEUS PRECURSORES

A cooperação sempre existiu na sociedade humana, desde as eras mais remotas, estando associada à luta pela sobrevivência, às crises econômicas, políticas e sociais, bem como às mudanças. Os melhores exemplos de cooperação aparecem quando se estuda a organização social dos povos antigos.

No entanto, conforme NASCIMENTO (2000:128), a cooperação econômica só veio a fortalecer-se no século XVI, com *P.C. Plockboy*, que idealizava a "cooperação integral" por classes de trabalhadores, e com *John Bellers*, que procurava organizar "Colônias Cooperativas", para produzir e comercializar seus produtos, eliminando o lucro dos intermediários.

Os precursores do cooperativismo são representados pelos homens que se dedicaram a buscar uma forma de melhor organizar as sociedades em época de grandes mudanças, e que, devido ao seu despreparo, são sempre acompanhadas de grandes problemas sociais, tais como: desemprego, instabilidade econômica, incertezas, medo, fome, violência, entre outros males que afetam a sociedade moderna.

A formação do pensamento cooperativo deu-se graças ao sucesso dos Pioneiros de Rochdale, que demonstraram ser possível a união das pessoas em torno de um objetivo, e que a organização de uma cooperativa pode melhorar a situação econômica, social e as condições de vida de uma comunidade cooperativada.

A modernização do pensamento cooperativo ocorreu com as ramificações das cooperativas de crédito, com os estudos de Charles Gide, desenvolvidos na Escola de Nimes, e com a atuação da ACI - Aliança Cooperativa Internacional, cuja finalidade máxima é intensificar o intercâmbio entre as cooperativas dos diversos países, tanto no campo doutrinário, como no educativo e no técnico.

Por sua vez, o cooperativismo moderno surgiu junto com a Revolução Industrial, como forma de amenizar os traumas econômicos e sociais que a mesma provocou. O industrialismo, na sua primeira etapa, fez com que os artesãos e trabalhadores migrassem para as grandes cidades, atraídos pelas fábricas em busca de melhores condições de vida. Essa migração fez com que houvesse excesso de mão-de-obra, resultando na exploração do trabalhador de forma abusiva e desumana, com jornada de trabalho de até 16 horas/dia. Com salários insignificantes, que não lhes garantiam a compra dos alimentos, obrigava mulheres e crianças a ingressar no mercado de trabalho, em condições mais desumanas que as dos homens.

Tais injustiças econômicas e sociais provocaram reações de diversos pensadores socialistas, que não aceitavam as condições desumanas a que os trabalhadores eram submetidos, e começaram a divulgar idéias e experiências destinadas a modificar o comportamento da sociedade.

Essa preocupação com as questões sociais fez com que os "socialistas" estudassem as formas de organização das civilizações antigas até descobrirem a cooperação como instrumento de organização social. RICCIARDI e LEMOS (1998:77) citam que os socialistas que exerceram influências sobre o cooperativismo moderno foram *Owen, Fourier, Buchez e Blanc, como segue:*

*De acordo com Robert Owen (1771 – 1858) afirmava que " o homem é o resultado de seu meio social; para modificá-lo, seria necessário modificar o meio social, mas de forma pacífica, gradual e moderada, a fim de que nenhuma parte do corpo político nem do indivíduo sofresse com a mudança." A modificação do caráter dos*

indivíduos, por sua vez, acarretaria mudanças no sistema social. Suas principais ações baseavam-se em:

- a) combater o lucro e a concorrência, por considerá-los os principais responsáveis pelos males e injustiças sociais;
- b) combater a divisão social entre operários e patrões, pois considerava que toda a produção devia ser dos trabalhadores;
- c) criar medidas previdenciárias e de assistência social aos funcionários de sua fábrica de fios de algodão em New Lanarck (Escócia).

François Marie Charles Fourier (1772-1837) procurou harmonizar os interesses dos trabalhadores, dos capitalistas e dos consumidores, pois acreditava que "as desigualdades entre pobres e ricos fazem parte do plano de Deus e tudo o que provém de Deus é bem feito".

Phelippe Josephh Benjamins Buchez (1796-1865) defendia a associação cooperativa dos operários por categoria profissional "de forma pacífica e sem espoliações, para que eles se tornassem produtores livres, e, com isso tivessem poupanças em comum; obtivessem empréstimos em comum e assegurassem salários iguais a todos." As principais características da associação cooperativa defendida por Buchez eram:

- a) sustentação financeira sem o auxílio do Estado;
- b) a dupla função aos associados de empresários e empregados;
- c) retorno das sobras (lucros) proporcionais ao trabalho;
- d) a indivisibilidade e inalienabilidade do capital social da cooperativa.

Louis Blanc (1812-1882) defendia a associação de operários em fábricas sociais, que "no primeiro momento seria organizada e financiada pelo Estado, responsável pelos problemas econômicos e sociais. As fábricas sociais seriam organizadas por estatutos próprios, mas dentro do princípio da igualdade, segundo o qual as sobras líquidas seriam divididas em três partes, sendo uma para os operários, uma constituiria um fundo de assistência social e o restante para capitalização e fortalecimento financeiro do empreendimento."

Oriundas das idéias de homens de visão, surgiram repercussões que transformaram o cenário de constituição das empresas. Mesmo assim, muitas foram as dificuldades enfrentadas no sentido de promover experiências cooperativistas, em



decorrência da desconfiança de muitos quanto às idéias e princípios do cooperativismo. A moderna gestão cooperativista deve ser analisada à guisa do entendimento de que aos pioneiros deve-se o crédito pela evolução de um sistema que, longe de ser o ideal, representou um avanço muito grande na formação do pensamento moderno.

## 2.2 FORMAÇÃO DO PENSAMENTO COOPERATIVISTA

Para melhor explicitar a formação do pensamento cooperativista, deve-se retomar as idéias dos precursores, é necessário analisar as experiências pioneiras e as idéias e princípios do cooperativismo de crédito - primeira forma de organização através da qual firmou-se o cooperativismo.

### 2.2.1 Os pioneiros de Rochdale

Muitas experiências cooperativas não obtiveram sucesso devido às condições políticas desfavoráveis e, principalmente, pela forma como as cooperativas eram criadas. O sucesso só veio a acontecer em Rochdale (distrito de Lancashire, na Inglaterra), devido às iniciativas próprias de 28 tecelões, que buscavam um meio de melhorar suas condições sociais e econômicas.

A história do cooperativismo, de acordo com PINHO (1986:87), registra que em Rochdale, no dia 24.12.1844, os pioneiros de Rochdale inauguraram um armazém, organizado e regido por normas estatutárias que objetivavam:

- a) formação de capital para emancipação dos trabalhadores, mediante economias realizadas com a compra em comum de gêneros alimentícios;
- b) construção de casas para fornecer habitação a preço de custo;
- c) criação de estabelecimentos industriais e agrícolas com duplo objetivo: produzir direta e economicamente tudo o que fosse indispensável às

necessidades dos trabalhadores, e assegurar trabalho aos operários desempregados ou que percebiam baixos salários;

- d) educação e luta contra o alcoolismo;
- e) comercialização (compra e venda) somente a dinheiro, para que os cooperados só assumissem compromissos dentro de suas possibilidades orçamentárias, e evitando o crédito, que considerava um "mal social"; e
- f) cooperação integral.

Os estatutos da sociedade dos Pioneiros de Rochdale, com seus princípios, normas e estrutura organizacional, passaram a ser os Fundamentos Doutrinários do Cooperativismo, que são: livre adesão e demissão dos sócios; direito de um voto por associado (um homem - um voto); juros limitados ao capital; distribuição das sobras (lucros) proporcional à operação; fundo de reserva para aumento do capital, e fundo de reserva para desenvolvimento da educação.

Estimulados pela necessidade de estabelecer diretrizes que firmassem os princípios cooperativos, os pioneiros representaram um papel decisivo na formação do conceito de cooperativismo. No entanto, as mudanças sociais e econômicas que marcaram as décadas seguintes sugeriram a reformulação de tais princípios.

### **2.2.2 A Criação da ACI e a reformulação dos princípios cooperativos**

// Segundo SINGER (1997:67), a ACI – Aliança Cooperativa Internacional foi fundada em 1895, por iniciativa de líderes cooperativistas ingleses, franceses e alemães, com o objetivo de criar um órgão representativo mundial, que intensificasse o intercâmbio entre as cooperativas dos diversos países, nos campos doutrinário, educativo e técnico.

A fundação da ACI foi precedida por intensos debates entre duas correntes: a da *Hegemonia do Produtor*, que pregava a transformação social por intermédio das cooperativas de produção, que seria o instrumento de libertação do trabalhador assalariado, com a participação dos funcionários nos lucros das empresas e a da *Hegemonia do Consumidor*, que pregava a transformação social pela organização das

cooperativas de consumo, pois entendiam que todas as pessoas são consumidoras e nem todas são trabalhadoras, por isso as cooperativas de consumo são mais universais nos objetivos que defendem, e, portanto, atenderiam aos interesses de todas as pessoas.

De acordo com SCHNEIDER (1991:134), a influência de *Charles Gide* foi decisiva para que a ACI acatasse a "Hegemonia do Consumidor" (que é a vitória da produção cooperativada de consumidores, com retorno proporcional às operações) em detrimento da "Emancipação do produtor" ou produção de trabalhadores cooperativados, em retorno ao trabalho. Pois, segundo ele, as cooperativas de produção, apoiadas pelas cooperativas de crédito, pleiteavam apenas a reconciliação entre o capital e o trabalho, gerando a paz social, defendendo somente os interesses dos pequenos produtores da ameaça de se tornarem assalariados.

PINHO (1986: 48) menciona que os princípios de Rochdale de 1844 só foram recomendados como critérios para filiação à ACI a partir do décimo Congresso da ACI em Basileia, em 1921, com a seguinte redação: adesão livre (porta aberta); controle democrático; retorno dos dividendos sobre as compras; juros limitados ao capital; transações à vista; neutralidade política e religiosa; revolução social; comércio verdadeiro; comércio exclusivo com membros; adesão voluntária; espírito de serviços; e cooperação entre cooperativas.

No entanto, ressalta a necessidade da constante revisão dos princípios do cooperativismo, uma vez que as relações econômicas e sociais são complexas e estão em constante evolução. Neste sentido, apresenta as três reformulações dos princípios cooperativistas ocorridos.

#### *a) A primeira reformulação dos princípios cooperativistas*

No 13º Congresso da ACI de Viena (1930) iniciou-se a primeira revisão dos princípios de Rochdale, sob o enfoque de que a situação econômica da época já não era a mesma de 1844.

Porém, somente no 15º Congresso da ACI, realizado em Paris em 1937, foi aprovada a atualização dos princípios cooperativistas, divididos em duas categorias, da seguinte forma: 1)Princípios Essenciais como condição de adesão à ACI - adesão

aberta; controle ou gestão democrática; distribuição das sobras (ou excedentes) *pro-rata* das transações e juros limitados ao capital. 2) Métodos Essenciais de ação e organização - neutralidade política e religiosa; compras e vendas à vista, e promoção da educação.

PINHO (1986:102) explicita que a exclusão dos princípios de educação cooperativa e neutralidade política e religiosa como condição essencial de filiação à ACI pode ser considerada como uma manobra política, pois, na Inglaterra, na Bélgica e em outros países, as cooperativas estavam estreitamente vinculadas às teses e às atividades dos partidos socialistas, ou contavam com um partido cooperativista. Na Itália fascista (1922) e na Alemanha nazista (1933), o cooperativismo de consumo sofreu a interferência do Estado ou do partido, perdendo sua liberdade e autonomia. Em tais países as cooperativas se transformaram em meras repartições estatais de consumo e abastecimento, interferência que provocaria o imediato desligamento do cooperativismo desses países da ACI.

#### *b) A segunda reformulação dos princípios cooperativistas*

No período de 1930-60, principalmente logo após a Segunda Guerra Mundial, de acordo com PINHO (1986:132), iniciou-se um período de grandes transformações com profundas mudanças econômicas e tecnológicas, com uma crescente automação das indústrias e progressiva opção por economias de escala, resultando em empresas multinacionais gigantescas. Outra característica desse período foi o envolvimento do poder público na economia e na sociedade, com a criação e o fortalecimento de complexas empresas estatais, que junto com as grandes empresas capitalistas geraram situações de monopólio, sufocando as pequenas e médias empresas e tornando a sociedade cada vez mais dependente e explorada pelos seus interesses.

Tais transformações afetaram as cooperativas, obrigando-as a se modificar de pequenas associações em empresas cooperativas administrativamente complexas, com grandes parques industriais como resposta necessária aos desafios da concorrência.

No 22º Congresso da ACI, em 1963 (Bournemouth - Inglaterra), os líderes cooperativistas começaram a questionar como se aplicariam os princípios

cooperativistas à nova realidade econômico-política da época. Por isso foi instituída uma comissão especial, para examinar a aplicabilidade dos princípios cooperativistas nas diversas partes do mundo e em diferentes sistemas econômicos.

No Congresso da ACI de 1966, em Viena, os princípios cooperativistas foram aprovados com a seguinte redação: adesão livre (inclusive neutralidade política, religiosa, racial e social); gestão democrática; distribuição das sobras: ao desenvolvimento da cooperativa; aos serviços comuns; aos associados *pro rata* das operações; taxa limitada de juros ao capital social; constituição de um fundo para educação dos cooperados e do público em geral; ativa cooperação entre as cooperativas, em plano local, nacional e internacional.

Percebe-se, comparando-se as duas reformulações propostas, que os ideais cooperativos visavam sobretudo uma distribuição justa do capital e valorizavam a participação ativa de todos os cooperados.

### *c) A terceira reformulação dos princípios cooperativistas*

Iniciada no ano de 1988, a revisão mais recente terminou em setembro de 1995, no Congresso Centenário de ACI em Manchester. Essa revisão, segundo PINHO (1982:157), foi completamente diferente das primeiras, pois foi convocada para examinar as mais profundas questões de identidade cooperativa, pois o crescimento quantitativo e empresarial das cooperativas fez com que os valores básicos do cooperativismo fossem substituídos pela eficiência econômico-administrativa e pela necessidade de encontrar respostas eficazes ao crescente desafio de um mercado extremamente competitivo e monopolista, devido à formação de grandes empresas multinacionais.

A nova redação dos princípios cooperativos, aprovada pela ACI, preocupou-se em dar uma definição formal e internacional do que seja uma cooperativa.

A definição da Aliança Cooperativa Internacional identifica claramente as características principais de toda organização cooperativa, e pode ser utilizada por qualquer tipo de cooperativa em qualquer setor ou país. Eis a definição de cooperativa dada pela ACI em 1995, de acordo com PINHO (1986: 26):

Uma associação autônoma de pessoas que se unem voluntariamente para satisfazer suas necessidades comuns, através de uma empresa de negócios da qual possuem a propriedade em conjunto e a controlam democraticamente, pelos seguintes princípios: 1) adesão voluntária e livre; 2) gestão democrática pelos membros; 3) participação econômica dos membros; 4) autonomia e independência; 5) educação, formação e informação; 6) intercooperação; 7) interesse pela comunidade.

Verifica-se que os princípios que regem uma organização cooperativa, de acordo com o exposto, pressupõem uma gestão compartilhada de negócios, de modo a contemplar todos os valores que tornam possível a qualidade de seus produtos. A democracia é sugerida em instância máxima, uma vez que uma associação cooperativa somente poderá ser forte quando todos seus integrantes exercerem seus direitos e cumprirem seus deveres seguindo os mesmos parâmetros.

### **2.2.3 Dimensão internacional do atual movimento cooperativista**

De acordo com dados da ACI (1995:68), um total de 800 milhões de homens e mulheres são, atualmente, membros associados de empresas cooperativas, com mais de 100 milhões de pessoas empregadas pelo sistema cooperativista.

As empresas cooperativas possuem uma significativa importância na economia global, não só pela quantidade de membros e empregados, mas pelo número de famílias que indiretamente são beneficiadas por empresas cooperativas, que são aproximadamente três bilhões de pessoas, ou seja, a metade da população mundial.

Em muitos países, o número de membros das cooperativas é equivalente à maioria da população adulta. Dados da ACI revelam que o número dos associados em cooperativas está na proporção de 70% a 79% na Áustria, Canadá, Chipre, Finlândia, Israel e Uruguai; de 61% na França; entre 50% e 59% na Bélgica e na Noruega; e entre 40% e 49% na Dinamarca, na Índia, no Japão, na Malásia, em Portugal, no Sri Lanka e nos EUA.

Economicamente, de acordo com a ACI (1995:160), o movimento cooperativista é também significativo. Por exemplo, em 1993, as cooperativas da Suécia em conjunto movimentaram em torno de US\$ 20 bilhões ou 8% do PIB. Em outra economia de mercado as ações cooperativistas são bem mais representativas. Na região Basca da

Espanha, em 1989 as ações cooperativas representam 15% do PIB regional. Em muitos países em desenvolvimento que exportam produtos *in natura*, as ações cooperativas caíram em torno de 10% a 20% do PIB.

As empresas cooperativas operam quase em todas as áreas da economia de quase todos os países, quer seja com ou sem significativa importância em determinadas áreas. Por exemplo, em 1993, na União Européia, Áustria, Finlândia e Suécia, a produção cooperativa representou 55% da produção agrícola. No Japão, 95% da produção de arroz e 90% do pescado. Na Índia as cooperativas possuem 6 milhões de membros associados em cooperativas de laticínios, onde 43% do crédito agrícola provêm das poupanças ou cooperativas de crédito e bancos cooperativos e 65% da produção de açúcar vêm da produção cooperativada. Em 1992, na Suíça e Dinamarca, 34% das vendas de alimentos foram efetuadas pelas cooperativas, também em 1992, os bancos cooperativos registram 17% do mercado de seguros; em 1993, as cooperativas de empresas de seguros registraram 20% do mercado. Por fim, em 1992, os membros das cooperativas de créditos e seguros representavam em torno de 35 % e 45% da população adulta da Austrália, Canadá, Irlanda e Estados Unidos.

Nos Estados Unidos, de acordo com GRASSI e CANZIANI (1996:102), os principais produtos consumidos nas refeições como: laranja, suco de laranja, manteiga ou margarina, amêndoas, presunto e peru são produzidos por cooperativas rurais. As cooperativas norte-americanas comercializam em torno de 30% de todos os produtos agrícolas dos EUA.

Ainda, segundo GRASSI e CANZIANI (1996:117), 41 das 500 maiores empresas norte-americanas são cooperativas, das quais 21 são agrícolas, cujas 100 maiores (agrícolas e não-agrícolas) empregam mais de 750 mil pessoas, e geram receitas superiores a 87 bilhões de dólares.

Denota-se do exposto que a movimentação comercial em torno de cooperativas apresenta-se em fase de crescimento e envolve principalmente a área agrícola. Nos demais segmentos da economia, o cooperativismo também se revela um método eficaz de contornar a instabilidade do sistema econômico do país e sugere amplas possibilidades de expansão.

## 2.2 4 O Desenvolvimento do cooperativismo no Brasil

Embora alguns estudiosos atribuam a origem do cooperativismo brasileiro a algumas formas de mutirão (*morirô*, *murixon*, em tupi), apenas a experiência trazida pelos imigrantes europeus é que, de fato, impulsionou a disseminação de cooperativas no país. IRION (1997: 43) afirma que há indícios de que a experiência cooperativista teve início no Brasil no final do século XIX, em áreas rurais.

Contudo, o estabelecimento efetivo das cooperativas brasileiras sempre esteve condicionado à legislação que regulamenta o associativismo. As primeiras cooperativas amparadas por lei foram fundadas em 1890, no governo do Marechal Deodoro. Entre outras, destacaram-se a Sociedade Cooperativa Militar, a Cia. Cooperativista de Comestíveis e a Cooperativa de Consumo Doméstico e Agrícola, das quais não se tem maiores notícias.

MAGALHÃES (1991: 77) menciona que, embora a Constituição de 1891, a primeira da República, não tenha ditado regras específicas sobre o sindicalismo ou o cooperativismo, assegurou, através do parágrafo oitavo do artigo 72, o direito de associação, permitindo aos trabalhadores organizarem-se em sindicatos e cooperativas.

Explica que, ao abrigo do direito de associação e sem nenhuma legislação específica societária que bem caracterizasse a sua natureza jurídica, começam a ocorrer as seguintes constituições:

1891 – Associação Cooperativa dos Empregados da Cia. Telefônica, Limeira/SP;

1894 – Cooperativa Militar de Consumo, Rio de Janeiro/GB (atual RJ);

1895 – Cooperativa de Consumo de Camaragibe/PE;

1895 - 1900 – Corporação dos Operários de Camaragibe/PE; e

1897 – Cooperativa dos Empregados da Cia. Paulista de Campinas/SP.

Neste sentido, IRION (1992:34) cita que, em 1902, o jesuíta Teodoro Arnstad fundou algumas cooperativas no sul do País:

A primeira cooperativa de crédito foi fundada pelo padre Arnstad na localidade de Linha Imperial, no município de Nova Petrópolis (RS), e ainda hoje está operando, sendo, por isso, considerada



o marco inicial do Cooperativismo no Brasil. A sede da cooperativa foi conservada, abrigando, hoje, um museu cooperativista.

Na mesma época, surgiram cooperativas de crédito na Bahia e em Pernambuco, mas não sobreviveram por muito tempo. Em 1907, foi promulgado o Decreto nº 1 637, que definiu mais claramente o perfil institucional de sindicatos profissionais e sociedades cooperativas, distinguindo a natureza jurídica entre as duas espécies de associativismo. Porém, somente no início dos anos 30 a legislação brasileira regulamentou a organização de cooperativas.

A primeira lei orgânica das sociedades cooperativas foi estabelecida com a promulgação do Decreto Federal nº 22.239, de 19 de dezembro de 1932. Esse decreto criou condições para o desenvolvimento de expressivo número de cooperativas, normatizando seu verdadeiro caráter jurídico. Com ele, eliminaram-se as dúvidas legais entre as cooperativas e associações sem fins lucrativos e entre cooperativas e sociedades anônimas.

Em São Paulo, PINHO (1986:108) cita que surgiram, nessa época, a Cooperativa Agrícola de Cotia (CAC) e a Cooperativa Central Agrícola, entre outras. Em 1933, foi instituído no Estado o Departamento de Assistência ao Cooperativismo, depois denominado Instituto de Cooperativismo e Associativismo. A primeira estatística oficial do departamento, publicada em 1935, indicou que somente 49 das 74 cooperativas registradas entre 1891 e 1933 encontravam-se em atividade. Durante esse mesmo período, várias cooperativas foram também implantadas em Minas Gerais, no Paraná e em alguns estados do Norte e do Nordeste.

As chamadas *cooperativas agrícolas mistas* constituíram o tipo mais comum estabelecido no Brasil. Essa modalidade baseia-se na prestação de serviços de vendas em comum (cooperativas de comercialização agrícola ou de escoamento), de compras em comum, de beneficiamento, de padronização e de industrialização.

Mais tarde, conforme MAGALHÃES (1992:62), surgiram também cooperativas específicas, como as de café, as pesqueiras, as de banana, as de pecuária e outras, complementares às atividades de um determinado setor, como as de eletrificação rural.

O sucesso imediato das cooperativas agrícolas deveu-se à série de serviços prestados ao agricultor; de um lado, permitindo que ele barateasse o custo de sua produção, através do fornecimento de insumos feitos pela cooperativa a preços menores e da assistência técnica prestada por ela; de outro, a melhoria na remuneração da sua produção, através da

comercialização feita pela cooperativa, geralmente antecedida de beneficiamento, padronização e até, em alguns casos, da industrialização. Livraram-se, assim, os produtores agrários, da infinita gama de intermediários que se beneficiavam à custa de seu trabalho, tanto fornecedores de insumos como os comerciantes dos seus produtos, além, é claro, dos detentores das máquinas de padronização e beneficiamento. Essas funções passaram a ser exercidas pelos próprios agricultores reunidos em torno de suas cooperativas.

Em 4 de julho de 1964, foi constituída a Aliança Brasileira de Cooperativas (Abcoop) para ser porta-voz da comunidade cooperativista brasileira, recebendo o patrimônio físico e cultural, inclusive a Revista Arco-Íris, do Centro Nacional de Estudos Cooperativos (CNEC), fundado em 1949. MAGALHÃES (1992:63) afirma que:

O decênio foi fértil no espoucar de iniciativas do tipo formação de núcleos acadêmicos, também com a colaboração dos técnicos do órgão, a exemplo da Escola Livre de Cooperativismo de São Paulo, instituição complementar da Fundação Escola Álvares Penteado, do Instituto Brasileiro de Estudos do Cooperativismo e Desenvolvimento Econômico (Cecode), proposto junto à Cadeira de Economia Política e História das Doutrinas Econômicas da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo.

Entre 1959 e 1971, os benefícios fiscais concedidos às cooperativas foram, progressivamente, sendo diminuídos, face à reforma tributária de 1966/67. Essa reforma nivelou o regime de custos e despesas das cooperativas ao das sociedades em geral, enfraquecendo aquelas que sobreviveram do diferencial das cargas tributárias e acelerando o aspecto empresarial das remanescentes. Além disso, modificações no plano institucional condicionaram diversas modalidades de cooperativas às disposições específicas dos setores econômicos onde atuavam.

Assim, as cooperativas de crédito ficaram sujeitas ao Banco Central e ao Banco Nacional de Habitação; as de seguros privados, à Superintendência de Seguros Privados; as de mineração, ao Ministério de Minas e Energia; as de eletrificação rural, à Eletrobrás e à Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste; as de pesca, à Superintendência do Desenvolvimento da Pesca; as de reforma agrária, ao Instituto Nacional de Desenvolvimento Agrário e ao Instituto Brasileiro de Reforma Agrária.

Outras inovações afetaram as relações de trabalho e o sistema operacional das cooperativas, que passaram, como as demais empresas, a transferir parte de suas receitas para o governo, através do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e do Programa de Integração Social (PIS), além de contribuições para os sindicatos patronais. MAGALHÃES (1992:65) destaca que:

Essa época, entre 1966 e 1967, foi um momento difícil, de mudança de legislação. O número de cooperativas do País desceu de 6 000 para 3 000 e pouco. Entre 1932 e 1966, os governos tiveram interesse em desenvolver as cooperativas. A partir de 1966/1967, eles estavam interessados em recolher aquilo que as cooperativas lhes deviam. Aquelas que conseguiram sobreviver a essa grande triagem puderam se recompor.

Depois de várias reformulações, a atual legislação brasileira sobre Cooperativismo insere-se no Decreto nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Definindo a política nacional para o setor, esse decreto instituiu novo regime jurídico para as sociedades cooperativistas. Além disso, essa lei criou o Conselho Nacional de Cooperativismo, com a incumbência de formular a política dos vários órgãos governamentais vinculados ao sistema cooperativista, e reconheceu a existência da Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), consagrando-a como órgão consultivo do governo federal.

### **2.2.5 Tipos de Cooperativas**

Durante os últimos dois séculos, conforme Pinho (1986:125), cooperativas surgiram em quase todos os países, assumindo as diversas formas: de consumo, de comercialização e de produção.

#### *a) Cooperativas de consumo*

São empresas de propriedade de seus clientes, que lhes vendem bens ou serviços de qualidade comprovada a preços mínimos, pois não visam lucros. Hoje são importantes em setores que fornecem serviços de grande valor, a longo prazo, como as cooperativas de saúde, escolas cooperativas, cooperativas de crédito, de seguros, habitacionais etc.

#### *b) Cooperativas de comercialização*

São empresas formadas por pequenos ou médios produtores agrícolas, artesanais, coletores de refugos recicláveis, etc, que vendem a produção dos sócios e compram para eles equipamentos, matérias-primas, etc. Cooperativas agrícolas

freqüentemente criam indústrias de processamento de produtos agropecuários, acrescentando valor a eles.

*c) Cooperativas de produção*

São empresas de produção coletiva agropecuária, industrial ou de serviços, as quais apresentam-se como modalidades de cooperativas. Outra modalidade de cooperativas de produção são as chamadas 'cooperativas de trabalhadores' ou de 'serviços', que prestam serviços nas instalações e com os equipamentos dos clientes. São exemplos as cooperativas de manutenção de redes de energia elétrica e de telefonia, de manutenção e limpeza de edifícios, hospitais, etc., e de fornecimento de mão-de-obra para colheitas, para confecção de vestuário, calçados (faccionistas), etc.

No Brasil, a legislação define um mínimo de vinte pessoas já podem constituir uma cooperativa. Três cooperativas, no mínimo, de qualquer segmento, podem constituir uma central ou federação de cooperativas. A confederação de cooperativas é formada de, pelo menos, três federações. Todas as cooperativas centrais, federações e confederações devem filiar-se à respectiva Organização Estadual de Cooperativas, que é o órgão de representação política do sistema cooperativista em âmbito estadual.

A Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB - consiste na organização de todas as cooperativas do Brasil, sediada em Brasília, como órgão de representação nacional do cooperativismo. O governo criou o Departamento Nacional de Cooperativismo em Associativismo - DENACOOOP, também sediada em Brasília, ligado ao Ministério da Agricultura, do Abastecimento e da Reforma Agrária, para estimular e apoiar o movimento cooperativista. Em âmbito internacional foi criada a Organização das Cooperativas das Américas - OCA, sediada em Bogotá (Colômbia). Existe também a Aliança Cooperativa Internacional - ACI com sede em Genebra (Suíça).

Devido à expansão do cooperativismo brasileiro, em 1993, conforme PINHO (1986: 118), a Organização das Cooperativas Brasileiras modificou a nomenclatura dos segmentos do sistema Cooperativo Brasileiro, que passou a ter onze tipos distintos de cooperativas: agrícolas, de consumo, de crédito, educacionais, especiais, habitacionais, de mineração, de produção, de saúde, de serviço e de trabalho.

- a) Agrícola- é o mais conhecido pela sociedade brasileira, participando ativamente da organização e do desenvolvimento da agricultura, bem como das exportações, com expressiva representação na balança comercial e, ao mesmo tempo, abastece o mercado interno de produtos alimentícios. As cooperativas agropecuárias no Brasil são o segmento economicamente mais forte do cooperativismo.
- b) Consumo - este segmento é constituído por cooperativas de abastecimento. Estas podem ser abertas ou fechadas. As primeiras admitem qualquer pessoa que queira a elas se associar, enquanto as outras admitem apenas pessoas ligadas a uma empresa, sindicato ou profissão.
- c) Crédito - sendo um dos segmentos mais dinâmicos do cooperativismo no passado, as cooperativas de crédito buscaram, a partir da década de 80, ocupar seu espaço, apesar de todas as dificuldades que lhe são impostas.
- d) Educacional - constituído por cooperativas de alunos de escola agrícola e cooperativas de pais de alunos.
- e) Especial - constituído por cooperativas não plenamente autogestionadas, formadas por pessoas relativamente incapazes, necessitando de um curador ou tutor para seu funcionamento.
- f) Habitacional - sua existência nos moldes atuais - destinadas a construção, manutenção e administração de conjuntos habitacionais, é de fundamental importância para o país, que se ressentir de uma política habitacional eficiente.
- g) Mineração - este segmento foi criado pela OCB em 1993 para destacar as cooperativas de extração mineral.
- h) Produção - no Brasil, existem poucas cooperativas desse segmento, porém podem vir a ocupar um espaço significativo no mercado.
- i) Saúde - constituído por cooperativas de médicos, odontólogos, psicólogos e atividades afins, objetiva suprir a ineficiência estatal. O exemplo mais pujante desse segmento é o cooperativismo dos médicos, organizado pelo sistema Unimed, com cooperativas singulares nos municípios, federações nos estados e uma confederação em âmbito nacional.

- j) Serviço - constituído por cooperativas que têm como objetivo primordial prestar coletivamente um serviço de que o quadro social necessita, é representado pelas cooperativas de eletrificação.
- k) Trabalho - constituído por cooperativas de profissionais que prestam serviços a terceiros, ligados a uma determinada ocupação profissional, com a finalidade de melhorar a remuneração e as condições de trabalho, de forma autônoma.

Todas as modalidades de cooperativas mencionadas apontam para o objetivo primordial de organizar os diversos segmentos da sociedade, no intuito de melhorar os serviços prestados, obtendo, desta forma, a melhoria de qualidade através da mobilização e esforço coletivos.

### **2.2.6 Legislação e normas cooperativistas**

De acordo com BRAGA (1999:75), as primeiras cooperativas no Brasil datam do final do século passado, sendo o Rio Grande do Sul o Estado pioneiro com o trabalho do padre Theodore Amstead, criando as cooperativas de crédito, como a de Nova Petrópolis. Logo a seguir formam-se cooperativas em Pernambuco e Goiás e ramificam-se por todo o território brasileiro.

Em 06 de janeiro de 1903 surgiu a primeira lei cooperativista, o Decreto n.º 979, que facultava aos profissionais da agricultura e indústrias rurais a organização de sindicatos para defesa de seus interesses. A lei não era orgânica, figurando o cooperativismo misturado com o sindicalismo. Somente a 20 de junho de 1907 é que foi aprovado o Decreto nº 6.532, que regulamentava a execução do Decreto nº 979.

No ano de 1907, em 05 de janeiro, o Decreto nº 1.637 cria sindicatos profissionais e sociedades cooperativas, porém igualando as cooperativas às sociedades anônimas.

O cooperativismo rochdaleano incorpora-se à legislação cooperativista brasileira em 19 de dezembro de 1932, pelo Decreto nº 22.239, que reformou a disposição do Decreto Legislativo nº 1.637, de 06.01.1907. Em 10 de junho de 1934, o Decreto

22.239/32 é revogado pelo Decreto n.º 24.647, e revigorado a 01 de agosto de 1938, pelo Decreto nº 581. Em 1945 é novamente revigorado o Decreto nº 22.239, desta vez através do Decreto-lei n.º 8.401, de 19 de outubro.

A estrutura atual do cooperativismo brasileiro começou a ser definida com o Decreto-lei nº 59/66, que criou a Política Nacional de Cooperativismo e modificou as leis anteriores. Este decreto-lei foi regulamentado pelo Decreto nº 60.597/67, que instituiu o Conselho Nacional de Cooperativismo.

Na década de 60, segundo PINHO (1986:193), mesmo já regulamentado o cooperativismo não tinha a coesão necessária à defesa dos interesses comuns. Havia uma representação denominada UNASCO - União Nacional das Associações de Cooperativas, que, por divergências internas, chegou a uma divisão, surgindo outra entidade denominada ABCOOP - Aliança Brasileira de Cooperativas. A cisão fez com que o movimento cooperativista perdesse forças, e as cooperativas sofreram alterações na base de sustentação para qualquer ação política de representatividade junto ao governo.

Em 1969, o Ministério da Agricultura do Governo Médici iniciou um trabalho para a união das duas entidades (UNASCO E ABCOOP), que possibilitou à maioria das cooperativas brasileiras concluir que era necessário constituir uma entidade que reunisse todas as tendências. A proposta para a criação da OCB - Organização da Cooperativas Brasileiras nasceu durante o IV Congresso Brasileiro de Cooperativismo (Belo Horizonte, 1969), com a decisão de apelar o governo para a substituição da legislação cooperativista em vigor, de forma a incorporar os princípios aprovados em 1966 no congresso da Aliança Cooperativa Internacional - ACI, e a criação obrigatória, pelas cooperativas, de fundos de educação e de desenvolvimento, através da destinação do resultado das operações de crédito das entidades e de seus cooperados.

Após o consenso sobre a representatividade, segundo a OCESC (1996), o Congresso Nacional promulga a Lei 5.764/71, para definir a Política Nacional de Cooperativismo, instituir o regime jurídico das sociedades cooperativistas, juntamente com a oficialização do acompanhamento estatal sob a interveniência de órgãos criados para a coordenação e tutelação do Sistema Cooperativo.

A Lei 5.764/71 regulamenta a constituição e a organização do cooperativismo brasileiro da seguinte forma: a) para constituir uma cooperativa é necessário o mínimo de 20 pessoas, número com que será considerada cooperativa de primeiro grau (singular); podendo ser criada em qualquer segmento da atividade humana; b) na cooperativa singular, cada cooperado poderá votar e ser votado, tendo direito a um voto (independentemente do número de quota-parte que detiver), para eleger os membros do conselho de administração e do conselho fiscal; c) três ou mais cooperativas singulares podem constituir uma central ou uma federação de cooperativas, consideradas de segundo grau, situação em que cada cooperativa singular tem um voto, independente do capital integralizado, sendo também admitido o voto proporcional; d) do mesmo modo, três ou mais cooperativas de segundo grau podem constituir uma confederação, isto é, uma cooperativa de terceiro grau; e) todas as cooperativas singulares, centrais, federações e confederações tem um voto para eleger a diretoria e conselho fiscal da OCE - Organização das Cooperativas do Estado, admitindo-se o voto proporcional. Essa organização congrega e representa todos os segmentos do cooperativismo no seu Estado e presta serviços às filiadas, conforme os interesses e as necessidades das mesma; f) cada organização das cooperativas de cada Estado - OCE tem um voto na eleição da diretoria e do conselho fiscal da OCB.

O Quadro 2 evidencia a influência dos princípios de Rochdale na legislação cooperativista brasileira, através da comparação entre a definição de cooperativa e a indicação de suas características através dos dispositivos legais que regulamentam o movimento cooperativista.

Assim, com base na lei 5.764/71, em seu artigo 4º; no Decreto 22.239/32 e Decreto-Lei 59/66, em seu artigo 3º, pode-se efetuar a análise comparativa entre as definições estabelecidas para cooperativa e suas características básicas.



## QUADRO 2- Comparação da Legislação Cooperativista no Brasil

LEI 5.764/71 - ART. 4º	DECRETO 22.239/32	DECRETO LEI 59/66 - ART.3º
<p><b>Definição de Cooperativa</b> Sociedade de pessoas, de natureza civil Forma e natureza jurídica próprias Sem finalidade lucrativa</p> <p><b>Características</b> Adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços, Variabilidade do capital social, representado por quotas-partes; Limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de critérios de proporcionalidade; Insensibilidade das quotas-partes do capital a terceiros estranho à sociedade; Singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade; "quorum" para funcionamento e deliberação da Assembléia Geral baseado no número de associados e não no capital; Retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral; Indivisibilidade dos fundos de Reserva e de Assistência Técnica, Educacional e Social; Neutralidade política e indiscriminação religiosa, racial, social; Prestação de assistência aos associados, e, quando prevista nos estatutos aos empregados da cooperativa; área de admissão de associados limitada às possibilidade de reunião, controle, operações e prestação de serviços.</p>	<p><b>Definição de Cooperativa</b> Sociedade de pessoas de natureza civil ou mercantil Forma jurídica "sui generis" Sem finalidade lucrativa</p> <p><b>Características</b> Variabilidade do capital social para aquelas que constituem com capital social declarado; Limitação do valor da soma de quotas-partes do capital-social que cada associado poderá possuir; Insensibilidade das quotas-partes do capital-social a terceiros estranhos à sociedade, ainda mesmo em "causa mortis"; Singularidade do voto nas deliberações (cada associado, um só voto); "quorum" para funcionamento e deliberar a assembléia geral, fundado no número de associados presentes à reunião e não no capital-social representado; Distribuição de lucros ou sobras proporcionalmente ao valor das operações efetuadas pelo associado com a sociedade; Indivisibilidade no fundo de reserva entre os associados, mesmo em caso da dissolução da sociedade; Área de ação circunscrita às possibilidades de reunião, controle e operações.</p>	<p><b>Definição de Cooperativa</b> Sociedade de pessoal de natureza civil; Forma jurídica própria; Sem finalidade lucrativa</p> <p><b>Características</b> Adesão voluntária com número limitado de associados, saldo havendo impossibilidade técnica de prestação de serviços; Variabilidade do capital social ou inexistência dele; Limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, observando o critério da proporcionalidade; Insensibilidade das quotas-partes de capital a terceiros estranhos à sociedade; Singularidade de voto; "quorum" para funcionar e deliberar em assembléia baseado no número de associados e não no capital; Retorno das sobras líquidas do exercício quando autorizado pela assembléia, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado com a sociedade; Indivisibilidade do fundo de reserva; Indiscriminação política, religiosa e racial; Área de ação limitada à sede e municípios circunvizinhos extensível ao município imediatamente seguinte se aí não se apresentarem condições técnicas para instalação de outra cooperativa.</p>

FONTE: PINHO (1986:145)

Percebe-se, quanto à definição de cooperativa, que os dispositivos legais apontam divergências em relação à forma jurídica, mas concordam quanto ao item essencial de uma cooperativa, que corresponde a uma atividade não lucrativa

Quanto às características apontadas pelos textos de lei expostos no quadro 2, percebe-se que a Lei 5.764/71 explicita de forma mais ampla a formação de uma cooperativa, através de parâmetros que permitem assegurar os princípios cooperativos, tais como a adesão voluntária, a insensibilidade das quotas-parte, e a singularidade do voto nas decisões tomadas pela cooperativa.

Na década de 80, iniciam-se estudos para o desenvolvimento mais eficiente do cooperativismo brasileiro, através da participação e integração entre associados, dirigentes e funcionários, sem a tutela do governo, com o Sistema Cooperativo sendo responsável pelo seu direcionamento e crescimento.

Segundo dados da OSESC (1996:17), a partir do 10º Congresso Brasileiro de Cooperativismo, realizado em março de 1988, inicia-se a defesa da "autogestão" junto ao Congresso Nacional, através da Frente Parlamentar Cooperativista, ficando a autogestão definitivamente assegurada pela Constituição de 1988.

Com o fim da intervenção estatal no funcionamento das cooperativas, os próprios associados e dirigentes passaram a assumir total responsabilidade pela gestão da empresa-cooperativa. Segundo a OSESC (1996:19), a autogestão é alicerçada em: educação, comunicação, organização, integração, autonomia, revisão (auditoria) e autocontrole.

A partir de então, de acordo com a OSESC (1996:33), as sociedades cooperativas, juntamente com os órgãos próprios de representação, confederação, federações e centrais, passam a constituir efetivamente o Sistema Cooperativo Brasileiro. Já sem a tutela governamental, e em decorrência do processo evolutivo do cooperativismo brasileiro, os gestores do cooperativismo elaboram um Projeto de Lei Cooperativista que está em tramite no Congresso Nacional desde 1989, cujo objetivo principal é a modernização do cooperativismo no seu aspecto legal bem como a consolidação da sua autogestão.

Em 1995, o cooperativismo de crédito, através da Resolução nº 2.193/95, do BACEN, obtém a tão almejada autorização para a constituição de bancos comerciais

com a participação exclusiva de cooperativas de crédito singulares (exceto as do tipo 'Luzzatti'), e centrais, bem como de federações e confederações de cooperativas de crédito".

Em 26 de março de 1996, o Banco Central do Brasil publica a Carta Patente nº 95.0053.5039, autorizando o funcionamento do 1º banco cooperativista estadual, criado no Estado do Rio Grande do Sul, que recebe a adesão das cooperativas de crédito do Paraná no mês de novembro de 1996.

Da análise da legislação pertinente ao movimento cooperativista no Brasil, depreende-se que foram sendo implementadas mudanças que possibilitassem a expansão dos ideais e princípios que regem o cooperativismo, de forma a contemplar as expectativas de cooperados através de normas cooperativas cujo objetivo é reger as disposições de empresas que adotam esta forma de organização.

## **2. 3 COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO**

Uma vez comprovada a eficácia do cooperativismo, os profissionais, especialmente os liberais, começaram a firmar cooperativas cada vez mais sólidas, buscando otimizar as condições de trabalho e propor alternativas cada vez mais viáveis para a economia brasileira. Neste cenário, surge o cooperativismo médico, fruto da necessidade de rever estratégias de atendimento à saúde no país.

### **2. 3. 1 O surgimento do cooperativismo médico no Brasil**

De acordo com BRAGA ( 1999:77) , em Santos (SP), a 18 de dezembro de 1967, um grupo de médicos, liderado pelo Dr. Edmundo Castilho, então presidente do Sindicato dos Médicos de Santos, sensível aos problemas gerados pela decadência da assistência médica oferecida pelo Estado e pela entrada em cena de uma nova e questionável forma de praticar o trabalho médico – a medicina de grupo –, percebe que a classe médica não poderia mais assistir, impassível, ao seu próprio sacrifício.

Os médicos buscavam, então, uma fórmula que unisse a valorização profissional e humana à justa remuneração e à responsabilidade social no exercício de suas atividades. Como resposta, idealizaram um novo modelo capaz de efetivar essas premissas: o cooperativismo de trabalho médico.

Praticamente inédito nos centros urbanos, o cooperativismo só tinha precedentes no meio rural. Transportada a idéia, sob os olhares desconfiados de vários grupos, o cooperativismo médico afinal implantou-se. Nascido do esforço e da dedicação daquele pequeno grupo, em pouco tempo, multiplicou-se, saindo de Santos para espalhar-se por todo o país.

Sob uma ótica simplista, a história da Unimed assemelha-se a muitas outras histórias pioneiras de empresas ou instituições: o inconformismo que impulsiona a mudança de postura, o início difícil, o crescimento, a plenitude. Porém, há algo de diferente nessa história que a coloca no centro de uma discussão muito mais ampla: a problemática da assistência médica no Brasil.

Ao contrário das empresas de medicina de grupo, a Unimed não é considerada, por boa parte da classe médica, apenas mais um campo de trabalho. Sua atuação a coloca lado a lado com instituições representativas, dividindo com elas a responsabilidade de nortear os princípios éticos e as questões trabalhistas da prática médica.

De acordo com o Dr. Nelson Guimarães Proença, apud Unimed do Brasil (1992:103) que já exerceu por duas vezes a presidência da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Associação Paulista de Medicina (APM), existem várias entidades representativas dos médicos:

A Associação Médica Brasileira, com suas federadas estabelecidas nos Estados, entre as quais a Associação Paulista de Medicina. É uma associação voltada para o universo dos médicos e representante desses médicos no conjunto de suas preocupações. Vincula-se à parte científica, tendo como objetivo a defesa profissional, a prestação de serviços e o lazer aos médicos;

O Conselho Federal de Medicina com seus conselhos regionais, que estão sempre vigilantes em relação ao exercício da profissão. Seu compromisso é defender a prática da medicina de alto padrão para a população. A vigilância é feita a fim de que não ocorram deslizes no exercício profissional que, de alguma forma, venham a ferir a ética com que o médico deve se conduzir;

Como o médico se tornou cada vez mais dependente de um, ou mais empregos, e passou a ser um assalariado, era preciso que existisse um sindicato forte para representá-lo diante dessa nova realidade. Assim, o sindicato passou a ter um papel importante na defesa dos interesses dos médicos que se empregam.

A Confederação das Unimeds, que reúne as Federações, que, por sua vez, reúnem as singulares existentes em cada região, representa a única opção ética de trabalho, dentro do contexto da assistência médica privada.

Para que se compreenda o que faz da Unimed uma instituição tão especial, torna-se necessário recuperar a trajetória de luta que vem sendo travada entre a classe médica, o Estado e a sociedade, no sentido de atender às necessidades da maioria da população brasileira.

Essa luta, conforme BRAGA(1999:79), teve início no Brasil contemporâneo no primeiro ano da República, com o Decreto nº 10 269, de 1889, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões para os operários da Imprensa Nacional. Em 1923, esse decreto tornou-se extensivo aos trabalhadores de outras empresas, através da Lei Eloy Chaves. E, a partir de 1926, foi gradualmente ampliando sua abrangência até estender-se para vários trabalhadores em todo o País.

As caixas de aposentadoria foram a primeira versão de previdência social instaurada no Brasil, mostrando ao médico um novo espectro até então por ele desconhecido: a remuneração fixa mensal.

Em 1933, os institutos de aposentadoria e pensões englobaram as caixas, segundo grupos profissionais. Foi criado um instituto para os bancários, um para os comerciários, e assim por diante. Os institutos tinham duplo objetivo: garantir benefícios, como a aposentadoria, e assegurar a assistência médica.

Esse esquema, aceitável em tese, gerou, na prática, sérios problemas. Os trabalhadores de renda maior, como os bancários, tinham institutos organizados e bem equipados. Tanto para os trabalhadores como para os médicos, o IAPB – como era chamado – significava um grande benefício. A população recebia um atendimento de qualidade, gratuitamente, e o médico era bem remunerado. PROENÇA (1992:6) afirma que "os bancários acabaram tendo institutos mais organizados, mais bem equipados, com ambulatórios mais funcionais(...). E eram mais exigentes na contratação de médicos. O IAPB era uma verdadeira universidade!"

Em contraposição, ainda de acordo com PROENÇA (1992:8), o Instituto dos Industriários (IAPI), que atendia a uma massa trabalhadora mais diversificada, com média salarial inferior, não dispunha de estruturas adequadas.

Em 1965 já havia uma nítida diferença entre o padrão assistencial oferecido aos bancários e o oferecido aos industriários. Os bancários, por exemplo, já haviam deixado de usar consultórios particulares e usavam exclusivamente os de seu instituto, que era de altíssimo nível.

Frente a essa grande desigualdade, os IAP foram unificados em 1966, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Criado com o objetivo de equiparar a assistência médica prestada a todos os trabalhadores. O INPS, entretanto, fez um nivelamento “por baixo”, isto é, não melhorou o nível de assistência aos industriários, mas piorou muito o nível de assistência aos bancários e comerciários. AGA (1991:56) afirma que: "Antes da criação da Unimed, existiam sindicatos – o Sindicato dos Bancários e o Sindicato Patronal do INPS. O presidente Castelo Branco, em 1966, unificou todos na Previdência Social, no famigerado INPS. Como a unificação prejudicou 95% da população, começaram as filas. (...) Por esse motivo, foi criada a Unimed."

Em 1983, essa situação se repetiu. Os trabalhadores do campo eram, desde 1968, atendidos pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural). O tipo de atendimento que recebiam era muito inferior ao prestado aos trabalhadores dos centros urbanos. PROENÇA (1992:10) menciona que, "nas enfermarias do Funrural eram colocadas de oito a quinze camas, tudo muito simples, humilde(...). Já nas enfermarias dos trabalhadores urbanos eram colocados duas ou, no máximo, três camas.."

Houve, então, nova tentativa de nivelamento e, mais uma vez, prevaleceram os piores serviços. Com a implantação do INAMPS, todos os trabalhadores, do campo ou da cidade, passaram a ter os mesmos direitos sobre a péssima assistência médica oferecida pelo estado. Mais tarde, as pessoas marginalizadas da economia formal também passaram a dispor desse “privilegio”. Em 1998, foi criado o Serviço Único de Saúde (SUS), com a finalidade de dar assistência a todos os brasileiros. PROENÇA (1992:16) ressalta que:

Ao fim desse caminho, feito com esse ótimo princípio de oferecer o que há de melhor a todos, nós chegamos ao ponto atual, oferecendo o que há de pior a todos. O povo brasileiro foi nivelado pelo mau atendimento, pelo desrespeito a sua condição de brasileiro e pela desorganização do sistema, sem pessoal adequado, sem equipamentos, sem instalações...

Paralelamente a essa degeneração do sistema de atendimento público, abriu-se espaço para o surgimento da chamada medicina de grupo, já que as camadas sociais com melhores condições financeiras exigiam outro tipo de atendimento.

Os médicos, por sua vez, tentavam resistir, apoiando-se no caráter liberal de sua profissão ou proletarizando-se pelas mãos do Estado e dos grupos empresariais. Esses grupos registravam grandes lucros sobre o “bom negócio” em que a assistência médica se transformava. Enquanto essas empresas lucravam sobre a necessidade das camadas privilegiadas, a grande maioria da população era entregue ao abandono, à miséria.

O inconformismo gerado por essa situação marcou a consciência dos médicos que vivenciaram o drama da saúde pública no Brasil. Neste sentido, Lima apud Unimed do Brasil (1992:136) cita que:

Como pediatra, eu convivi com a desgraça permanente da população infantil brasileira: a fome. Entre 1965 e 1970 eu trabalhei no serviço de gastroenterite da prefeitura de Belo Horizonte. A impressão que eu tinha era a de estar numa guerra, porque só me chegavam às mãos soldados feridos para morrer. Morria gente demais, como morre até hoje! E é isso que é a assistência médica no Brasil.

Na Guerra do Vietnã, morreram 50 000 soldados em cinco anos, e isso foi uma barbaridade. E aqui morrem 300 000 crianças por ano, antes de atingirem um ano de idade! Só que os de lá usavam fardas e os daqui usam fraldas. É uma covardia o que acontece neste País...

Essa indignação fez a classe médica se unir e lançar as bases do Cooperativismo médico, pois, até então, essa modalidade de cooperativismo não tinha precedentes históricos, exceto com várias distorções. Foi o caso da Argentina, à época de Perón, que instaurou uma espécie de sindicalismo médico cooperativista. Visando colocar a classe médica daquele País sob o domínio da política peronista, esse modelo, contudo, desapareceu com a derrocada do regime.

Com um discurso contemporâneo e atualizado, a proposta do Cooperativismo médico começa a disseminar-se em outros países, através do *know-how* da Unimed. Na Espanha e em vários países da América Latina já existem modelos baseados em sua proposta. A implantação definitiva de outras cooperativas no mundo será a consagração do Cooperativismo, como um dos mais viáveis modelos de assistência médica. CASTILHO (1992: 98) explicita que:

O nosso discurso foi atualizado, nós não paramos, nós evoluímos. Hoje eu vejo com muita clareza que não existe proposta melhor nem aqui, nem nos Estados Unidos, porque a crise da assistência médica não é um privilégio de Terceiro Mundo.

Os americanos estão buscando saídas e ainda não encontraram a saída cooperativista que nós temos hoje. Sem arroubos de megalomania ou delírios paranóicos, acho que vamos exportar *know-how* de medicina assistencial cooperativada para o Primeiro Mundo.

Nós já estamos exportando: na Espanha tem um modelo que, em parte, foi copiado da Unimed e, em vários locais da América Latina, já existem cópias da nossa proposta. Nós fomos pioneiros no mundo em Cooperativismo de trabalho médico...

Em decorrência das inúmeras controvérsias que o sistema de saúde provocou ao longo de décadas, fazia-se necessário interpor medidas que objetivassem solucionar o impasse da saúde pública no Brasil. Preocupados com a situação crítica e o quadro social do país revelado, profissionais de saúde debateram insistentemente o problema no intuito de solucionar o problema.

Após o surgimento do cooperativismo médico no Brasil, fez-se necessário incorporar novas formas de associação que efetivassem os princípios cooperativos. A criação do sistema Unimed, tema que será contemplado a seguir, corresponde à evolução do processo de implantação desta nova forma de associação.

### **2. 3.2 Criação do sistema Unimed**

BENATO (1987:45) revela que, "na passagem dos anos 60 para a década de 70, rápidas e profundas transformações na sociedade brasileira inauguraram um período de crescimento acelerado e modernização econômica, marcado por grandes desequilíbrios e contrastes sociais."

Colocando-se acima dos grupos sociais e das instituições políticas, o governo militar, instalado pelo golpe de 1964, lançou um ambicioso projeto de desenvolvimento do País. Sob uma política fortemente centralizadora e autoritária, o Brasil entrou num ciclo de extraordinário crescimento econômico-industrial, impulsionado pela total intervenção do Estado na sua vida econômica, política e social.

Através da administração direta (órgãos ministeriais), da administração indireta (autarquias) e das empresas públicas (bancos, indústrias, companhias agrícolas e outros), o Estado e sua forte burocracia civil-militar passaram a controlar quase tudo:



os impostos, o crédito, a poupança, os investimentos, os salários, a construção de moradias, os serviços de transportes, comunicações, saúde, etc.

Entre 1968 e 1973 – os anos do “milagre econômico brasileiro” –, a economia nacional alcançou índices de crescimento sem precedentes, estimulada pela expansão e diversificação das empresas estatais e pela aplicação de uma política econômica abertamente favorável ao grande capital nacional e à associação, cada vez maior, com o capital estrangeiro.

Apoiados pelos créditos subsidiados pelo governo, favorecidos por incentivos fiscais e protegidos pela política oficial de compressão salarial, os mais poderosos grupos empresariais brasileiros passaram a investir maciçamente na indústria de transformação e de bens duráveis, na agropecuária de exportação, na extração mineral, no comércio e no mercado financeiro. Contribuiu para esse crescimento o estímulo às fusões de empresas nacionais e às associações com empresas multinacionais, gerando grande concentração de capital e formação de oligopólios, que passaram a dominar áreas estratégicas do mercado brasileiro.

Da mesma forma, o setor terciário – comércio, bancos, serviços e infra-estrutura – cresceu, diversificou-se e concentrou-se. Supermercados, *shopping-centers* e poderosas organizações passaram a controlar diversas áreas de prestação de serviços, como o transporte, a educação, a saúde e as comunicações, sob os auspícios do governo.

As empresas estrangeiras, por sua vez, puderam consolidar sua presença no Brasil, assumindo o controle de importantes setores industriais (veículos, remédios, peças, plásticos, equipamentos e insumos agrícolas) e de mineração (ferro, manganês, cassiterita, alumínio, cobre, bauxita, nióbio, tório e outros).

Contudo, de acordo com BENATO (1987:58), a grande disponibilidade de capitais no mercado externo e as facilidades concedidas ao seu ingresso no país estimularam muito mais a entrada maciça de capitais estrangeiros na forma de empréstimos – cerca de 11 bilhões de dólares, apenas nos anos de 1973 e 1974 – do que de investimentos diretos.

O apoio do governo ao grande capital nacional e estrangeiro era complementado por uma rígida política de controle salarial. Enquanto o PIB (Produto Interno Bruto)

crescia rapidamente, o salário mínimo e os salários dos trabalhadores de média especialidade perdiam seu valor real e não recuperavam as perdas anteriores.

VIEIRA (1995:73) afirma que "o governo militar justificava o 'arrocho salarial' alegando que se tratava de um instrumento de controle da inflação, mas que só era garantido pela repressão aos sindicatos e pela proibição das greves."

As críticas de parcelas descontentes do empresariado nacional e as reações dos trabalhadores eram massacradas com a extinção de partidos políticos, a cassação de mandatos parlamentares, a censura à imprensa e a repressão política e policial aos movimentos organizados pela sociedade civil.

Grande parte do povo brasileiro mergulhou na euforia que a propaganda do governo militar espalhava pelo país, anestesiano o pensamento e a cultura popular. Enquanto isso, nos grandes centros urbanos do Sudeste e do Sul e nas áreas rurais esquecidas do Norte e do Nordeste, a miséria, a desnutrição, a precariedade dos serviços públicos de educação, saúde e saneamento atingiram a maioria dos brasileiros.

Em meio a esse cenário, de acordo com dados fornecidos pela UNIMED do Brasil (1992: 134), marcado por profundos contrastes sociais, nasceu a Unimed. Fruto da iniciativa de profissionais conscientes da importância de seu papel na melhoria de qualidade de vida da população, no atendimento à uma necessidade básica na vida do ser humano - a assistência à saúde - consolidou-se como uma entidade que vem assumindo papel preponderante no crescimento social dos inúmeros municípios em que existem unidades da Unimed.

A busca de propostas alternativas que garantissem melhores condições de atendimento à população e a procura da dignidade e da valorização profissional levaram médicos idealistas a alterar os rumos da história. Inconformados com o futuro que lhes era imposto, um grupo de pioneiros, pertencente ao Sindicato dos Médicos de Santos, São Paulo, optou por tomar nas próprias mãos a tarefa de modificar os caminhos traçados.

Fazendo a utopia fincar os pés no chão sem retirar-lhe a cabeça do mundo dos sonhos, a Unimed transformou-se na prova viva de que os ideais bem administrados podem concretizar-se sem que, para isso, deixem de ser ideais.

### 3 INSTRUMENTOS PARA ANÁLISE DO EQUILÍBRIO FINANCEIRO DE COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO

Neste capítulo, apresenta-se a fundamentação teórica de instrumentos que possibilitam analisar o equilíbrio financeiro de uma empresa. Neste sentido, primeiramente faz-se uma incursão teórica no sistema integrado de informações gerenciais. Na seqüência aborda-se os principais índices para análise das demonstrações contábeis. Por fim, contempla-se modelos de previsão de insolvência.

#### 3.1 SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS

Antes de buscar a definição de um sistema integrado de informações gerenciais, é preciso entender o significado de sistemas de informações gerenciais. Neste sentido, ABREU (1999:13) cita que:

um sistema de informações gerenciais (SIG) pode ser definido como o processo de transformação de dados em informações que são utilizadas na estrutura decisória da empresa e que proporcionam a sustentação administrativa, visando a otimização dos resultados esperados. Um sistema de informações pode também ser tecnicamente definido como um conjunto de procedimentos que coletam (ou recuperam), processam, armazenam e disseminam informações para o suporte na tomada de decisões, coordenação, análise, visualização da organização e controle gerencial.

De acordo com CRUZ (2000:54), por sistemas de informações gerenciais pode-se entender "o conjunto de tecnologias que disponibiliza os meios necessários à operação do processo decisório em qualquer organização por meio do processamento dos dados disponíveis."

O entendimento de sistemas de informações passa pela definição de seus elementos, mais especificamente dados e informações. ABREU (1999:14), cita que "dado é qualquer elemento identificado em sua forma bruta que por si só não conduz a uma compreensão de determinado fato ou situação. Informação é o dado trabalhado que permite ao executivo tomar decisões."

Nesta mesma perspectiva, LAUDON e LAUDON (1999:10) afirmam que:

Os dados podem ser considerados os fatos brutos, o fluxo infinito de coisas que estão acontecendo agora e que aconteceram no passado.

Definiremos informação como o conjunto de dados aos quais seres humanos deram forma para torná-los significativos e úteis. Conhecimento é o conjunto de ferramentas conceituais e categorias usadas pelos seres humanos para criar, colecionar, armazenar e compartilhar a informação. O conhecimento pode ser armazenado como um artefato em sua biblioteca - como um livro, por exemplo, ou um programa de computador como um conjunto de instruções que dá forma a uma seqüência de dados que sem ele não teria sentido.

Assim, evidencia-se a importância da análise de dados e informações para a obtenção de um sistema de informações integrado, que permita estabelecer a real situação de uma empresa. Ao transformar os dados obtidos em informações, deve-se levar em consideração as múltiplas possibilidades de reorganização dos mesmos, para otimizar a tomada de decisões gerenciais.

A importância atribuída ao sistema de informações gerenciais, através das definições apresentadas, coaduna-se com o objetivo geral proposto quando da elaboração do trabalho, na busca de um modelo de remuneração dos serviços médicos, visando assegurar o equilíbrio financeiro da empresa Unimed de Londrina/PR. Além disso, o sistema de informações gerenciais proporciona a sustentação operacional de qualquer organização.

Para que as empresas possam usufruir as vantagens básicas do sistema de informações gerenciais, é necessário que alguns aspectos sejam observados. Entre estes podem ser citados: o envolvimento da alta e média gerência; a competência das pessoas envolvidas com o SIG; o uso de um plano mestre; a atenção específica ao fator humano; a habilidade dos executivos em identificar as necessidades de informações, e em tomar decisões com base em informações; o apoio global dos vários planejamentos da empresa; o apoio organizacional de adequada estrutura organizacional e das normas e procedimentos inerentes ao sistema; o conhecimento e confiança no SIG; a existência de dados/informações relevantes e atualizados; a adequada relação custo-benefício.

Os sistemas integrados de informações gerenciais constituem um conjunto de ações voltadas para a sustentação administrativa da empresa, a fim de otimizar os resultados esperados. Desta forma, transcende o mero procedimento de

processamento de informações e passa a ser uma orientação segura para a tomada de decisões gerenciais.

Assim, os sistemas de informações gerenciais devem ser construídos, com vistas à integração, levando-se em conta os seguintes fatores: o *nível* da organização na qual o sistema reside; a *estrutura* da organização: hierarquia, especialização, procedimentos formais; os *sentimentos* e *atitudes* de trabalhadores que irão usar o sistema; o suporte e entendimento da *alta gerência*; os *tipos de tarefas e decisões* que o sistema é projetado para assistir; a *história da organização*: investimentos passados em tecnologia da informação, programas importantes, recursos humanos, histórias de sucesso e fracasso na implantação de sistemas; e o *meio ambiente* no qual a organização deve operar/opera.

Neste sentido, o sistema integrado de informações gerenciais constitui importante instrumento para análise do equilíbrio financeiro de cooperativas de trabalho médico. A seguir serão indicados os dispositivos das demonstrações contábeis que também referendam a análise do equilíbrio financeiro de uma empresa.

## 3.2 ANÁLISE DAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS

Para proceder à análise das demonstrações contábeis de uma empresa, é necessário reconhecer as finalidades das mesmas e os índices que permitem verificar sua situação financeira. Desse modo, nesta seção, contempla-se as finalidades das demonstrações contábeis, os índices de estrutura, os índices de liquidez, os índices de rentabilidade e os índices de atividade.

### 3.2.1 Finalidades

A análise por meio de índices financeiros, segundo GITMAN (1997:102), é usada para comparar o desempenho e a situação de uma empresa com outras empresas, ou consigo mesma ao longo do tempo.

Segundo SILVA (1996:208), os índices financeiros são "relações entre contas ou grupos de contas das demonstrações financeiras, que têm por objetivo fornecer informações que não são fáceis de serem visualizadas de forma direta nas demonstrações financeiras."

Desta forma, a utilização dos índices financeiros justifica-se diante da necessidade de constante revisão da situação da empresa, diante da necessidade constante de avaliação do desempenho da empresa, diante de um quadro de instabilidade que perpassa a estrutura econômica brasileira. É primordial que o desempenho seja avaliado para assegurar a continuidade da empresa, num processo de gestão que privilegia a mudança e o aperfeiçoamento constantes.

A análise das demonstrações contábeis normalmente consubstancia-se do cálculo de diversos índices, a partir dos quais são realizadas inferências. Neste estudo, destaca-se, na seqüência, os índices de estrutura, liquidez, rentabilidade e atividade.

### **3.2.2 Índices de estrutura**

Segundo SILVA (1996:213), os índices de estrutura são aqueles "que relacionam a composição de capitais (próprios e de terceiros), que medem os níveis de imobilização de recursos e que buscam diversas relações na estrutura da dívida da empresa."

Estes índices estão diretamente ligados às decisões financeiras de financiamento e investimento. Os principais índices dessa natureza, encontrados na literatura, são: a) participação de capitais de terceiros; b) composição do endividamento; e c) imobilização do patrimônio líquido.

#### *a) Participação de capitais de terceiros*

Segundo SILVA (1996:213), o índice de participação de capitais de terceiros indica o percentual de capital de terceiros em relação ao patrimônio líquido, retratando a dependência da empresa em relação aos recursos externos.

Tal índice avalia o risco da empresa em captar capitais de terceiros. Analisado isoladamente, sua interpretação é no sentido de que quanto maior, pior, mantendo-se constante os demais fatores. Pode ser apurado a partir da seguinte fórmula:

$$PCT = \frac{PC + ELP}{PL} \times 100$$

Onde:

PC = passivo circulante

ELP = exigível a longo prazo

PL = patrimônio líquido

#### *b) Composição do endividamento*

Este índice permite analisar quanto da dívida total da empresa deverá ser a curto prazo, ou seja, analisa as obrigações a curto prazo comparadas com as obrigações totais. Evidenciando que quanto mais dívidas para pagar a curto prazo, maior será a pressão para a empresa gerar recursos para honrar seus compromissos. Pode ser apresentado por meio da seguinte fórmula:

$$CE = \frac{PC}{PC + ELP} \times 100$$

Onde:

PC = passivo circulante

ELP = exigível a longo prazo

Este índice evidencia o percentual da dívida total que vence a curto prazo, período esse inferior a um ano. A interpretação dos índices de composição do endividamento é no sentido de que quanto maior, pior, mantidos constantes os demais fatores.

c) *Imobilização do patrimônio líquido*

Também denominado de índice de imobilização do patrimônio líquido, refere-se a quanto do capital da empresa, ou seja, do capital próprio ou do patrimônio líquido foi aplicado em prédios, instalações e maquinários, ou seja, no ativo permanente.

$$IPL = \frac{AP}{PL} \times 100$$

Onde:

AP = ativo permanente

PL = patrimônio líquido

A interpretação de tal índice é no sentido de que quanto maior, pior, desde que se mantenham constantes os demais fatores.

O quadro 3 aponta o resumo dos índices de estrutura, a exposição de suas fórmulas e a conseqüente interpretação.

QUADRO 3 - Índices de estrutura

<b>Índice</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Interpretação</b>
Participação de capitais de terceiros	$PCT = \frac{PC + ELP}{PL} \times 100$	Avalia o risco da empresa em captar capitais de terceiros. Pode-se definir que quanto maior, pior encontra-se a situação estrutural da empresa.
Composição do endividamento	$CE = \frac{PC}{PC + ELP} \times 100$	Leva em consideração o montante das dívidas a curto prazo, que exigem uma geração de recursos. Também pode ser expressa pela assertiva de que quanto maior, pior a estrutura da empresa.
Imobilização do patrimônio líquido	$IPL = \frac{AP}{PL} \times 100$	Indica o valor do capital próprio ou do patrimônio líquido da empresa foi aplicado no ativo permanente. Também aqui cabe a fórmula de que quanto maior tal índice, pior a situação da estrutura da empresa.



Do quadro apresentado, pode-se depreender que, uma vez mantidos constantes os fatores das demonstrações contábeis, deve-se sempre considerar que quanto maiores os índices se apresentem, pior é a situação estrutural da empresa.

No tópico a seguir, apresenta-se os índices de liquidez, que também devem ser considerados na análise da situação de uma empresa.

### 3.2.3 Índices de liquidez

Uma empresa “líquida”, segundo GITMAN (1997:109) é aquela que pode facilmente satisfazer suas obrigações de curto prazo, no vencimento. A liquidez refere-se à solvência da situação financeira global da empresa.

Portanto, os índices de liquidez objetivam fornecer uma medida, ou melhor, um indicador da capacidade da empresa de pagar suas dívidas, a partir da comparação entre os direitos realizáveis e as exigibilidades.

As cinco medidas básicas de liquidez são: capital circulante líquido; índice de liquidez geral; índice de liquidez corrente; índice de liquidez seca e índice de liquidez imediata.

#### a) *Capital circulante líquido*

Conforme GITMAN (1997:109), o capital circulante líquido, embora na realidade não seja um índice, é normalmente usado para medir a liquidez global da empresa.

$$CCL = AC - PC$$

Onde:

AC = ativo circulante

PC = passivo circulante

Percebe-se que o capital circulante líquido depende fundamentalmente da diferença entre o ativo circulante e o passivo circulante.

*b) Índice de liquidez geral*

SILVA (1996:221) cita que a liquidez geral indica quanto a empresa possui em dinheiro, bens e direitos realizáveis a curto e longo prazo, para fazer face a suas dívidas totais. Pode-se obter o índice de liquidez geral de uma empresa a partir da aplicação da seguinte fórmula:

$$LG = \frac{AC + RLP}{PC + ELP}$$

Onde:

AC = ativo circulante

RLP = realizável a longo prazo

PC = passivo circulante

ELP = exigível a longo prazo

A interpretação do índice de liquidez geral é com relação a quanto maior, melhor, desde que mantidos constantes os demais fatores.

*c) Índice de liquidez corrente*

GITMAN (1997:110) afirma que o índice de liquidez corrente, um dos índices mais comumente citados, mede a capacidade da empresa para satisfazer suas obrigações de curto prazo.

De acordo com SILVA (1996:224), o índice de liquidez corrente indica quanto a empresa possui em dinheiro, em bens e em direitos realizáveis no curto prazo (próximo exercício), comparado com suas dívidas a serem pagas no mesmo período.

Tal índice possibilita a análise comparativa entre o ativo circulante com o passivo circulante, dando a possibilidade para saldar os compromissos a curto prazo. A fórmula

que se deve aplicar para a obtenção do índice de liquidez corrente está exposta a seguir:

$$LC = \frac{AC}{PC}$$

Onde:

AC = ativo circulante

PC = passivo circulante

A interpretação do índice de liquidez corrente é no sentido de que quanto maior, melhor, mantidos constantes os demais fatores.

#### *d) Índice de liquidez seca*

Segundo GITMAN (1997:110), o índice de liquidez seco é semelhante ao índice de liquidez corrente, com a única diferença que exclui os estoques do ativo circulante da empresa, por ser geralmente o ativo de menor liquidez.

SILVA (1996:227) refere que o índice de liquidez seca indica quanto a empresa possui em dinheiro, mais aplicações financeiras a curto prazo, mais duplicatas a receber, para fazer face a seu passivo circulante. Para que se possa obter tal índice, é necessário que se aplique a fórmula a seguir:

$$LS = \frac{AC - EST - DES}{PC}$$

Onde:

AC = ativo circulante

EST = estoques

DES = despesas do exercício seguinte

PC = passivo circulante

A interpretação do índice de liquidez seca segue o mesmo raciocínio dos índices de liquidez geral e corrente, isto é, quanto maior, melhor, mantidos constantes os demais fatores.

Este índice, segundo os especialistas, é mais preciso que o índice de liquidez corrente, uma vez que desconsidera os valores de estoques e as despesas do exercício seguinte.

*e) Índice de liquidez imediata*

SILVA (1996:230) afirma que é o índice de solvência de menor significado para os analistas. Representa a porcentagem das dívidas de curto prazo (passivo circulante) que pode ser saldada imediatamente pela empresa, através de seu caixa.

Pode ser representado pela seguinte fórmula:

$$LI = \frac{DISP}{PC}$$

Onde:

DISP = disponível

PC = passivo circulante

Tal índice é interpretado como, quanto mais próximo de 0,50, melhor. No entanto, cabe aqui uma ressalva. Atualmente, busca-se mais capitais de terceiros, dependendo do custo e da rentabilidade. Este índice muito alto apresenta recursos parados no caixa, ou baixo volume de dívidas a curto prazo, enquanto que muito baixo representa má gestão dos recursos financeiros e do potencial de crédito da empresa.

O quadro 4 apresenta um resumo dos índices de liquidez.

QUADRO 4 - Índices de liquidez

<b>Índice</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Interpretação</b>
Capital circulante líquido	$CCL = AC - PC$	Baseia-se na diferença entre o ativo circulante e o passivo circulante da empresa.
índice de liquidez geral	$LG = \frac{AC + RLP}{PC + ELP}$	Quanto maior o índice obtido, melhor a liquidez geral da empresa.
índice de liquidez corrente	$LC = \frac{AC}{PC}$	Baseia-se também na premissa de que quanto maior, melhor.
Índice de liquidez seca	$LS = \frac{AC - EST - DES}{PC}$	Segue o mesmo padrão das anteriores.
Índice de liquidez imediata	$LI = \frac{DISP}{PC}$	Quanto mais próximo de 0,50, melhor a situação da empresa. Está, porém, relacionado a outros fatores, como o custo e a rentabilidade.

O quadro apresentado permitiu visualizar a importância dos índices de liquidez para que seja processada a análise de empresa quanto à sua situação de solvência. Assim, todos os índices indicados são referenciais básicos para que se possa proceder corretamente a essa análise.

### 3.2.4 Índices de rentabilidade

SILVA (1996:238) menciona que os índices de retorno, também conhecidos por índices de lucratividade ou mesmo de rentabilidade, indicam qual o retorno que o empreendimento está propiciando.

Seguindo o conceito de GITMAN (1997:120), a lucratividade de uma empresa pode ser avaliada em relação a suas vendas, ativos, patrimônio líquido e ao valor da ação.

Através da análise das demonstrações financeiras, pode-se obter os indicadores de retorno sobre o investimento, retorno sobre as vendas e retorno sobre o capital próprio, entre outros. Estes índices permitem avaliar o êxito do empreendimento e tornam-se fonte de estímulo ao empresário. Destacam-se como indicadores de rentabilidade: margem bruta, margem operacional, margem líquida, rentabilidade das vendas, taxa de retorno sobre o ativo total e retorno sobre o patrimônio líquido.

#### a) Margem bruta

Conforme GITMAN (1997:121), a margem bruta mede a porcentagem de cada unidade monetária de venda que restou, após a empresa ter pago seus produtos. A margem bruta pode ser obtida através da aplicação da seguinte fórmula:

$$MB = \frac{V - CPV}{V} = \frac{LB}{V}$$

Onde:

V = vendas

CPV = custo dos produtos vendidos

LB = lucro bruto

Tal índice é interpretado, quanto maior, melhor, e, conseqüentemente, menor o custo relativo dos produtos vendidos.

### *b) Margem operacional*

A margem operacional, conforme GITMAN (1997:122), mede o que, com freqüência, se denomina lucros puros, obtidos em cada unidade monetária de venda. O lucro operacional é puro, no sentido de que ignora quaisquer despesas financeiras ou obrigações governamentais (juros ou impostos de renda) e considera somente os lucros auferidos pela empresa em suas operações.

$$MO = \frac{LO}{V}$$

Onde:

LO = lucro operacional

V = vendas

A interpretação deste índice é no sentido de que quanto maior a margem operacional de uma empresa, melhores os lucros auferidos.

### *c) Margem líquida*

GITMAN (1997:122) aduz que a margem líquida mede a porcentagem de cada unidade monetária de venda que restou, depois da dedução de todas as despesas, inclusive o imposto de renda. A fórmula a ser aplicada na obtenção da margem líquida é a seguinte:

$$ML = \frac{LL^*}{V}$$

Onde:

LL\* = lucro líquido após o imposto de renda

V = vendas

Tal índice é muito citado para indicar o sucesso da empresa em termos da lucratividade sobre as vendas. Pode-se interpretá-lo como, quanto maior, melhor.

*d) Rentabilidade das vendas*

De acordo com SILVA (1996:240), o índice de retorno sobre as vendas compara o lucro líquido em relação às vendas líquidas do período, fornecendo o percentual de lucro que a empresa está obtendo em relação a seu faturamento. Aplica-se a seguinte fórmula, para atingir o índice de rentabilidade das vendas:

$$RSV = \frac{LL}{V}$$

Onde:

LL = lucro líquido

V = vendas

A interpretação do índice de retorno sobre as vendas é no sentido de que quanto maior, melhor.

*e) Taxa de retorno sobre o ativo*

Segundo SILVA (1996:243), o índice de retorno sobre o ativo indica a lucratividade que a empresa propicia em relação aos investimentos totais.

GITMAN (1997:123) afirma que tal índice mede a eficiência global da administração na geração de lucros com seus ativos disponíveis. A fórmula para medir a taxa de retorno sobre o ativo é a seguinte:

$$ROA = \frac{LL}{AT} \times 100$$

Onde:

LL = lucro líquido

AT = ativo total

A interpretação do retorno sobre o ativo é no sentido de que quanto maior a taxa de retorno sobre o ativo, melhor a lucratividade que a empresa auferir.



*f) Retorno sobre o patrimônio líquido*

GITMAN (1997:123) explica que a taxa de retorno sobre o patrimônio líquido mede o retorno obtido sobre o investimento dos proprietários da empresa.

SILVA (1996:246) estabelece que o índice de retorno sobre o patrimônio líquido indica quanto de prêmio que os acionistas ou proprietários da empresa estão obtendo em relação a seus investimentos no empreendimento. Para que se possa avaliar tal índice, deve-se aplicar a fórmula a seguir:

$$ROE = \frac{LL}{PL - LL} \times 100$$

Onde:

LL = lucro líquido

PL = patrimônio líquido

A interpretação do índice de retorno sobre o patrimônio líquido é no sentido de quanto maior, melhor.

O quadro 5 apresenta um resumo dos índices de rentabilidade, com a exposição das fórmulas e sua interpretação.

QUADRO 5 - Índices de rentabilidade

Índice	Fórmula	Interpretação
Margem bruta	$MB = \frac{V - CPV}{V} = \frac{LB}{V}$	Quanto maior este índice, menor o custo dos produtos vendidos.
Margem operacional	$MO = \frac{LO}{V}$	Quanto maior a margem operacional, melhores os lucros auferidos pela empresa em suas operações.
Margem líquida	$ML = \frac{LL^*}{V}$	Quanto maior for a margem líquida, maior será a lucratividade sobre as vendas.
Rentabilidade das vendas	$RSV = \frac{LL}{V}$	Quanto maior a rentabilidade das vendas, melhor o percentual de lucro da empresa em relação ao seu faturamento.
Taxa de retorno sobre o ativo	$ROA = \frac{LL}{AT} \times 100$	Indica a lucratividade da empresa em relação aos investimentos totais.
Retorno sobre o patrimônio líquido	$ROE = \frac{LL}{PL - LL} \times 100$	Mede o retorno obtido sobre o investimento dos proprietários da empresa.

Da análise oferecida pela visualização do quadro 5, percebe-se que os índices de rentabilidade são de extrema importância como instrumento para análise do equilíbrio financeiro de uma empresa. A seguir, serão contemplados os índices de atividade.

### 3. 2. 5 Índices da atividade

Os índices de atividade, conforme GITMAN (1997:111), podem ser usados para medir a rapidez com que as contas circulantes – estoques, duplicatas a receber e duplicatas a pagar – são convertidas em caixa. As medidas de liquidez são geralmente inadequadas, pois diferenças na composição dos ativos circulantes e passivos circulantes podem afetar significativamente a “verdadeira” liquidez da empresa.

SILVA (1996:230) explica que os índices de rotação ou atividade têm grande contribuição na interpretação da liquidez e da rentabilidade da empresa, à medida que servem de indicadores dos prazos médios de rotação dos estoques, recebimento das vendas e pagamento das compras.

Estes indicadores determinam prazos que constituem o alicerce básico para a determinação do ciclo financeiro, o que justifica a necessidade de interpretá-los de uma forma conjunta. São eles: giro dos estoques, período médio de cobrança, período médio de pagamento, giro do ativo permanente e giro do ativo total.

#### *a) Giro dos estoques*

O giro dos estoques, de acordo com GITMAN (1997:112), geralmente mede a atividade, ou liquidez, dos estoques da empresa.

Neste sentido, SILVA (1996:230) afirma que tal índice indica quantos dias, em média, os produtos ficam armazenados na empresa antes de serem vendidos.

O estoque aqui focado, pode ser tanto o volume de mercadorias e bens de uma empresa de comércio, como os componentes de matéria-prima, materiais indiretos componentes e embalagens para um processo de produção. O giro dos estoques pode ser evidenciado através da seguinte fórmula:

$$GE = \frac{ESTm}{CMV} \times DP$$

Onde:

ESTm = estoque médio

PC = custo da mercadoria (ou produto) vendido

DP = dias do período considerado

Do ponto de vista de análise de risco, o giro dos estoques é um índice do tipo quanto maior, pior, devendo ser analisado juntamente com os demais índices de atividade.

### b) Período médio de cobrança

SILVA (1996:232) destaca que o período médio de cobrança indica quantos dias, em média, a empresa leva para receber suas vendas. O volume de duplicatas a receber é decorrência de dois fatores básicos: (a) montante de vendas a prazo; e (b) prazo médio concedido aos clientes para pagamento.

O período médio de cobrança, conforme GITMAN (1997:113), é útil na avaliação das políticas de crédito e cobrança. Dependendo do tipo de atividade da empresa, as vendas a prazo seguirão uma política de crédito estabelecida pela mesma, podendo ser diferentes, dependendo do ramo de atividade inerente a cada uma. Pode ser apurado a partir da seguinte fórmula:

$$PMC = \frac{DRm}{VL + IMP} \times DP$$

Onde:

DRm = duplicatas a receber (média do período)

VL = vendas líquidas (ou receita líquida)

IMP = imposto sobre vendas

DP = dias do período considerado

Do ponto de vista de análise de risco, é um índice do tipo quanto maior, pior. Porém, deve ser analisado juntamente com o giro dos estoques e o período médio de pagamento, assim como com os demais índices de atividade.

### c) Período médio de pagamento

GITMAN(1997:113) afirma que o período médio de pagamento é calculado da mesma forma que o período médio de cobrança. O prazo médio de pagamento indica quantos dias ou meses, em média, a empresa demora para pagar suas dívidas (compras a prazo) de fornecedores. A apuração pode ser processada através da fórmula a seguir:

$$PMP = \frac{FORNm}{C} \times DP$$

Onde:

FORNm = fornecedores (média do período)

C = compras

DP = dias do período considerado

Este índice pode ser interpretado quanto maior, melhor, desde que seu volume de fornecedores não se mantenha alto por atraso nos pagamentos.

#### *d) Giro do ativo permanente*

GITMAN (1997:114) refere que o giro do ativo permanente mede a eficiência com a qual a empresa tem usado seus ativos permanentes, ou lucrativos, para gerar vendas. Pode ser apurado a partir da seguinte fórmula:

$$GAP = \frac{VL}{ATPL}$$

Onde:

VL = vendas líquidas

ATPL = ativo permanente líquido

Tal índice pode ser interpretado como quanto maior, melhor, uma vez que reflete uma maior eficiência na utilização desses ativos.

#### *e) Giro do ativo total*

GITMAN (1997:115) cita que o giro do ativo total indica a eficiência com a qual a empresa utiliza todos os seus ativos para gerar vendas. Essa medida é, provavelmente, de maior interesse para os administradores, já que indica se as operações da empresa foram ou não financeiramente eficientes.

O giro do ativo total fornece a relação entre as vendas efetuadas no período e os investimentos totais da empresa. Para que se possa equacionar o giro do ativo total, deve-se aplicar a fórmula a seguir:

$$GAT = \frac{VL}{AT}$$

Onde:

VL = vendas líquidas

AT = ativo total

A interpretação isolada do índice do ativo total é no sentido de quanto maior, melhor, indicando o nível de eficiência com que são utilizados os investimentos na empresa, isto é, o ativo total.

O quadro 6 apresenta o resumo dos índices de atividade.

QUADRO 6 - Índices de atividade:

Índice	Fórmula	Interpretação
Giro dos estoques	$GE = \frac{ESTm}{CMV} \times DP$	Mede a atividade ou liquidez dos estoques da empresa.
Período médio de cobrança	$PMC = \frac{DRm}{VL + IMP} \times DP$	Avalia as políticas de crédito e cobrança. Quanto maior o risco, pior a situação da empresa.
Período médio de pagamento	$PMP = \frac{FORNm}{C} \times DP$	Quanto maior o período médio de pagamento, melhor para a empresa.
Giro do ativo permanente	$GAP = \frac{VL}{ATPL}$	Quanto maior o giro do ativo permanente, melhor a eficiência da empresa.

Giro do ativo total	$GAT = \frac{VL}{AT}$	Indica a relação entre as vendas efetuadas e os investimentos totais da empresa.
---------------------	-----------------------	--

O quadro 6 sinaliza a importância dos índices de atividade para medir a rapidez com que as contas circulantes são convertidas em caixa, ou seja, aponta caminhos para que ocorra a tomada de decisões gerenciais.

Os índices de estrutura, liquidez, rentabilidade e atividade são fundamentais como instrumentos essenciais para análise do equilíbrio financeiro de uma empresa. Desta forma, percebe-se sua relevância nesta fase da pesquisa, ao apresentar os dados necessários para a formação de um sistema de informações gerenciais que permita acompanhar o desempenho da empresa. A seguir serão apresentados os modelos de previsão de insolvência.

### 3.3 MODELOS DE PREVISÃO DE INSOLVÊNCIA

É importante verificar, diante da instabilidade do mercado financeiro, os modelos de previsão de insolvência apresentados pelos autores, para que se possa referenciar a proposição do modelo de remuneração dos serviços médicos da empresa Unimed de Londrina/PR. Neste sentido, apresenta-se a análise de endividamento proposta por Gitman e o termômetro de insolvência apresentado por Kanitz.

#### 3.3.1 Análise do endividamento

Segundo GITMAN (1997:115) a situação de endividamento de uma empresa pode ser aferida através tanto do seu grau de endividamento como de sua capacidade para pagar as dívidas. Esta análise evidencia o montante de recursos de terceiros que está sendo usado na tentativa de gerar lucros.

Os índices para analisar o endividamento são de grande importância, tanto para os acionistas, que precisam estar atentos ao grau de endividamento da empresa e à sua capacidade de pagamento das dívidas, como para os credores. Pois, quanto mais endividada, mais difícil será para saldar suas obrigações junto aos credores e, finalmente, aos administradores, que visam manter a empresa solvente. Os indicadores comumente utilizados como parâmetros são o índice de endividamento geral e o índice de exigível a longo prazo.

*a) Índice de endividamento geral*

Conforme GITMAN (1997:117), o índice de endividamento geral mede a proporção dos ativos totais da empresa financiada pelos credores. Este índice pode ser apurado pela fórmula a seguir:

$$IEG = \frac{PC + ELP}{AT} \times 100$$

Onde:

PC = passivo circulante

ELP = exigível a longo prazo

AT = ativo total

Quanto maior for esse índice, maior será o montante do capital de terceiros que vem sendo utilizado para gerar lucro, logo, quanto menor, melhor.

*b) Índice de exigível a longo prazo*

Esse índice, segundo GITMAN (1997:118), indica a relação entre os recursos de longo prazo fornecidos por credores e os recursos fornecidos pelos proprietários da empresa. É comumente usado para medir o grau de alavancagem financeira da empresa. Atinge-se o índice de exigível a longo prazo através da aplicação da seguinte fórmula:



$$IELP = \frac{ELP}{PL} \times 100$$

Onde:

ELP = exigível a longo prazo

PL = patrimônio líquido

Este índice representa em percentual o capital de terceiros a longo prazo, no patrimônio líquido da empresa. Logo, quanto menor, melhor.

Empresas com grandes montantes de ativo permanente e/ou fluxos de caixa estáveis tendem a apresentar este índice muito alto.

O quadro 7 apresenta o resumo da análise de endividamento.

QUADRO 7 - Análise de endividamento

Índice	Fórmula	Interpretação
Índice de endividamento geral	$IEG = \frac{PC + ELP}{AT} \times 100$	Mede a proporção dos ativos totais da empresa, financiada pelos credores.
Índice de exigível a longo prazo	$IELP = \frac{ELP}{PL} \times 100$	Indica o percentual do capital de terceiros a longo prazo no patrimônio líquido da empresa.

O quadro apresentado demonstra a importância da participação de terceiros na análise de endividamento de uma empresa. Assim, os dois índices apresentados apontam tanto para seu grau de endividamento quanto para sua capacidade para pagar as dívidas junto aos credores. A seguir, será apresentado o modelo de previsão de falência de Kanitz.

### 3.3.2 Modelo de previsão de falência de Kanitz

O modelo apresentado por Kanitz na década 70 para prever a falência das empresas foi um dos trabalhos pioneiros na área. KASSAI e KASSAI (1998:1) mencionam que:

As análises tradicionais são dispostas em grupos de indicadores que procuram avaliar as situações de liquidez, endividamento, rentabilidade e alavancagem, retorno de investimento, estrutura dos ativos, qualidade dos passivos, etc. Outras análises se compõem de modelos com capacidade preditiva, estruturados a partir de uma cesta de informações e ponderadas de acordo com critérios estatísticos. É o caso do modelo de previsão de falência elaborado por Kanitz.

Citam que Professor Stephen Charles Kanitz, responsável, durante 20 anos, pela elaboração da análise econômica e financeira das 500 melhores e maiores empresas brasileiras, elaborou um modelo de previsão de falências, conhecido também como fator de insolvência, obtido a partir de informações de balanços contábeis de empresas, através do cálculo dos indicadores que seguem:

$$\text{Onde: } X_1 = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Patrimônio Líquido}}$$

$$X_2 = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}}$$

$$X_3 = \frac{\text{Ativo Circulante} - \text{Estoques}}{\text{Passivo Circulante}}$$

$$X_4 = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

$$X_5 = \frac{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a Longo Prazo}}{\text{Patrimônio Líquido}}$$

De posse dos dados obtidos a partir da aplicação das fórmulas apresentadas, Kanitz elaborou uma fórmula que congrega esses indicadores, mas com pesos diferentes, como segue:

$$(X_1) + (X_2) + (X_3) - (X_4) - (X_5) = \text{fator de insolvência}$$

Em seguida criou uma escala chamada de *Termômetro de Insolvência*, indicando três situações distintas: a empresa pode estar solvente, na penumbra ou

insolvente. De acordo com a classificação, estaria solvente a empresa que apresentasse fator de solvência entre 0 a 7. Neste caso, a empresa estaria em uma situação considerada boa. Na situação de penumbra, os fatores deveriam permanecer entre 0 e -3. Este intervalo intermediário representa uma área em que o fator de insolvência não é suficiente para analisar o estado da empresa, mas deve inspirar cuidados. Já uma empresa insolvente seria aquela cujo fator de solvência oscile entre -3 e -7, situação considerada ruim e que pode levá-la à falência.

De acordo com KASSAI e KASSAI (1998:3), "uma empresa que apresenta um fator de insolvência positivo, tem menor possibilidade de vir a falir e essa possibilidade diminuirá à medida que o fator positivo for maior. Ao contrário, quanto menor for o fator negativo maiores serão as chances da empresa encerrar suas atividades."

O modelo proposto por Kanitz, no início da década de 70, foi adaptado por outros pesquisadores brasileiros, adequando-se as fórmulas para as contingências de cada época.

Importante instrumento de aferição do desempenho de uma empresa, o modelo de previsão de falência de Kanitz estabelece parâmetros que variam de acordo com a situação apresentada pela mesma.

É fundamental também a análise dos modelos de previsão de insolvência, diante do quadro de instabilidade que se instalou no Brasil nas últimas décadas do século XX e neste início de milênio. Além disso, ao proceder a análise de endividamento proposta por Gitman e Kanitz, encaminha-se a análise mais apurada da situação da Unimed de Londrina/PR.

Após a exposição da fundamentação teórica pertinente ao equilíbrio financeiro das empresas, bem como ao sistema integrado de informações gerenciais; e a análise decorrente dos principais modelos de previsão de insolvência, pode-se abordar o impacto da atual sistemática de remuneração dos serviços médicos no equilíbrio financeiro da Unimed de Londrina/PR.

## **4 ANÁLISE DO IMPACTO DA ATUAL SISTEMÁTICA DE REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS NO EQUILÍBRIO FINANCEIRO DA UNIMED DE LONDRINA/PR**

Para que se possa explicitar melhor o cenário em que se enquadra a presente pesquisa, é importante ressaltar primeiramente os elementos precípuos do histórico da empresa. Na seqüência aborda-se seu sistema de informações gerenciais, ressaltando-se a importância da utilização do mesmo no gerenciamento da operadora. Em seguida, faz-se uma análise da performance econômico-financeira da Unimed de Londrina/PR. Por último, verifica-se o impacto da atual remuneração dos serviços médicos no equilíbrio financeiro.

### **4.1 HISTÓRICO DA EMPRESA**

De acordo com dados da Unimed de Londrina/PR, há 30 anos atrás, Londrina já oferecia à população um centro médico qualificado e sempre se caracterizou por abrigar um corpo clínico de boa qualidade, especializado nas mais diferentes áreas. Sem falar na Faculdade de Medicina, que em meados da década de 60 começou a preparar a primeira turma, constituindo o Norte do Paraná um “chamariz” para os médicos formados nos grandes centros que procuravam um local de futuro e pouca concorrência para se estabelecer.

O Norte do Paraná estava sendo conhecido como o “eldorado” brasileiro, por oferecer uma estrutura social sólida, proporcionada pela colonização da terra em pequenas e médias propriedades. Na década de 50, os médicos que aqui chegavam eram clínicos gerais e viviam da remuneração das pessoas que tinham recursos para pagar.

De acordo com o dados do IBGE, constantes no Almanaque Abril ( 1999), no final da década de 60 e início dos anos 70, mais de 70% da população londrinense já estava concentrada na área urbana e a cidade despontava no cenário nacional como uma das mais importantes capitais regionais no Brasil. A medicina mercantilista, apesar de já estar regulamentada desde 1966, ainda não havia se consolidado em Londrina. A

idéia de uma Cooperativa Médica surgia como opção de medicina de alto nível a uma população de classe média que necessitava recorrer à medicina previdenciária.

Neste período, o que existia em Londrina eram duas empresas de assistência médica: a Samcil e a Sanitas. Logo depois, no início do ano 1971, com a idéia de estabelecer um sistema cooperativo de médicos, a Samcil acabou incorporada pela quinta cooperativa médica instalada no Brasil e a primeira do Paraná: Unimed de Londrina/PR.

A cooperativa médica é caracterizada em sua essência, como uma sociedade de médicos, sem fins lucrativos, regida por lei específica, aberta a todos os profissionais médicos, oferecendo seus serviços a uma coletividade de usuários, de acordo com um custo previamente determinado dentro do contexto sócio-econômico da região. O papel da cooperativa se presta apenas na celebração dos contratos com as empresas, quando do recebimento das despesas e o correspondente repasse aos médicos, não havendo taxaço.

No decorrer de 30 anos de trabalho, a Unimed instalou-se em quatro sedes, as três primeiras alugadas. Em setembro de 1987, a Cooperativa instalou-se em sede própria localizada na Rua Senador Souza Naves, esquina com a Rua Borba Gato. Sede esta que foi ampliada no início de 1995, triplicando o espaço físico anterior.

Com 30 anos de atuação, a Unimed de Londrina é centro de referência do Norte do Paraná. Os serviços de qualidade oferecidos pelo sistema Unimed chegam a um raio de ação extenso entre os municípios da região, atendendo a 16 cidades, podendo ser citados os municípios de Arapongas, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cambé, Ibiporã, Porecatu e Rolândia, entre outros. Estes com pequenos postos de atendimento aos usuários locais e das proximidades.

Atualmente, a Unimed de Londrina é a segunda maior empresa de assistência médica não-governamental do Paraná, conforme sua carteira de clientes, perdendo somente para Curitiba. Aos 30 anos, a Cooperativa é uma empresa sólida e forte. Atende a 126 mil usuários, contando com o apoio de 280 colaboradores e tendo 900 cooperados, contabilizando um faturamento anual em torno de 100 milhões.

Os indicadores expressos denotam a importância da empresa Unimed de Londrina/PR dentro do contexto local e regional, assim como no sistema Unimed do

Brasil. Os avanços verificados após a criação da empresa Unimed e sua expansão na área de prestação de serviços médicos conduziram à necessidade de implantação de um sistema de informações que permitisse avaliar constantemente o desempenho da empresa com vistas à melhoria dos serviços prestados.

#### 4.2 O SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA UNIMED DE LONDRINA/ PR

A Unimed de Londrina iniciou, em 1990, a implantação de um sistema de informações informatizado, desenvolvido em linguagem Cobol. Preocupava-se, naquela época, apenas com o desenvolvimento de aplicações voltadas para atender o nível operacional da empresa (sistema transacional). Nessa fase, o sistema atendia alguns processos operacionais da cooperativa, como por exemplo a área de cadastramento de contratantes e beneficiários para a emissão de carnês e cobrança.

Posteriormente foi contratada uma empresa de *softwarehouse* para desenvolver um novo sistema para a Unimed, esse também ainda voltado para o mesmo nível, porém abrangendo mais áreas e módulos da empresa. Utilizando uma linguagem mais atualizada e muito difundida na região de Londrina, o Dataflex (Gerenciador de Banco de Dados), a empresa desenvolveu os principais módulos do seu sistema: cadastramento; emissão de boleto pessoa física; atendimento de plano de saúde e outros.

A empresa finalizou o projeto pelo qual foi contratada e as fontes (códigos de programas) ficaram à disposição da Cooperativa para continuação de desenvolvimento, bem como manutenção do sistema.

Com a criação, então, de uma área de informática (CPD) dentro da sua estrutura, a Unimed passou a desenvolver seu próprio sistema e dar manutenção, o que lhe deu liberdade e condições de atender as demandas da empresa mais prontamente. Assim, outros módulos foram projetados e desenvolvidos, tais como: faturamento pessoa jurídica; pagamento de cooperados e prestadores; e relatórios operacionais.

Além disso, a empresa começa a estender o seu sistema da área de abrangência operacional para a de controle. Nessa época, a empresa tinha acesso de

uma forma ainda não muito organizada a informações, com o objetivo de controlar melhor algumas áreas já informatizadas. Através de relatórios desenvolvidos pela sua área de informática, a gerência e demais setores começam a obter algumas informações de controle.

No entanto, a informação desejada dependia do desenvolvimento de um programa, formatado nos moldes que o usuário havia solicitado, de processamento "pesado", moroso e que com o uso efetivo logo ficava muito limitado. A cada nova necessidade que surgia, a área de informática precisava demandar nova alteração da aplicação (relatório).

Algumas aplicações que se tornaram de uso freqüente, dos órgãos executivos (diretoria, gerência), foram desenvolvidos novamente, utilizando-se de alguns bancos de dados (tabelas), em paralelo ao sistema operacional, que armazenassem informações consolidadas (mensais) com o objetivo de agilizar o processamento e levantamento e dessas informações.

Nesta fase, a informação já era mais elaborada, porém dependia de um processamento relacionado ao fechamento mensal para alimentar as tabelas e gerar as informações, ou seja, a informação não era "on line", mesmo tendo os dados já no seu banco de dados.

Com o grande volume de processamento mensal e a necessidade de se acessar dados de muitos anos atrás ao ano corrente, essas tabelas ficaram grandes e o gerenciador de banco de dados Dataflex começou a ter problemas para gerenciá-las. A forma de modelagem dessas tabelas também não era apropriada para um modelo dentro do conceito de um sistema de informação.

Preocupados com o tamanho da sua base e com a tecnologia utilizada para crescimento futuro, os gestores da Unimed de Londrina/PR procuraram no mercado opções de banco de dados relacionais que pudessem dar uma sustentação para projetos de comunicação (internet, intranet, extranet), bem como seqüência em sistemas de informações, visto que a empresa até então tinha apenas um sistema transacional que atendia os seus processos burocráticos (atendimento, cobrança, faturamento, pagamento, etc.) e algumas formas de controle.

A partir desse estudo, foram adquiridos um banco de dados e ferramentas Oracle, os quais foram para o redesenvolvimento do atual sistema da Unimed de Londrina. Com a escolha dessa nova tecnologia, houve condições tecnológicas de avançar em um sistema de informações que pudesse dar apoio às tomadas de decisões.

Para se entender melhor os níveis de informação, pode-se imaginar uma pirâmide onde uma empresa divide as características de informação que ela possa ter: na base as informações operacionais, no centro as informações de controle e no ápice as informações geradoras de decisões.

A empresa vinha de um sistema desenvolvido sobre um gerenciador de banco de dados (Dataflex), que não exigia normas de modelagem e integridade de banco de dados. Houve a necessidade de uma nova modelagem de dados e tratamento dos dados atuais para que o novo banco de dados Oracle pudesse tratar os dados, permitindo que os mesmos fossem inseridos em seu ambiente, mas com a grande vantagem de tê-los de forma mais íntegra, garantindo a confiabilidade dos mesmos.

Após a modelagem e documentação de todo sistema, o desenvolvimento foi iniciado com a ajuda de um padrão de telas e relatórios (bibliotecas), procurando facilitar o acesso e uso dos usuários finais às telas de programas do sistema. Com a mudança para este banco de dados, obtiveram maior facilidade e rapidez para acessar os dados, através de SQL (*Structural Query Language*).

Nessa fase, foram desenvolvidos novos relatórios ou processos, mas ainda muito atrelados ao controle. Para minimizar e agilizar a informação dentro da empresa e dar tempo para a área de informática progredir nos estudos, foram realizados levantamentos de tecnologia na área de B.I (*Business Intelligence*) e/ou sistema de informação. Além disso, foi adquirido um "sistema de informação", focado apenas no módulo de produção médica (despesas), que permite extrair dados de uma origem (sistema transacional) e convertê-los em informação para usuários finais.

Esse sistema já permite que o usuário faça a extração de seus dados e informações de forma mais flexível, podendo alterar, conforme a sua conveniência, sem a necessidade de intervenção de um técnico para formatar relatórios, programas da forma que lhe for mais conveniente. Isso fez que começasse a formar dentro da empresa uma cultura sobre todos os dados e, conseqüentemente, a informação que a



empresa dispõe sobre seus processos operacionais para controle e até tomadas de algumas decisões administrativas.

Com um banco de dados consolidado, o objetivo agora da Unimed de Londrina é transformar seus dados em informações e gerenciar o seu negócio pelo corpo de coordenação da empresa, bem como pela gerência e executivos.

Atualmente, a empresa estuda as diversas tecnologias disponíveis no mercado para implantar um sistema de informação em seu ambiente. As características desejáveis nas informações gerenciais são que elas sejam rápidas, confiáveis, atualizadas, de fácil acesso e utilização, com um visual adequado e oferecendo uma diversidade de ângulos de visão.

Neste capítulo foi historiado numa síntese da trajetória da cooperativa na estruturação de uma base tecnológica de informação, que a credencia numa base sólida na busca de soluções operacionais e estratégicas, no entanto, existe ainda um longo caminho a ser percorrido no sentido de aprimorar o sistema de informações gerenciais, ainda em fase de estruturação, que deverá ser baseado nas necessidades técnicas e financeiras da empresa.

#### 4.3 ANÁLISE ECONÔMICO-FINANCEIRA DA UNIMED DE LONDRINA/PR

Para explicitar a situação atual da empresa, buscou-se apresentar os cálculos, baseados nas demonstrações contábeis do período compreendido entre 1997 e 2000, constantes nos anexos 2, 3 e 4, através dos indicadores de estrutura, de liquidez, de rentabilidade, de atividade e de endividamento. Será também apresentado o modelo de solvência, com demonstrativos referentes à situação econômico-financeira da empresa.

##### *a) Análise da estrutura*

Os índices de estrutura relacionam a composição de capitais (próprios e de terceiros), a composição do endividamento e a imobilização do patrimônio líquido. Assim, para proceder a análise da estrutura econômico-financeira da Unimed de

Londrina/PR, inicia-se o cálculo da participação de capitais de terceiros, conforme tabela 1.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$PCT = \frac{PC + ELP}{PL} * 100$		291,55%	268,42%	318,17%	325,90%

Tabela1 – Participação de capitais de terceiros

Deve-se levar em consideração o alto nível de capital de terceiros em relação ao patrimônio líquido, podendo ser justificado por se tratar de uma cooperativa de serviços médicos, possuindo um patrimônio reduzido, pelo alto valor de contingências fiscais, trabalhistas e judiciais, bem como pelo elevado valor da produção a ser paga aos médicos que está relacionado na conta “obrigações”, do passivo circulante.

A seguir será avaliada a composição do endividamento da Unimed de Londrina nos anos de 1997 a 2000. A tabela 2 apresenta os dados que disponibilizam tal análise.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$CE = \frac{PC}{PC + ELP} * 100$		53,61%	61,23%	71,69%	77,56%

Tabela 2– Composição do endividamento

O índice apresenta-se em declínio nos anos apresentados, o que é um bom sinal. Porém, deve-se destacar que sempre se apresentou em situação confortável, demonstrando índices menores que 100%, o que comprova a capacidade de liquidez da empresa.

A imobilização do patrimônio líquido é um importante fator a ser analisado para identificar dados que permitam estabelecer o equilíbrio econômico-financeiro da empresa. A tabela 3 apresenta dos dados que permitem explicitar a situação da Unimed nos anos de 1997 a 2000.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$IPL = \frac{AP}{PL} * 100$		92,04%	100,97%	74,14%	85,03%

Tabela 3 – Imobilização do patrimônio líquido

Verifica-se uma queda no último ano, com relação ao ano anterior, que quase chega à casa dos 10%, o que é um bom sinal e representa que para cada R\$100,00 de

capital próprio a empresa teve aplicado no ativo permanente (instalações telefônicas, *software* e aplicativos, terrenos, prédios e benfeitorias, máquinas e equipamentos, veículos, móveis e utensílios, instalações e equipamentos de processamento de dados) R\$92,04 no ano 2000. Esse declínio vem em boa hora, visto que o índice havia passado dos 100% no ano anterior, após estar abaixo do percentual de 75% em 1998.

Percebe-se, pela análise oferecida através das tabelas 1, 2 e 3, que a estrutura econômico-financeira da Unimed de Londrina/PR apresenta-se relativamente em equilíbrio, dado o elevado índice de investimentos realizados nos últimos anos. A seguir, aborda-se a análise da liquidez da empresa.

#### b) Análise de liquidez

Os índices de liquidez, que indicam a capacidade da empresa de pagar suas dívidas, a partir da comparação entre os direitos realizáveis e as exigibilidades, serão determinados nas perspectivas da análise do capital de giro líquido, da liquidez geral, liquidez corrente, liquidez seca e liquidez imediata. No caso específico do índice do capital de giro líquido, a tabela 4 evidencia os resultados.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$CCL = AC - PC$		2.309.860,05	673.588,11	717.519,28	237.731,39

Tabela 4 – Capital de giro (ou circulante) líquido

Percebe-se que no ano de 2000, a política de capitalização da empresa foi fortalecida, tendo em vista as novas exigências ditadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A seguir, deve-se analisar a capacidade de a empresa saldar suas dívidas, através do cálculo da liquidez geral, apresentado na tabela 5.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$LG = \frac{AC + RLP}{PC + ELP}$		1,03	1,00	1,08	1,05

Tabela 5 – Liquidez geral

Os índices de liquidez geral visam fornecer indicadores da capacidade da empresa em saldar suas dívidas, traduzidos da seguinte forma: para cada R\$1,00 de dívida, a curto e longo prazo, a empresa possui R\$1,03 em disponibilidade. Este é um fator positivo para a empresa, pois evidencia a possibilidade do cumprimento de suas obrigações.

A tabela 6 apresenta os dados de liquidez corrente da Unimed de Londrina, buscando atingir a compreensão da real situação econômico-financeira da empresa.

Fórmula		Ano	2000	1999	1998	1997
	$LC = \frac{AC}{PC}$		1,31	1,10	1,12	1,05

Tabela 6 – Liquidez corrente

O índice de liquidez corrente mostrou-se ascendente nos anos analisados, o que passa a ser um bom sinal. O seu significado é que para cada R\$1,00 de dívida a curto prazo (inferior a um ano), a empresa possui R\$1,31 de disponibilidades e direitos realizáveis para cobrir a dívida.

Buscando atingir um grau de precisão mais apurado, a seguir analisa-se os índices de liquidez seca da empresa, no intuito de proceder a análise da situação da empresa, ao desconsiderar os estoques, dado o ramo de atividade com o qual a empresa se ocupa. A tabela 7 demonstra os índices de liquidez seca da Unimed de Londrina/PR, nos anos de 1997 a 2000.

Fórmula		Ano	2000	1999	1998	1997
	$LS = \frac{AC + EST - DES}{PC}$		1,30	1,07	1,12	1,05

Tabela 7 – Liquidez seca

Este índice, segundo os especialistas, é mais preciso que o índice de liquidez corrente, uma vez que desconsidera os valores de estoques e as despesas do exercício seguinte. Em se tratando da Unimed de Londrina, pode-se até desconsiderar tal índice, visto que seus estoques são apenas de consumo e que suas despesas do exercício seguinte não são tão expressivas. Entretanto, apresenta-se numa situação confortável, maior que 1,00, evidenciando uma boa situação.

O índice de liquidez imediata, representando a porcentagem das dívidas de curto prazo que pode ser saldada pela empresa, através de seu caixa. Trata-se de um índice de menor importância, mas mesmo assim a tabela 8 apresenta dados referentes ao mesmo.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$LI = \frac{DISP}{PC}$		0,54	0,30	0,49	0,39

Tabela 8– Liquidez imediata

Na Unimed este índice está atualmente em um padrão aceitável ( 0,54), apesar de já ter girado muito próximo de 0,50 ( 0,49 em 1998 ), o que o torna ideal, devendo-se ressaltar que o capital de terceiros, sem onerar a cooperativa, alavanca seu fluxo de caixa. Em relação aos índices apresentados em 1999 (0,30), houve vários financiamentos para a aquisição de equipamentos médicos.

Certamente a análise dos índices de liquidez são de muita importância para a análise da situação econômico-financeira de uma empresa. Desta forma, ao concluir esta seção, deve-se ponderar os resultados positivos evidenciados através das tabelas 4 a 8, os quais determinam a posição confortável da empresa diante de um cenário de instabilidade que se vislumbra na sociedade atual.

### c) Análise de rentabilidade

A análise da rentabilidade consubstancia-se nos índices de retorno, rentabilidade ou lucratividade. Para iniciar esta análise, deve-se apresentar a margem bruta da empresa, nos anos de 1997 a 2000. A tabela 9 apresenta dados que permitem aprofundar a presente análise.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$MB = \frac{V - CPV}{V} = \frac{LB}{V}$		11,78%	11,67%	10,63%	10,57%

Tabela 9 – Margem bruta

Em se tratando da Unimed de Londrina, pode-se considerar o lucro bruto como sendo as receitas dos serviços prestados menos os contratos cancelados, menos os impostos e menos os custos dos serviços, sendo esse índice a relação da receita que sobrou, após a empresa ter pago seus serviços. O índice se manteve muito próximo no decorrer dos anos analisados, o que evidencia um equilíbrio favorável. O ideal é que tais índices estivessem maiores, entretanto, deve-se considerar que a empresa analisada não visa lucro, sendo assim, o resultado pode ser considerado como satisfatório.

A tabela 10 apresenta dados que permitem avaliar a margem operacional da Unimed nos anos de 1997 a 2000.

Fórmula		Ano			
		2000	1999	1998	1997
$MO = \frac{LO}{V}$		0,84%	1,40%	1,53%	0,45%

Tabela 10– Margem operacional

Verifica-se que os percentuais apresentados revelam oscilações, uma vez que houve muitos investimentos nos anos analisados. Deve-se ressaltar ainda que não cabe aqui falar nos lucros auferidos pela empresa, uma vez que a finalidade da mesma não pressupõe a aferição de lucro. Os resultados apontados são característicos de um custo variável alto, bem como impedem a capitalização da empresa. A tabela 11, ao apresentar a margem líquida da empresa em questão, mede a porcentagem de cada unidade monetária de venda que restou, depois da dedução de todas as despesas.

Fórmula		Ano			
		2000	1999	1998	1997
$ML = \frac{LL^*}{V}$		0,61%	1,13%	1,05%	0,15%

Tabela 11 – Margem líquida

A característica peculiar da cooperativa de trabalho médico, cujos resultados não implicam lucro, conduzem a percentuais baixos, em termos de margem líquida. Fazendo um paralelo com o indicador anterior, reforçam a política de remuneração, repassando quase que totalmente os recursos disponíveis para o pagamento da produção médica. A tabela 12 indica a rentabilidade das vendas, durante os anos de 1997 a 2000.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$RSV = \frac{LL}{V}$		5,14%	9,64%	9,87%	1,42%

Tabela 12 – Rentabilidade das vendas

Ao fornecer dados que indicam o percentual de lucro que a empresa está obtendo em relação ao seu faturamento, percebe-se oscilações decorrentes dos investimentos realizados. A evolução a partir de 1998 evidencia a geração de sobras motivada pela necessidade de imobilização. Neste período, a empresa criou uma clínica de imagem. A tabela 13, por sua vez, indica a taxa de retorno sobre o ativo da empresa, também referente aos anos de 1997 a 2000.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$ROA = \frac{LL}{AT} * 100$		3,07%	5,80%	7,05%	1,19%

Tabela 13– Taxa de retorno sobre o ativo

Medindo a eficiência global da administração na geração de lucros com seus ativos disponíveis, a taxa de retorno sobre o ativo expressa também a característica marcante da cooperativa, que é a não geração de lucros. A geração de lucros em 1998 e 1999 foi compatível com acréscimos no imobilizado, porém em 2000 houve a retomada da política de repasse integral para o pagamento dos custos diretos. A tabela 14 indica a taxa de retorno sobre o patrimônio líquido da empresa.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$RDE = \frac{LL}{PL - LL} * 100$		13,68%	27,18%	41,83%	5,34%

Tabela 14– Retorno sobre o patrimônio líquido

A taxa de retorno sobre o patrimônio líquido mede o retorno obtido sobre o investimento dos cooperados, elevados à categoria de proprietários da empresa. Quanto maiores os percentuais, melhor o nível de retorno. Neste sentido, em 1998 a empresa atingiu os melhores índices de retorno sobre o patrimônio líquido. Observa-se que mesmo com a política de baixa geração de sobras, exceto em 1998 e 1999,

motivado por crescimento nos investimentos, em 2000 já existia a preocupação em promover a capitalização da cooperativa.

Os números apresentados nas tabelas 10 a 14 evidenciam com clareza a pressão dos custos e justificam a necessidade de aperfeiçoamento do atual sistema de remuneração dos serviços médicos, buscando o equilíbrio financeiro da empresa. No tópico a seguir, será apresentada a análise de atividade da empresa.

#### d) Análise da atividade

Os índices de rotação ou atividade contribuem para a interpretação da liquidez e da rentabilidade da empresa e compreendem o giro do ativo permanente e o giro do ativo total. A tabela 15 apresenta dados relativos ao giro do ativo permanente da Unimed de Londrina/PR, referente aos anos de 1997 a 2000.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$GAP = \frac{VL}{ATPL}$		21,57	18,81	37,95	39,60

Tabela 15 – Giro do ativo permanente

Este indicador (quanto maior, melhor) evidencia um alto grau de mobilização em 1999. Observa-se uma queda no giro do ativo total e uma retomada no crescimento do giro do ativo permanente. A seguir, contempla-se o giro do ativo total, o qual indica a eficiência da empresa na utilização de todos os seus ativos. A tabela 16 apresenta os percentuais do giro do ativo total.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$GAT = \frac{VL}{AT}$		5,07	5,15	6,73	7,91

Tabela 16 – Giro do ativo total

Já neste índice, embora tenha havido uma ligeira queda em 2000, demonstra-se que os investimentos efetivados foram maiores que a geração de rendas. A seguir, apresenta-se a análise do endividamento da Unimed de Londrina/PR, que deve servir de referencial para indicar o montante de recursos de terceiros que está sendo usado na tentativa de gerar lucros.



e) *Análise do endividamento da empresa*

Quanto aos índices de endividamento, a Unimed de Londrina possui uma situação justificável para que os índices se mostrem tão altos. Primeiro, por se tratar de uma cooperativa na qual a produção médica está inserida nas obrigações do passivo e segundo, empresas com grandes montantes de ativo permanente e/ou fluxo de caixa estáveis tendem a apresentar esse índice muito alto. A tabela 17 apresenta os índices de endividamento geral da empresa.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$IEG = \frac{PC + ELP}{AT} * 100$		74,46%	72,86%	76,09%	76,52%

Tabela 17– Índice de endividamento geral

Os índices apresentados encontram-se em patamares elevados em todos os anos estudados e de forma justificável, uma vez que a produção médica a ser paga está inserida nas obrigações do passivo circulante, constando aqui como capital de terceiros que vem sendo utilizado para gerar lucros. A tabela 18 apresenta o índice exigível a longo prazo nos anos de 1997 a 2000, da Unimed de Londrina/PR.

Fórmula	Ano	2000	1999	1998	1997
$IELP = \frac{ELP}{PL} * 100$		135,26%	104,06%	90,08%	73,14%

Tabela 18– Índice exigível a longo prazo


Esses índices apresentam-se elevados nos anos analisados devido ao tipo de negócio da empresa analisada. Empresas com grandes montantes de ativo permanente e/ou fluxos de caixa estáveis tendem a apresentar este índice muito alto.

Após a análise do endividamento da empresa, percebe-se que a situação Unimed de Londrina/PR é relativamente confortável, dada a extensão da prestação de serviços médicos e a natureza da atividade desenvolvida. A seguir, aborda-se a análise da empresa pelo fator de solvência de Kanitz.

f) Análise pelo fator de solvência de Kanitz

Uma vez tendo apresentado todos os dados referentes à situação econômico-financeira da empresa, pretende-se analisar sua situação sob o modelo apresentado por Kanitz, buscando qualificar o fator de solvência. A tabela 19 apresenta os dados relativos à análise da Unimed pelo fator de solvência de Kanitz.

Tabela 19 - ANÁLISE PELO FATOR DE SOLVÊNCIA DE KANITZ

	ANÁLISE PELO FATOR DE SOLVÊNCIA DE KANITZ						
	BALANÇO ENCERRADO EM :				Dez/00		
ORIGEM DOS VALORES	DIVISÃO		ÍNDICE		FATOR DE PESO		RESULTADO
A = <u>Sobra Líquida</u>	403.005	=	0,0842	x	0,05	=	0,0042
Patrimônio Líquido	4.783.640						
B = <u>Ativo Circ.+ R.L.Prazo</u>	14.415.993	=	1,0271	x	1,65	=	1,6948
Passivo							
Circ.+E.L.Prazo	14.035.250						
C = <u>Ativo Circ - Estoques-DEF</u>	9.594.553	=	1,2683	x	3,55	=	4,5024
Passivo Circulante	7.564.945						
D = <u>Ativo Circulante</u>	9.874.805	=	1,3053	x	1,06	=	1,3837
Passivo Circulante	7.564.945						
E = <u>Passivo</u>							
Circ.+E.L.Prazo	14.035.250	=	0,7458	x	0,33	=	0,2461
Ativo Total	18.818.890						
FATOR DE SOLVÊNCIA		=	(A) + (B) + (C) - (D) -			=	4,57
			(E)				
CONVENÇÕES		PARÂMETROS DAS CONVENÇÕES					
I - Cooperativa Solvente	0 a 7	Excelente	5	A			7
II - Cooperativa na penumbra	-3 a 0	Ótimo	3	A			5
III- Cooperativa Insolvente	-7 a -3	Bom	1	A			3
		Atenção	0	A			1
		Perigoso	-3	A			0
		Irrecuperável	-7	A			-3

Da análise resultante da aplicação do modelo proposto por Kanitz, percebe-se que a empresa Unimed de Londrina/Pr classifica-se com resultados satisfatórios.

Tomando-se como referência os parâmetros apresentados, verifica-se que, além de ser uma cooperativa solvente, sua capacidade financeira é tida como ótima ( 4,57).

De acordo com KASSAI e KASSAI (1998:14), "a tendência é que esses modelos sejam utilizados não apenas como uma 'bola de cristal' para prever o futuro, mas principalmente como instrumentos de avaliação de riscos empresariais."

A sociedade moderna exige que a empresa se comporte frente ao ambiente que a circunda, procurando maximizar seus potenciais da melhor maneira possível. Neste sentido, a estratégia organizacional deve ser ampliada para todos os integrantes da empresa, principalmente em se tratando de uma cooperativa, cujos interesses devem ser comuns e divididos entre todos seus integrantes.

*g) Resumo da atual situação econômico--financeira da Unimed de Londrina/PR*

Evidenciar o equilíbrio financeiro histórico da cooperativa, através dos indicadores até então apresentados, encontra relevância numa gestão financeira responsável aplicada ao longo do tempo, entretanto, preservar a saúde financeira da cooperativa sem pensar em sua efetiva capitalização, promovendo justa remuneração dos serviços médicos, são estratégias que não mais satisfazem as necessidades dos interlocutores, seja pelos órgãos fiscalizadores, cooperados e até mesmo ao cliente, na medida em que poderá ser atendido por um prestador insatisfeito com os valores que recebe da cooperativa. O quadro a seguir apresenta estes números, relativos aos anos de 1997 a 2000.

QUADRO 8 - ANÁLISES DOS ÍNDICES DA UNIMED DE LONDRINA/PR

Item	Índices	2000	1999	1998	1997	Interpretação
<b>3.2.2</b>	<b>Índices de Estrutura</b>					
A	Participação de capitais de terceiros	291,55%	268,42%	318,17%	325,90%	quanto maior, pior
B	Composição do endividamento	53,61%	61,23%	71,69%	77,56%	quanto maior, pior
C	Imobilização do patrimônio líquido	92,04%	100,97%	74,14%	85,03%	quanto maior, pior
<b>3.2.3</b>	<b>Índices de Solvência ou liquidez</b>					
A	Capital de giro (ou circulante) líquido	2.309.860,05	673.588,11	717.519,28	237.731,39	quanto maior, melhor
B	Liquidez geral	1,03	1,00	1,08	1,05	quanto maior, melhor
C	Liquidez corrente	1,31	1,10	1,12	1,05	quanto maior, melhor
D	Liquidez seca	1,30	1,07	1,12	1,05	quanto maior, melhor
E	Liquidez imediata	0,54	0,30	0,49	0,39	próximo de 0,50
<b>3.2.4</b>	<b>Índices de Retorno, Rentabilidade ou Lucratividade</b>					
A	Margem bruta	11,78%	11,67%	10,63%	10,57%	quanto maior, melhor
B	Margem operacional	0,84%	1,40%	1,53%	0,45%	quanto maior, melhor
C	Margem líquida	0,61%	1,13%	1,05%	0,15%	quanto maior, melhor
D	Rentabilidade das vendas	5,14%	9,64%	9,87%	1,42%	quanto maior, melhor
E	Taxa de retorno sobre o ativo total	3,07%	5,80%	7,05%	1,19%	quanto maior, melhor
F	Retorno sobre o patrimônio líquido	13,68%	27,18%	41,83%	5,34%	quanto maior, melhor
<b>3.2.5</b>	<b>Índices de Rotação ou Atividade</b>					
A	Giro dos estoques	Inexistente				quanto maior, pior
B	Período médio de cobrança	Inexistente				quanto maior, pior
C	Período médio de pagamento	Inexistente				quanto maior, melhor
D	Giro do ativo permanente	21,57	18,81	37,95	39,60	quanto maior, melhor
E	Giro do ativo total	5,07	5,15	6,73	7,91	quanto maior, melhor
<b>3.3.1</b>	<b>Índices de endividamento</b>					
A	Índice de endividamento geral	74,46%	72,86%	76,09%	76,52%	quanto maior, pior
B	Índice exigível a longo prazo - patrimônio líquido	135,26%	104,06%	90,08%	73,14%	quanto maior, pior

#### 4.4 IMPACTO DA SISTEMÁTICA ATUAL DE REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS NO EQUILÍBRIO FINANCEIRO

Os dados da pesquisa conduzem a uma inferência de que o grande desafio da administração da Unimed, ditado pelos anseios de seus cooperados, é o de implementar uma forma de remuneração a mais justa possível, usando os princípios da igualdade e equidade. Mas surge uma pergunta, como aplicar tais princípios num universo de cooperados, considerando-se que individualmente são desiguais? Por exemplo, desigualdade entre as especialidades médicas, sabendo que existem algumas essencialmente artesanais, aquelas em que o médico trabalha quase que sem aparatos tecnológicos, tais como a Pediatria e a Ginecologia; e outras, que dependem quase que totalmente desses aparatos, tais como a Cardiologia e a Oftalmologia.

Neste contexto, surgem duas características de cooperados, os artesanais e os donos de equipamentos. A primeira classe luta para ter uma maior remuneração nas consultas e nos demais honorários médicos; e a segunda busca também maior remuneração pelos exames realizados em seus consultórios, os chamados exames autogerados ou especializados, interesse este justificável pelo alto custo tecnológico.

O grau de insatisfação e os conflitos de interesses têm como origem, de um lado, a extinção gradativa de pacientes particulares, que lhes garantem uma consulta particular devido à perda do poder aquisitivo da população. Acrescenta-se a este fator ainda a expectativa frustrada dos cooperados em ter sua remuneração balizada pela Lista de Procedimentos Médicos, editada pela Associação Médica Brasileira, estipulando também valores para todos os demais procedimentos médicos. Por outro lado, há pressão pelos custos crescentes da assistência médica, motivada pelo aumento na utilização dos serviços pelos usuários e os crescentes gastos operacionais, inclusive o crescimento da carga tributária.

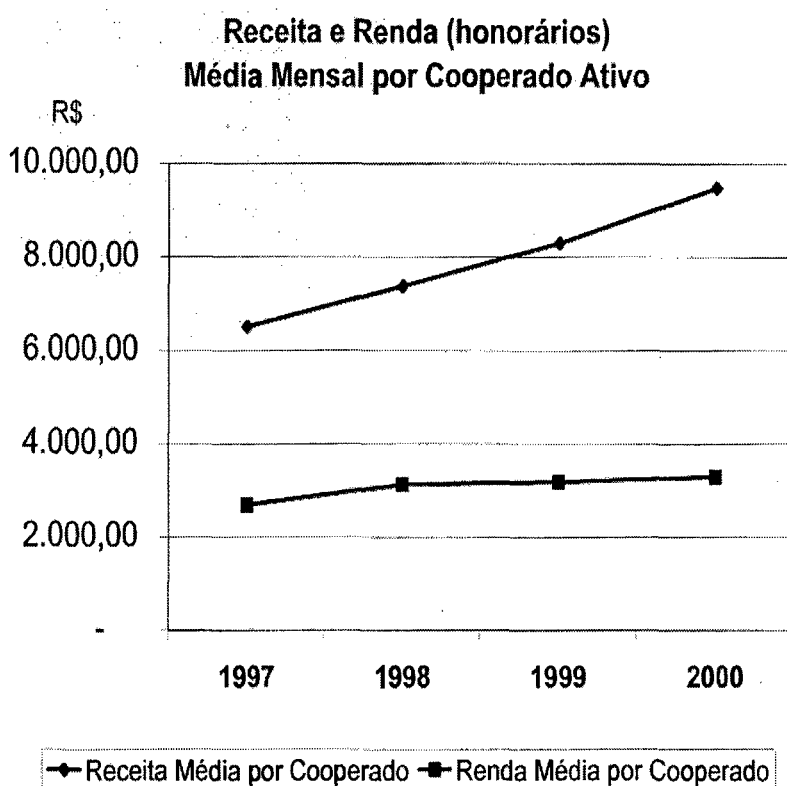
A sistemática de remuneração da produção médica atual baseia-se no faturamento total, excluindo-se deste todos os gastos operacionais e de investimentos, bem como os gastos hospitalares ( exceto honorários médicos), tendo como resultante desta equação o valor líquido disponível para a remuneração dos serviços médicos prestados. O sistema transacional da Unimed de Londrina permite que, a cada procedimento médico liberado aos seus usuários, num primeiro momento, se atribua o valor baseado na Lista de Procedimentos Médicos ( LPM /96). Porém, caso o valor

líquido disponível não seja suficiente para pagar plenamente conforme os valores da referida lista, aplica-se, então, sobre tais valores, um deságio linear, correspondente a um rateio, até atingir o montante líquido disponível.

Este sistema de rateio da produção médica aplicado para remunerar os serviços médicos em uso, por um lado traz certo desconforto ao cooperado, pela incerteza dos valores a serem percebidos enquanto prestador do serviço. Por outro lado, desperta no cooperado uma sensibilização no tocante à situação da empresa. Uma vez que os princípios do cooperativismo implicam um envolvimento maior de seus partícipes, é necessário que o interesse coletivo seja elevado a situação privilegiada em relação aos interesses pessoais de cada cooperado.

O Gráfico 1 demonstra os efeitos da atual sistemática de remuneração dos serviços médicos da Unimed de Londrina/PR.

Gráfico 1 - Receita e Renda (honorários) média mensal por Cooperado Ativo



FONTE: UNIMED

O gráfico evidencia a receita média gerada por cooperado e a renda média por cooperado. A receita corresponde ao faturamento total da empresa dividido pelo número de cooperados que produziram naquele período. Por renda entende-se o total

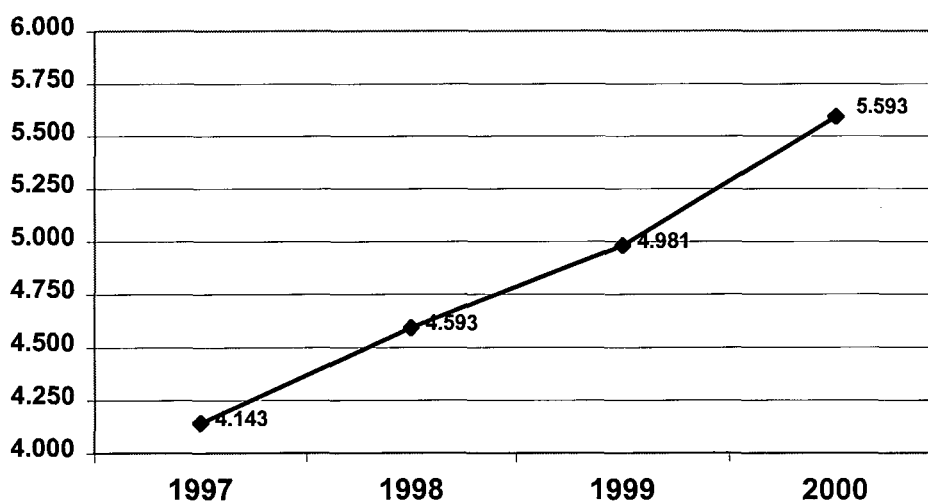
do pagamento atribuído para remunerar toda produção médica, dividido pelo número de cooperados que produziram naquele período.

Percebe-se que os honorários médicos (renda) situam-se na faixa compreendida entre dois mil e trezentos reais e três mil e seiscentos reais, com desempenho estável em relação a receita média gerada por cooperado, que em 1997 situava-se em torno de seis mil e trezentos reais, chegando próximo de dez mil reais em 2000.

Observa-se que a evolução da receita média por cooperado é maior do que a renda média percebida por cooperado. Isto mostra claramente que a renda não está acompanhando a evolução do crescimento da receita, em função da elevação dos custos e despesas operacionais, provocando a insatisfação dos cooperados, apontada na pesquisa.

O gráfico 2 apresenta a evolução da média mensal por ano das quantidades de atendimentos hospitalares.

Gráfico 2 - Evolução das médias mensais por ano dos Atendimentos Hospitalares em quantidades.

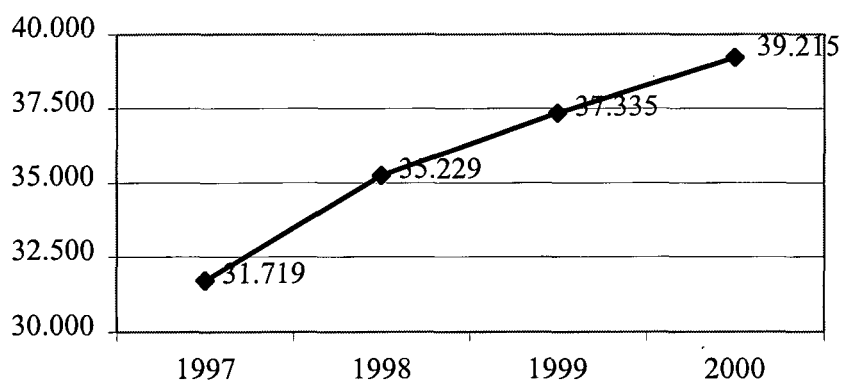


FONTE: UNIMED

Percebe-se que houve um aumento substancial no número de atendimentos hospitalares entre 1997 e 2000, fator que representa um aumento da produção médica e evidencia a necessidade na busca de alternativas que contribuam na manutenção da empresa e auxiliem aos anseios de seus cooperados.

O gráfico 3 apresenta a evolução da média mensal e por ano das consultas referentes também aos anos de 1997 e 2000, da produção médica dos cooperados da Unimed de Londrina/PR.

Gráfico 3 Evolução da média mensal e por ano de consultas - Quantidades



FONTE: UNIMED

A situação que se apresenta indica um aumento significativo no número de procedimentos médicos realizados pelos cooperados, numa performance ascendente. Isto vem corroborar que houve um incremento no trabalho cooperado, sem que a remuneração (renda) tenha acompanhado os mesmos percentuais, podendo ocasionar prejuízos ao desempenho médico - fator primordial que estimula a mudança na remuneração dos serviços médicos.

Da análise da atual sistemática de remuneração dos serviços médicos na empresa, detalhada através dos gráficos anteriores, depreende-se que as mudanças do sistema precisam ser implementadas para que os interesses da empresa sejam preservados, da mesma forma que se garanta a satisfação dos cooperados.

Para que se possa completar o entendimento a respeito da sistemática atual, apresenta-se, na tabela 20, uma planilha dinâmica, elaborada através do uso da ferramenta Office Excel em ambiente Windows, contemplando toda a produção médica no mês de junho de 2001, valorizada pela Lista de Procedimentos Médicos 1996 - tabela plena, cuja consecução só foi possível através de dados fornecidos pelo sistema de informática transacional da empresa.



TABELA 20 - Mapa da produção médica- Valores plenos - LPM/96

MAPA DA PRODUÇÃO MÉDICA		
CUSTOS DIRETOS DO MÊS		jun/01
PROCEDIMENTOS	TIPO	VALORES
DESPESAS HOSPITALARES	Diárias	446.729,53
	Taxas	430.836,11
	Materiais	2.288,21
	Medicamentos	495.578,64
	Órt/Prót/Reemb	131.194,97
<b>TOTAL PARA HOSPITAIS</b>		<b>1.506.627,46</b>
PRODUÇÃO MÉDICA SUJEITA AO RATEIO		
CONSULTAS EM CONSULTÓRIOS		1.226.862,00
CONSULTAS EM PRONTO SOCORROS		92.675,70
CONSULTAS EM PRONTO SOCORROS DE NÃO COOP.		30.361,50
ORIENTAÇÃO MÉDICA		7.305,00
PERÍCIA MÉDICA		775,00
HONORÁRIOS CLÍNICOS DE COOPERADOS		401.749,51
HONORÁRIOS CLÍNICOS DE NÃO COOPERADOS		20.886,35
HONORÁRIOS CIRÚRGICOS DE COOPERADOS		790.150,89
HONORÁRIOS CIRÚRGICOS DE NÃO COOPERADOS		29.072,56
EXAMES ESPECIALIZADOS		465.959,80
HEMODYNAMICA		38.443,28
RAIO X	HONORÁRIO	50.535,09
	CUSTO	48.085,78
	FILME	18.594,59
MAMOGRAFIA	HONORÁRIO	26.915,00
	CUSTO	19.052,50
	FILME	13.932,00
TOMOGRAFIA	HONORÁRIO	19.270,00
	CUSTO	56.653,60
	FILME	6.998,40
DENSITOMETRIA	HONORÁRIO	14.087,50
	CUSTO	36.647,50
CINTILOGRAFIA	HONORÁRIO	3.100,00
	CUSTO	15.051,50
	FILME	861,89
ULTRA-SOM	HONORÁRIO	123.591,86
	CUSTO	126.871,77
	FILME	3.280,60
RESSONÂNCIA	HONORÁRIO	6.750,00
	CUSTO	42.082,50
	FILME	6.998,40
ANÁLISES CLÍNICAS DE COOPERADOS		376.856,83
ANATOMO CITOPATOLOGIA DE COOPERADOS		49.992,30
ANÁLISES CLÍNICAS DE NÃO COOPERADOS		152.410,33
ANATOMO CITOPATOLOGIA DE NÃO COOPERADOS		32.654,60
HEMOTERAPIA	HONORÁRIO	4.666,50
	CUSTO	97.951,90
FISIOTERAPIA		247.560,70
FONO E PSICO.		13.143,00
DESPESAS AMBULATORIAIS		123.406,30
	<b>TOTAL</b>	<b>4.842.244,53</b>

Observa-se que o total da produção médica em valores plenos, baseado na LPM/96 é de R\$ 4.842.244,53, valor este que deveria ser pago aos cooperados e prestadores, caso houvesse recursos disponíveis. A tabela mostra os custos variáveis diretos da produção médica, divididos em custos hospitalares, valorizados conforme negociações com os prestadores e os demais custos dos serviços médicos realizados pelos cooperados e demais prestadores, sujeitos a eventual rateio, caso não haja recursos.

Cabe destacar os custos de alguns procedimentos, de acordo com a tabela de valores plenos. Neste sentido, uma consulta médica eletiva ( código 00.01.000-6, constante na página 21 da LPM - 96) é valorizada a R\$ 39,00. Uma tomografia computadorizada do tórax ( código 34.01.013-0, indicada na página 82 da LPM) tem seu valor dividido em R\$ 176,00 para custo e R\$ 50,00 para honorários médicos, totalizando R\$ 226,00. Para a ultra-sonografia de abdômen superior ( código 33.01.001-3, de acordo com a página 81 da LPM) são estabelecidos os valores de R\$ 27,50 para custo e R\$ 27,50 para os honorários médicos, totalizando R\$ 55,00. É importante que estes valores sejam explicitados, para que se possa compará-los após a aplicação do deságio sugerido pela nova proposta.

Por deságio entende-se a adequação dos valores ditados pela LPM à capacidade financeira da cooperativa para remunerá-los.

Na tabela 21 apresenta-se a planilha dinâmica de rateio da produção médica, referente ao mês de junho de 2001, com o detalhamento que permite evidenciar a sistemática atual de remuneração dos serviços médicos na Unimed de Londrina/PR.


O quadro 9, resume a lógica anteriormente mencionada, ou seja:

QUADRO 9 - Sistemática de rateio da produção médica

<b>Itens</b>	<b>Valores</b>
Total das receitas previstas	R\$ 7.541.694,08
(-) Custos e despesas operacionais	R\$ 2.501.713,62
(-) Custos diretos (hospitais)	R\$ 1.506.627,46
(-) Investimentos e provisões	R\$ 92.206,53
(-) Expectativa de sobra	R\$ 100.000,00
(=) Valor líquido disponível para rateio	R\$ 3.341.146,47

Pode-se observar, na tabela anterior, que seriam necessários R\$ 4.842.244,53 para pagar integralmente todos os procedimentos médicos realizados naquele mês. Porém, o valor líquido disponível para rateio, conforme demonstrado, é de R\$ 3.341.146,47. Por esta razão, sobre a tabela anterior, aplica-se um percentual de deságio linear que visa aproximar o valor resultante ao valor líquido disponível. A diferença entre estes dois valores corresponde a um percentual de aproximadamente 31,5%, representando o equilíbrio entre o total da produção médica e o valor líquido disponível para rateio. Desta forma, estabelece-se o equilíbrio financeiro da cooperativa ao não provocar *deficits* (prejuízos) ou sobras (lucros) operacionais, não alterando assim seu fluxo de caixa, cumprindo assim sua natureza jurídica. A seguir apresenta-se a planilha com a sistemática atual de remuneração da produção médica da empresa, aplicando-se referido deságio sobre a mesma.

TABELA 21 - TABELA DE RATEIO DA PRODUÇÃO MÉDICA - MODELO ATUAL

PLANILHA DE RATEIO DA PRODUÇÃO MÉDICA - MODELO ATUAL		Jun/01			
		VALORES	%REC		
		<b>RECEITAS PREVISTAS:</b>			
		PLANOS	Empresas em Custo Operacional	366.640,97	4,86
			Empresas em Pré-Pagamento	1.112.610,41	14,75
			Planos Familiares	4.123.921,46	54,68
			Intercâmbio	1.868.552,09	24,75
		SUB-TOTAL		7.469.724,83	99,05
		FINANCEIRA		67.773,40	0,90
		RECUPERAÇÕES DIVERSAS		4.195,85	0,06
		SUB-TOTAL		71.969,25	0,95
		<b>TOTAL DAS RECEITAS PREVISTAS</b>		<b>7.541.694,08</b>	<b>100,00</b>
		<b>CUSTOS E DESPESAS PREVISTAS:</b>			
		GERAIS E ADMINISTRATIVAS		1.495.380,43	19,83
		CUSTOS INDIRETOS		1.006.333,19	13,34
		SUB-TOTAL		2.501.713,62	33,17
		CUSTOS DIRETOS			
		HOSPITAIS	Diárias	446.729,53	5,92
			Taxas	430.836,11	5,71
			Materiais	2.288,21	0,03
			Medicamentos	495.578,64	6,57
			Órteses e Próteses	131.194,97	1,74
<b>TOTAL PARA HOSPITAIS</b>		<b>1.506.627,46</b>	<b>19,98</b>		
<b>PRODUÇÃO MÉDICA</b>					
0,6850	26,72	CONSULTA EM CONSULTÓRIOS	840.400,47	11,14	
0,6850	26,72	CONSULTA EM PRONTO SOCORROS	63.482,85	0,84	
0,6154	24,00	CONSULTA EM PRONTO SOCORROS NÃO COOPERADOS	18.684,00	0,25	
1,0000	15,00	ORIENTAÇÃO MÉDICA	7.305,00	0,10	
1,0000	25,00	PERÍCIA MÉDICA	775,00	0,01	
0,6850	21,24	HONORÁRIOS CLÍNICOS DE COOPERADOS	275.198,41	3,65	
0,6129	19,00	HONORÁRIOS CLÍNICOS DE NÃO COOPERADOS	12.801,31	0,17	
0,6850	21,92	HONORÁRIOS CIRÚRGICOS DE COOPERADOS	541.253,36	7,18	
0,5938	19,00	HONORÁRIOS CIRÚRGICOS DE NÃO COOPERADOS	17.261,83	0,23	
0,6850	21,24	EXAMES ESPECIALIZADOS	319.182,46	4,23	
0,6850	21,92	HEMODINÂMICA	26.333,65	0,35	
RADIOLOGIA:					
0,6850	17,81	. Raio X	Honorários	34.616,54	0,46
			Custo	32.938,76	0,44
			Filme (R\$)	18.594,59	0,25
0,6850	17,81	. Mamografia	Honorários	18.436,78	0,24
			Custo	13.050,96	0,17
			Filme (R\$)	13.932,00	0,18
0,6850	17,13	. Tomografia	Honorários	13.199,95	0,18
			Custo	38.807,72	0,51
			Filme (R\$)	6.998,40	0,09
IMAGEM:					
0,6850	15,07	. Densitometria	Honorários	9.649,94	0,13
			Custo	25.103,54	0,33
0,6850	17,13	. Cintilografia	Honorários	2.123,50	0,03
			Custo	10.310,28	0,14
			Filme (R\$)	861,89	0,01
0,6850	17,13	. Ultra-som	Honorários	84.660,42	1,12
			Custo	86.907,16	1,15
			Filme (R\$)	3.280,60	0,04
0,6850	17,13	. Ressonância	Honorários	4.623,75	0,06
			Custo	28.826,51	0,38
			Filme (R\$)	6.998,40	0,09
LABORATÓRIOS					
0,6850	21,24	. Cooperados	Análises Clínicas	258.146,93	3,42
			Anátó-Citopatologia	34.244,73	0,45
0,5806	18,00	. Não Cooperados	Análises Clínicas	88.496,32	1,17
			Anátó-Citopatologia	22.368,40	0,30
0,6850	20,55	HEMOTERAPIA	Honorários	3.196,55	0,04
			Custo	67.097,05	0,89
0,5143	18,00	FISIOTERAPIA	127.316,93	1,69	
0,7693	30,00	FONO E PSICO	10.110,67	0,13	
1,0000	100,00	DESPESAS AMBULATORIAIS		123.406,30	1,64
			OUTROS HONORÁRIOS E SERVIÇOS	34.390,00	0,46
TOTAL DOS CUSTOS DE PRODUÇÃO MÉDICA		3.345.373,92	44,36		
TOTAL DOS CUSTOS DIRETOS		4.852.001,38	64,34		
TOTAL DOS CUSTOS E DESPESAS PREVISTAS		7.353.715,00	97,51		
IMOBILIZADOS e INVESTIMENTOS		38.206,53	0,51		
PROVISÃO PARA RESERVAS ANS - RISCO		53.000,00	0,70		
<b>RESULTADO ESPERADO</b>		<b>96.772,55</b>	<b>1,28</b>		



Tomando-se como referência os três procedimentos elencados, buscando manter o equilíbrio financeiro da Unimed de Londrina/PR, tem-se como valores efetivamente pagos R\$ 26,72 para as consultas médicas, R\$ 120,56 para o custo da tomografia e R\$ 34,25 para os honorários médicos da mesma, totalizando R\$ 154,81 para o exame. Em relação à ultra-sonografia, os valores estabelecidos após o deságio são de R\$ 18,84 para o custo e o mesmo valor para os honorários, perfazendo um total de R\$ 37,68 para a realização do exame. A diferença entre os valores anteriores e os apresentados atinge um diferencial de 31,5%. É importante ressaltar que tanto os custos dos exames quanto os honorários sofreram o mesmo índice de deságio, residindo aí a distinção que se faz necessária para estabelecer as bases da nova proposta.

A sistemática de remuneração atual, ao não fazer distinção dos procedimentos médicos, por sua natureza, fere alguns princípios cooperativistas, como o da igualdade e da equidade, à medida em que valoriza igualmente o custo operacional do exame realizado através de máquina e o ato médico artesanal.

## 5 PESQUISA EMPÍRICA SOBRE A SATISFAÇÃO DOS COOPERADOS EM RELAÇÃO À REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS

A pesquisa de campo permite uma observação direta, no local do objeto de estudo, não se restringindo a informações teóricas. No presente trabalho julgou-se essencial ouvir os cooperados da singular, que se constitui no estudo de caso, visando medir o grau de satisfação destes quanto à forma atual de pagamento e buscar sugestões de alternativas para promoção de mudança.

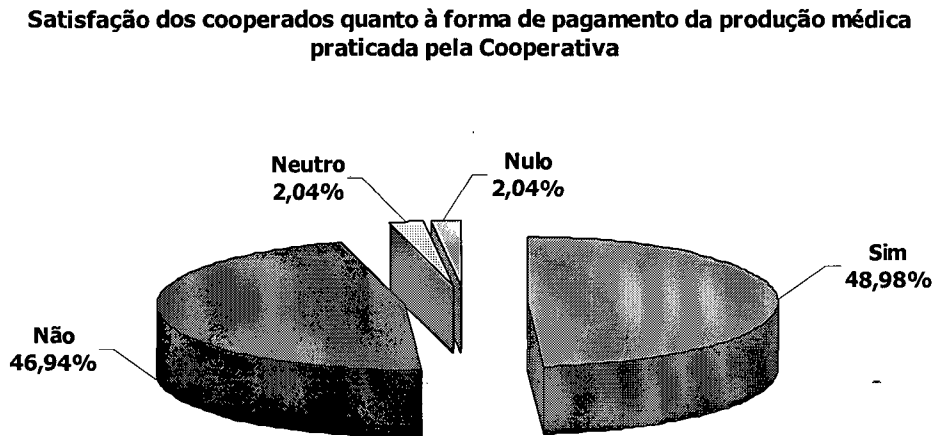
### 5.1 SATISFAÇÃO DOS COOPERADOS QUANTO À FORMA ATUAL DE REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS

Para verificar a satisfação dos cooperados em relação à forma atual de remuneração dos serviços médicos, elaborou-se a questão que segue:

*Questão nº 1 -Você está satisfeito com a forma variável de pagamento praticada pela Unimed?*

Com esta pergunta, buscou-se obter a opinião dos cooperados em relação à forma variável de pagamento da produção médica, tendo em vista a atual sistemática de remuneração dos serviços médicos e visando a proposição de um novo modelo que contemple as expectativas do maior número de cooperados possível.. O Gráfico 4 aponta os resultados obtidos em relação a esta questão.

Gráfico 4 - Satisfação dos cooperados quanto à forma de pagamento da produção médica praticada pela Cooperativa



Nota-se que, embora 48,98% dos entrevistados estejam satisfeitos, 46,94% estão insatisfeitos, com uma variação de apenas 2,04% entre um grau e outro. Esta pequena margem de diferença evidencia uma situação de conflito entre os cooperados, que encontram-se divididos quanto ao nível de satisfação.

Diante destes números, pode-se inferir que é necessário rever a forma de remuneração dos serviços médicos praticada pela Unimed de Londrina/PR. As respostas a esta questão sustentaram o embasamento do presente trabalho, resgatando a percepção inicial de que a forma de rateio variável dificulta para o cooperado a administração financeira de sua renda.

## 5.2 SUGESTÕES DE ALTERNATIVAS PARA PROMOÇÃO DE MUDANÇAS

A atual gestão de negócios sugere um envolvimento de todos - cooperados e colaboradores - no processo de tomada de decisões que interfiram decisivamente na condução da empresa. Neste sentido, a questão que segue buscou obter dados que revelassem a opinião dos entrevistados sobre possíveis mudanças a serem efetuadas com o objetivo de promover melhorias na atual sistemática de remuneração dos

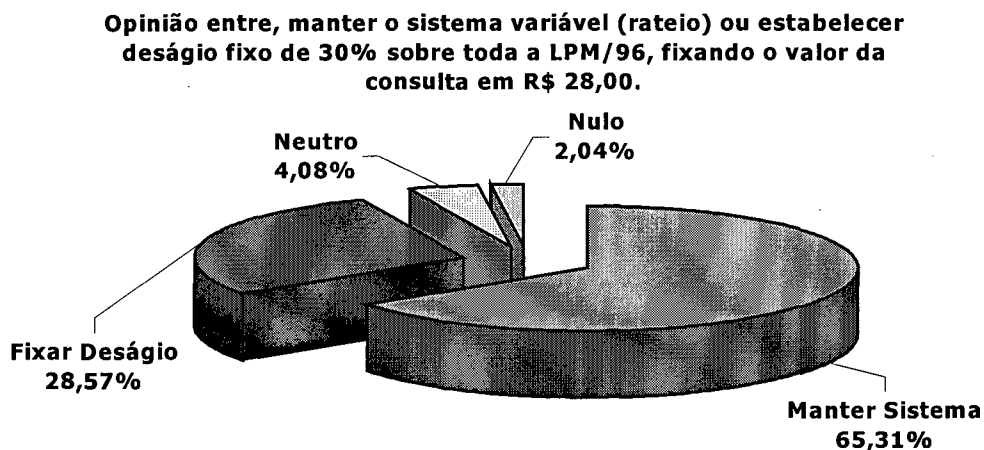


serviços médicos. Além disso, que contemplasse, de forma mais equilibrada, as expectativas do maior número de cooperados em relação ao assunto.

*Questão nº 2 - Você considera mais adequado manter o sistema variável ou estabelecer deságio de 30% sobre a LPM/96, fixando o valor da consulta em R\$ 28,00”.*

O gráfico 5 evidencia a opinião dos cooperados sobre a permanência do sistema atual de remuneração ou a possibilidade de aplicação do deságio de 30% sobre os valores constantes na tabela plena, fato que acredita-se viria cobrir as imperfeições da atual sistemática.

Gráfico 5 - Opinião dos cooperados sobre manter o sistema variável ou estabelecer deságio de 30% sobre a LPM/96, fixando o valor da consulta em R\$ 28,00.



Observa-se que 65% dos cooperados opinaram no sentido de manter o sistema atual, constatando-se que o valor para remuneração de R\$ 28,00 por consulta é considerado baixo pelos mesmos.

Considera-se, então, que a atual sistemática apresenta ainda vários pontos positivos. No entanto, é necessário remodelar alguns itens que estão em desacordo com as expectativas dos médicos cooperados, a começar pelo valor da consulta,

considerado ínfimo pela grande maioria dos entrevistados, e não compatível com a importância dos serviços prestados, de alta relevância social.

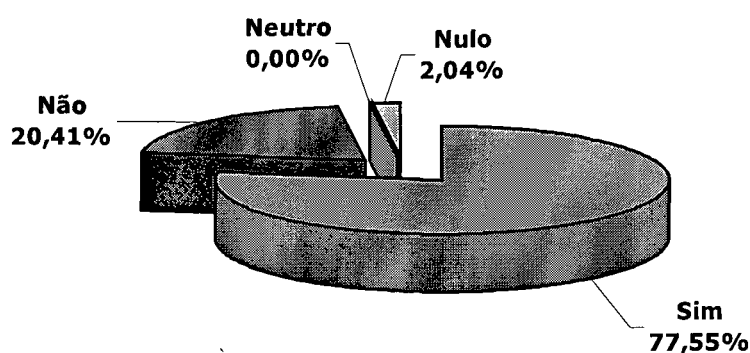
Na seqüência, a questão 3 procurou investigar a opinião dos cooperados sobre a possibilidade de privilegiar no rateio da produção médica o ato médico artesanal, em detrimento dos custos destinados aos exames complementares e auto-gerados.

Questão nº 3 - Você acha que a Unimed deve *privilegiar no rateio da produção médica o ato médico artesanal em detrimento dos custos dos exames complementares e auto-gerados?*

O Gráfico 6 apresenta as respostas obtidas junto aos cooperados sobre a melhor forma de gerenciamento do rateio da produção médica e serviu de parâmetro para a conclusão de que o ato médico artesanal deve ser privilegiado, uma vez que o potencial humano deve constituir o valor intrínseco mais importante em qualquer empresa, especialmente no que concerne ao exercício da Medicina.

Gráfico 6 Privilégio do rateio da produção em detrimento dos custos dos exames complementares e auto-gerados

**Valorizar o ato médico no rateio da produção em detrimento dos custos dos exames complementares e auto-gerados**



Essa questão foi elaborada tendo em vista a atual forma de remuneração dos serviços médicos contemplados pela Unimed de Londrina/PR. Uma vez que um grande número de atendimentos de consultas podem ser incluídos na categoria de ato médico artesanal, nada mais justo que valorizar o mesmo como forma de melhorar a sistemática de remuneração dos serviços médicos.

A grande maioria dos cooperados, 77,55%, opinou em prol de privilegiar o rateio do ato médico artesanal. Esta forma refletiria uma justiça maior de pagamento para as especialidades que são caracteristicamente diagnósticas, ou seja, aquelas com pouca dependência da realização de exames.

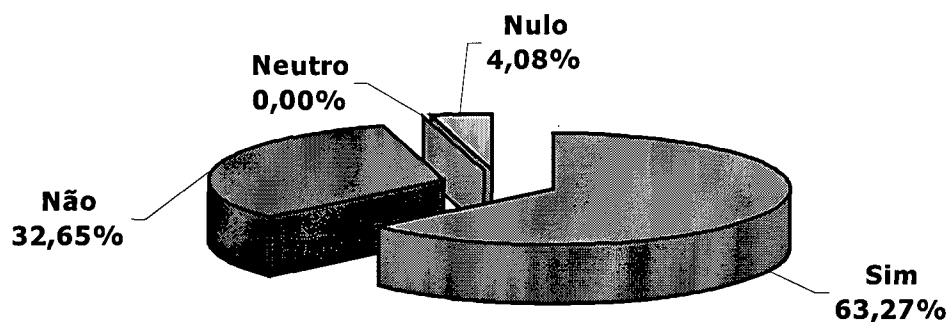
Em seguida, a questão 4 buscou verificar o grau de anuência dos cooperados quanto à fixação de valores máximos para gastos em exames complementares, auto-gerados e especializados. O objetivo precípua quando da elaboração desta questão foi determinar o montante máximo da possibilidade de gastos destinados a exames complementares, auto-gerados e especializados.

Questão nº 4 - Você acha que a Unimed deve *fixar um máximo de gastos em reais (R\$) para exames complementares, auto-gerados e especializados?*

O Gráfico 7 resulta da tabulação das respostas a esta questão.

Gráfico 7 - Fixação máxima de gastos em reais para exames complementares, auto-gerados e especializados.

**Fixação de gastos máximos em reais (R\$) para exames complementares, auto-gerados e especializados:**



O gráfico denota a opinião favorável de grande parcela dos entrevistados no tocante à fixação de um limite máximo para os gastos com exames complementares, auto-gerados e especializados.

Estas respostas reforçam as da questão anterior, evidenciando que o anseio dos cooperados condiz por uma remuneração privilegiada para o ato médico artesanal. O índice elevado (63,27%) de profissionais que responderam afirmativamente a esta questão comprova a necessidade de fixar um teto máximo para os gastos a serem realizados com exames complementares, auto-gerados e especializados. Desta forma, estaria sendo privilegiado o ato médico artesanal, através de um percentual maior para o pagamento de consultas realizadas dentro desta perspectiva.

Por último, a questão 5 buscou coletar sugestões quanto a possíveis mudanças que podem ser implementadas no sentido de ratear a remuneração da produção médica da singular de forma a contemplar satisfatoriamente as expectativas dos cooperados.

Por rateio mensal entende-se a divisão dos lucros auferidos pela cooperativa em igual proporção a todos os seus cooperados, de acordo com o desempenho profissional realizado durante o período de trinta dias.

*Questão nº 5 - Dê sugestões quanto à forma de promover o rateio mensal para remuneração da produção médica.*

O envolvimento demonstrado pelos cooperados através da exposição das prioridades destacou importantes pontos na administração da cooperativa. A busca da liquidez representa grande desafio para a empresa, assim como a diminuição dos custos administrativos, através de uma reestruturação administrativa e um planejamento tributário apropriado. Estas medidas integram a rotina administrativa da cooperativa.

Porém, o maior desafio está no controle e na redução dos custos diretos, pois representam no caso do mês de junho de 2001, 64,34% da receita total. Estes custos são de domínio exclusivo do cooperado, comprovando-se, assim, o papel fundamental que o mesmo exerce sobre o equilíbrio financeiro de sua cooperativa.

Por outro lado, os cooperados demonstraram estar inteirados dos objetivos a serem atingidos, quando referem-se à implantação de um Pronto Atendimento, uma vez que este poderá contribuir favoravelmente para a diminuição dos custos diretos.

Tendo sido colocada esta questão de forma aberta, surgiram as sugestões apresentadas na tabela 22:

Tabela 22- Sugestões coletadas junto aos cooperados

SUGESTÕES COLETADAS:	Quantidade	%
Reduzir honorários de exames auto-gerados	13	26%
Buscar liquidez adequada	04	10%
Privilegiar o atendimento artesanal	11	22%
Discutir estratégias com os Comitês de Especialidades	03	7%
Diminuir os custos administrativos	08	15%
Diminuir custos diretos	08	15%
Implantar Unidade de Pronto Atendimento	02	5%
Total	49	100%

As sugestões obtidas são importantes, pois representam o posicionamento dos cooperados a respeito de um processo decisório que irá interferir não apenas em sua própria remuneração, mas sobretudo no equilíbrio financeiro da cooperativa de serviços médicos. Poderão ainda nortear futuras políticas de remuneração, em consonância com os ideais cooperativistas.

CHIAVENATO (1999:56) afirma que "para ser adequadamente implementada e atingir os fins a que se propõe, a estratégia organizacional deve ser entendida e compreendida pela generalidade dos membros da organização, de modo que todos saibam o sentido de seu esforço e dedicação pessoal."

Neste sentido, as idéias do autor reforçam os resultados na pesquisa realizada e sua eficácia no sentido de integrar as necessidades da empresa aos princípios cooperativistas que devem nortear todos os atos e decisões da empresa.

Através da análise dos resultados da pesquisa realizada, pôde-se elaborar uma nova proposta de remuneração da produção médica dos cooperados da Unimed de Londrina/PR, no sentido de manter o equilíbrio financeiro da empresa, bem como acolher as sugestões dos cooperados.

## 6 PROPOSTA DE UM MODELO DE REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS PARA A UNIMED DE LONDRINA/ PR

### 6.1 CONFIGURAÇÃO PARA O SISTEMA DE INFORMAÇÕES

O desenvolvimento de um Sistema de Informação na Unimed de Londrina, baseado na metodologia e nas ferramentas na área de *Business Intelligence*, poderá oferecer o detalhamento necessário das informações, bem como análises futuras de simulações e tendências da produção médica.

*Business Intelligence* é um conjunto de conceitos e metodologias que, fazendo uso de acontecimentos (fatos) e sistemas baseados nos mesmos, apóia a tomada de decisões em negócios. Há produtos de *BI* desde a década de 70, que tinham como característica o uso intenso e exaustivo de programação, com altos custos de implantação. Porém, com o surgimento dos bancos de dados relacionais, dos PC's e das interfaces gráficas, como Windows, OS2, etc., aliados ao aumento da complexidade dos negócios, começaram a surgir os primeiros produtos realmente direcionados aos analistas de negócios.

Os sistemas de *BI* possuem como características a extração e integração de dados de múltiplas fontes, utilizam de experiências, analisam dados contextualizados, trabalham com hipóteses, procuram relações de causa e efeito e transformam os registros obtidos em informações úteis para o conhecimento empresarial. São ferramentas de *BI* a planilha eletrônica, geradores de *queries* e de relatórios, *DSS* (*Data System support*), *EIS* (*Executive Information System*), *Data Warehouse*, *Data Mart*, *OLAP* (*On Line Analytical Processing*) e *Data Mining*.

A escolha pelo modelo *Data Mart* justifica-se por ele ser parte de um DW, departamentalizado (Unidade de Negócios). O desenvolvimento do Sistema de Informações será mais transparente e permitirá ampliação futura, evoluindo para um *Data Warehouse*.

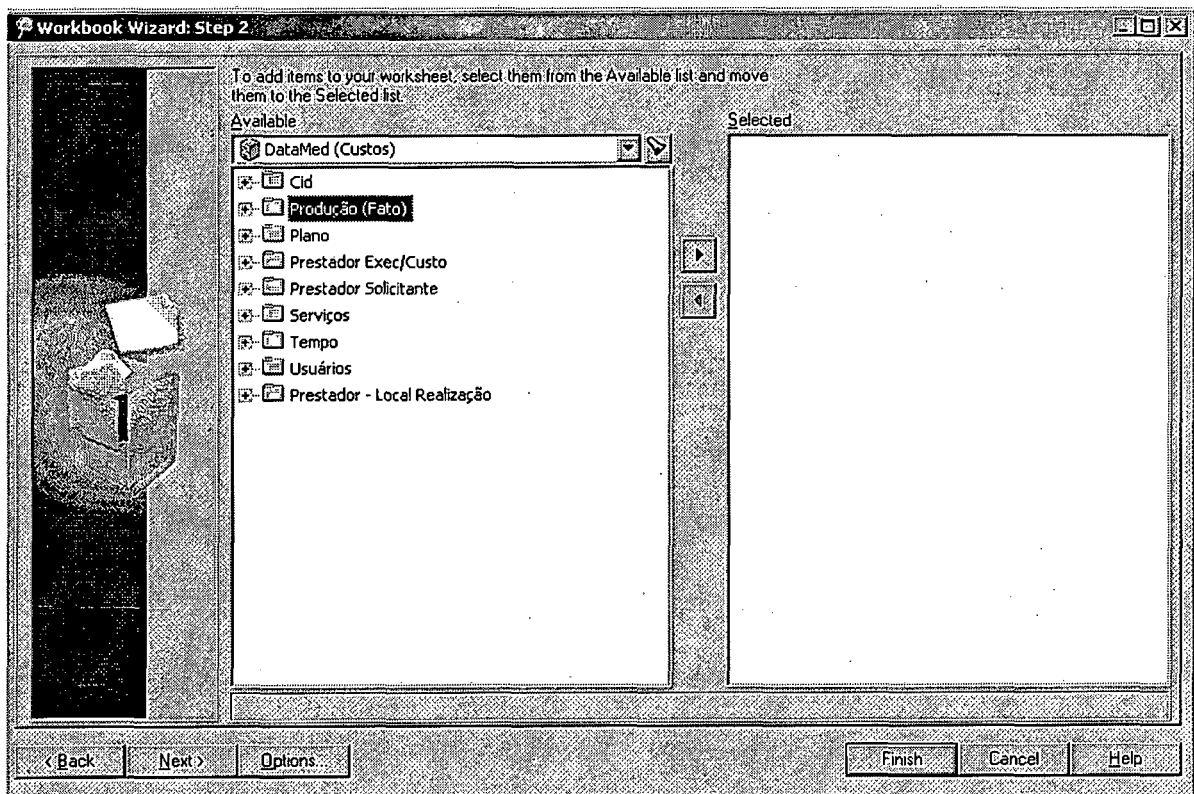
O *Data Mart* consiste de um DW departamental, ou parcial, ou ainda orientado a uma área da empresa. Não é o tamanho que define o que é um DW ou um Dmart. O que importa é o escopo. Assim, um *Data Mart* de uma determinada organização pode ser bem maior do que um DW de uma outra empresa inteira. Com o desenvolvimento de alguns *Data Marts* monta-se um *Data Warehouse*.

*Data warehousing* é o processo de integração dos dados corporativos da empresa em um repositório único a partir do qual os usuários finais podem facilmente executar consultas, fazer relatórios e realizar análises. Um DW é o ambiente de suporte à decisão que levanta os dados armazenados em diferentes fontes, organiza-os e os disponibiliza aos tomadores de decisão através da corporação, sem preocupar-se com a sua plataforma ou nível de conhecimento técnico.

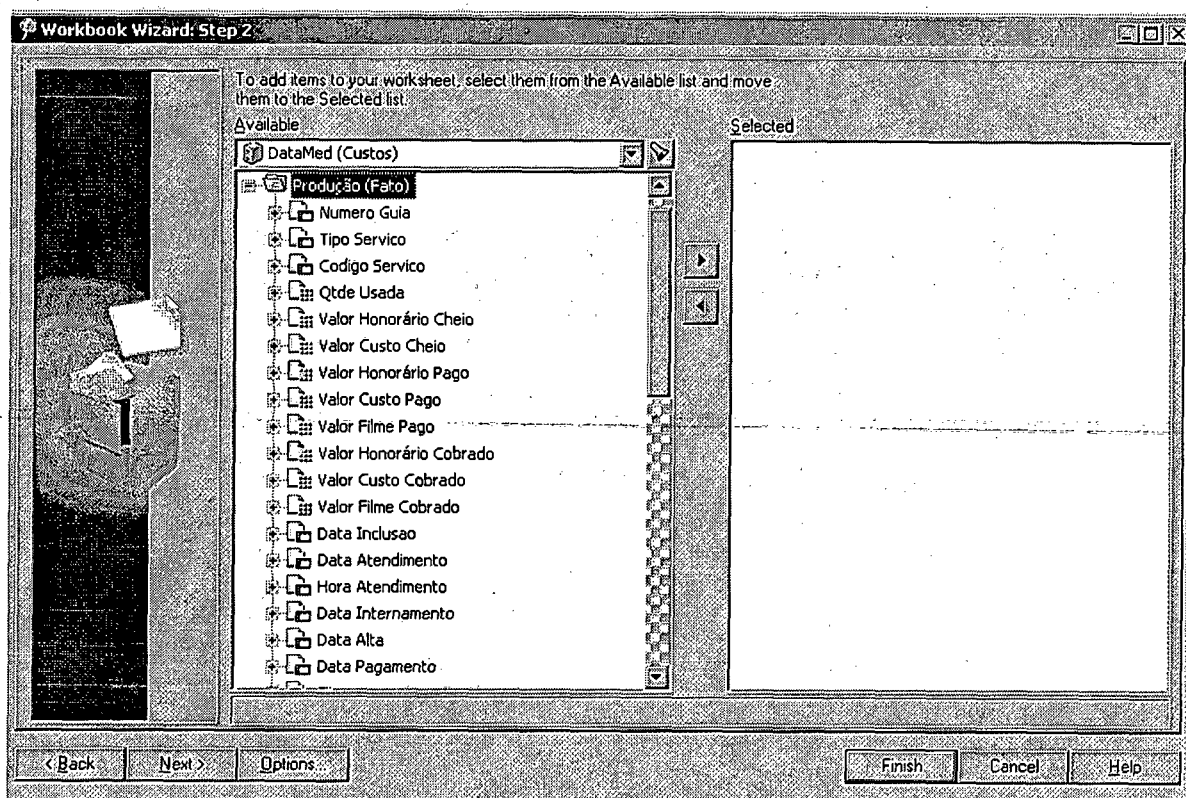
Recomenda-se iniciar pelo módulo de *custo* ou mais conhecido como *produção médica*. A implementação do módulo do custos deve oferecer, no mínimo, as dimensões de tempo, usuário, produto/plano, prestador/cooperado, classificação internacional de doenças – CID e de procedimentos médicos e hospitalares.

A seguir, apresenta-se algumas telas extraídas do módulo de *custos* do sistema de informação ainda em desenvolvimento. Será possível observar que o sistema abre muitas opções para pesquisas e criação de relatórios, conforme as necessidades dos usuários, transformando dados frios em informações preciosas, contribuindo para o bom gerenciamento da operadora, através do entendimento pleno da totalidade da produção médica.

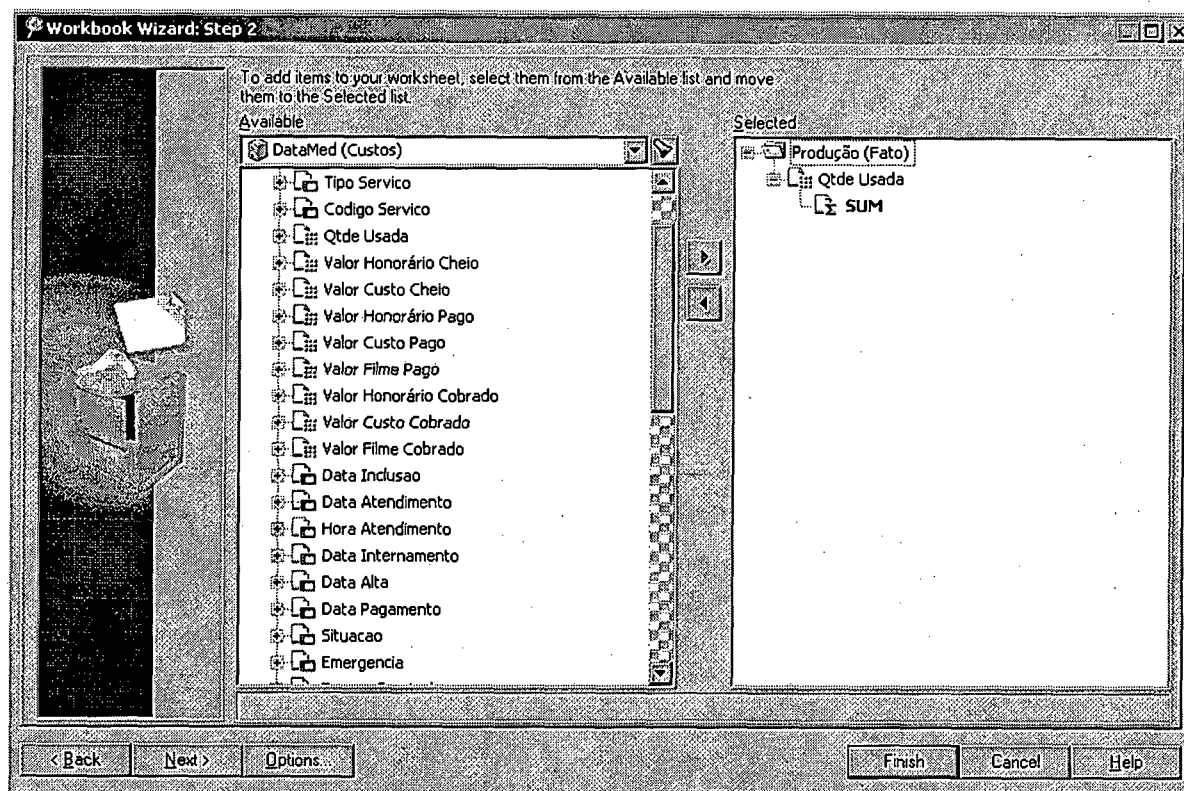
A tela a seguir permite ao usuário estruturar a partir dos dados, sua pesquisa:



Em seguida em forma de degraus e através de filtros, os dados são agrupados e a informação vai sendo construída, conforme as necessidades do usuário:

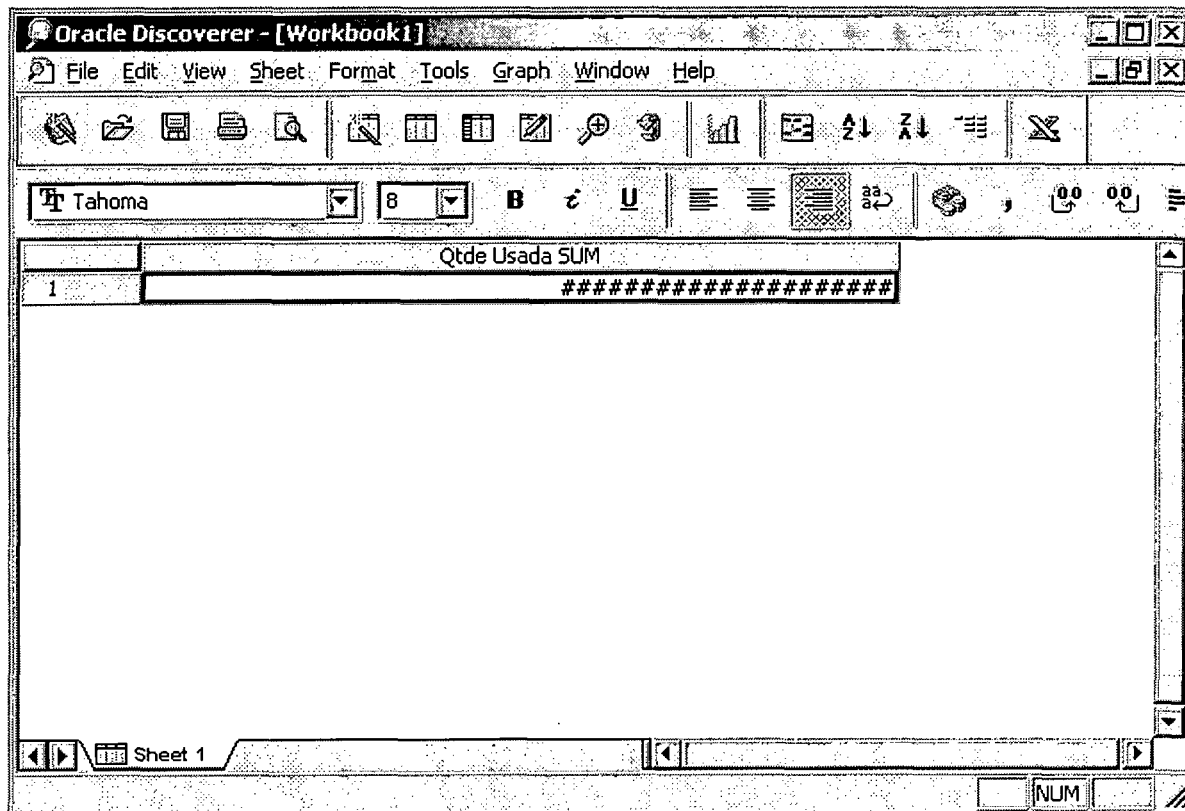


O sistema permite ainda conjugar dados, estruturando relatórios com aplicação de recursos matemáticos, proporcionando informações com credibilidade e segurança:





Após definido todos os parâmetros de pesquisa e formação de relatório, a tela abaixo demonstra a informação pronta para análise e tomada de decisão.



Os recursos disponíveis deste módulo criam amplas perspectivas de análises no gerenciamento dos custos. Com um maior e melhor conhecimento da produção médica, será possível desenvolver novas estratégias visando aperfeiçoar o sistema de rateio da produção médica. Na seqüência novos módulos para atendimento aos usuários, como o perfil epidemiológico da massa de clientes e o financeiro, deverão ser desenvolvidos.

Ressalta-se, no entanto, total dependência num bom sistema de informações, que possibilite perfeito gerenciamento profissional da operadora de planos de saúde, em todos os seus aspectos sócio, econômico e financeiro.

## 6.2 CONSIDERAÇÕES PARA ANÁLISE DOS INDICADORES DO EQUILÍBRIO FINANCEIRO DA UNIMED

O modelo proposto não provoca nenhuma consequência que possa alterar a performance dos indicadores financeiros apresentados neste trabalho, os quais se baseiam na atual sistemática de rateio e de pagamento da produção médica.

Pretende-se, com o novo procedimento, promover uma distribuição diferenciada do mesmo volume disponível de recursos, de maneira que o impacto nos respectivos indicadores financeiros será nulo.

Na definição do valor a ser pago, por exemplo de uma consulta médica, a tentação de manipulação do valor a ser remunerado pode ser significativa, principalmente quando a tomada de decisão vem de um membro dirigente médico, pois é muito natural ceder a eventuais pressões políticas de cooperados ou de especialidades.

No entanto, observa-se pela pesquisa, grande satisfação das partes envolvidas quando há uma política clara e bem centrada em princípios da administração financeira, permitindo resultados sólidos, bem como atravessar eventuais turbulências com poucos riscos e garantir a perenidade da empresa.

Portanto, qualquer alteração nos princípios da presente proposta deve considerar uma análise prévia e criteriosa dos seus aspectos, sobretudo em seus possíveis impactos na saúde financeira da Cooperativa.

Neste momento é que se torna relevante o uso dos indicadores de equilíbrio financeiro, da mesma forma como foram adotados para definir a presente proposta de remuneração dos serviços médicos na Unimed de Londrina/PR.

## 6.3 ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE NOVO MODELO DE REMUNERAÇÃO DA PRODUÇÃO MÉDICA NA UNIMED DE LONDRINA/PR

A análise final dos dados teóricos e empíricos direcionou o trabalho para a elaboração de uma proposta de rateio que favoreça especialmente os cooperados que praticam a medicina artesanal, valorizando prioritariamente os honorários médicos, já

que a essência da cooperativa é viabilizar o trabalho médico com remuneração justa, respaldada pelos resultados da pesquisa..

O propósito inicial do novo modelo que se apresenta visa contemplar os indicadores da pesquisa, valorizando a atuação do profissional médico. Considerando que o volume de recursos disponíveis para o pagamento dos procedimentos médicos é o mesmo, uma das maneiras encontradas para atender os objetivos propostos é promover a distribuição racional dos mesmos, dentro da produção médica, pela distinção entre os custos dos exames e o ato do médico. A essência da proposta é a de evitar o lucro sobre a realização de exames, ou seja, o médico deve ser remunerado de forma justa pelo serviço médico realizado e não pela produção de uma máquina.

O ato médico artesanal refere-se àquele em que o profissional dispõe apenas de seu conhecimento e habilidade profissionais para a prática de sua profissão. Assim, o médico pediatra ou obstetra realiza um ato médico artesanal, complementado pela realização de exames, realizados em laboratórios e clínicas que não pertencem a sua unidade de serviço. Já o oftalmologista, por exemplo, realiza em seu consultório exames auto-gerados, que auxiliam no diagnóstico dos casos médicos.

Entendendo-se que um exame possui uma parcela de custos (depreciação, gastos com manutenção, insumos, etc.) mais uma parcela de honorários médicos que consiste na análise dos resultados destes exames e seguindo esta linha de pensamento, fez-se necessário identificar os custos reais para a realização dos exames.

A tarefa foi fácil para a Unimed no que concerne aos exames por imagem, uma vez que a empresa possui em sua estrutura uma clínica de diagnóstico que realiza diversos exames, entre eles raio X, tomografia, ultra-sonografia e densitometria. São de domínio da Unimed de Londrina/PR os custos e despesas fixas e variáveis e sua margem de rentabilidade para a realização dos respectivos exames. Comparando-se os preços de venda dos serviços da Unimed de Londrina, que representam os custos reais para realização destes exames, com os custos previstos estabelecidos pela LPM/96, pôde-se identificar percentuais médios diferenciados de maneira a adequar a tabela plena, custos previstos, aos custos reais conhecidos pela empresa. Desta forma, estes percentuais foram fixados de forma sistemática como deságios aplicados no pagamento aos demais prestadores de serviços. Os percentuais resultantes desta

comparação de custos reais com os custos previstos relacionados na LPM/96 são os que constam na tabela a seguir:

TABELA 23 - Percentuais de deságio a serem aplicados somente nos custos operacionais dos exames de imagem, excluindo honorários e filmes dos mesmos

Exames	Custos Oper. na LPM/96	% de deságio Var. Sist.Atual	Custos Oper. Sist.Atual	% de deságio Fixo Proposto	Custos Oper. Proposto
RAIO-X	5,25	31,5%	3,60	35%	3,41
MAMOGRAFIA	50,00	31,5%	34,25	35%	32,50
TOMOGRAFIA	176,00	31,5%	120,56	45%	96,80
DENSITOMETRIA	85,00	31,5%	58,23	50%	42,50
CINTILOGRAFIA	162,50	31,5%	111,31	30%	113,75
ULTRA-SONOGRAFIA	27,50	31,5%	18,84	30%	19,25
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	335,00	31,5%	229,48	45%	206,25

Fonte: Unimed


Os exames de laboratório, que correspondem à classe de exames de patologia clínica, não possuem valores referenciais de custo na tabela plena da LPM. Em função da Unimed não ter domínio destes custos, retomou-se então um trabalho realizado em 1999 junto aos prestadores de serviços, que permitiu conhecer os custos reais, bem como os custos da estrutura operacional do prestador desses serviços, além da margem de lucro média esperada. Tornou-se possível, assim, reconhecer, por analogia, que aproximadamente 70% dos valores apresentados na LPM correspondem a custo para a realização dos exames e os 30% restantes são destinados a honorários médicos. Este trabalho foi importante, pois evidenciou a estrutura de custos e honorários daqueles exames, possibilitando a sua inserção no modelo proposto.

O trabalho realizado junto aos laboratórios, além de segregar parcelas de custos operacionais e honorários médicos, possibilitou identificar os custos reais dos exames para a Unimed de Londrina, contemplado pelos laboratórios, todos os seus custos e despesas fixas e variáveis, acrescidos ainda da devida margem de lucro, evidenciando que poder-se-ia aplicar 40% de deságio sobre os 70% da tabela LPM/96, equiparando, assim, os valores da mesma aos custos reais.

#### 6.4 APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA DO NOVO MODELO DE REMUNERAÇÃO DA PRODUÇÃO MÉDICA NA UNIMED DE LONDRINA/PR

A Tabela 24 evidencia a planilha de produção do mês de junho de 2001, indicando os reflexos do modelo proposto para a remuneração da produção médica da empresa, contemplando a adoção dos critérios de fixação de percentuais de deságios sobre os custos dos exames decorrentes de procedimentos médicos.

TABELA 24 - MODELO PROPOSTO DE RATEIO DA PRODUÇÃO MÉDICA

PLANILHA DE RATEIO DA PRODUÇÃO MÉDICA - MODELO PROPOSTO			Jun/01	
RECEITAS PREVISTAS :			VALORES	%REC
	P L A N O S	Empresas em Custo Operacional	366.640,87	4,86
		Empresas em Pré-Pagamento	1.142.610,41	14,75
		Planos Familiares	4.123.921,46	54,68
		Intercâmbio	1.866.552,09	24,75
Bases para deságios nos Custos				
RAIO X	35%	SUB-TOTAL	7.469.724,83	99,05
MAMOGRAFIA	35%	FINANCEIRA	67.773,40	0,90
TOMOGRAFIA	45%	RECUPERAÇÕES DIVERSAS	4.195,85	0,06
DENSITOMETRIA	50%	SUB-TOTAL	71.969,25	0,95
CINTILOGRAFIA	30%	TOTAL DAS RECEITAS PREVISTAS	7.541.694,08	100,00
ULTRA-SONOGRAFIA	30%	CUSTOS E DESPESAS PREVISTAS:		
RESSONÂNCIA	45%	GERAIS E ADMINISTRATIVAS	1.495.380,43	19,83
DEMAIS EXAMES	-40%	CUSTOS INDIRETOS	1.006.333,19	13,34
		SUB-TOTAL	2.501.713,62	33,17
Bases para deságios nos honorários		CUSTOS DIRETOS		
	-25,6%	HOSPITAIS		
		Diárias	446.729,53	5,92
		Taxas	430.836,11	5,71
		Materials	2.288,21	0,03
		Medicam.	495.578,64	6,57
		Ór/L/Próteses	131.194,97	1,74
		TOTAL HOSPITAIS	1.506.627,46	19,98
COEFICIENTES	R\$	PRODUÇÃO MÉDICA		
0,7440	29,02	CONSULTA EM CONSULTÓRIOS	912.785,33	12,10
0,7440	29,02	CONSULTA EM PRONTO SOCORROS	68.950,72	0,91
0,5897	23,00	CONSULTA EM PRONTO SOCORROS NÃO COOPERADOS	17.905,50	0,24
1,0000	15,00	ORIENTAÇÃO MÉDICA	7.305,00	0,10
1,0000	25,00	PERÍCIA MÉDICA	775,00	0,01
0,7440	23,06	HONORÁRIOS CLÍNICOS DE COOPERADOS	298.901,64	3,96
0,6129	19,00	HONORÁRIOS CLÍNICOS DE NÃO COOPERADOS	12.801,31	0,17
0,7440	23,81	HONORÁRIOS CIRÚRGICOS DE COOPERADOS	587.872,26	7,79
0,5938	19,00	HONORÁRIOS CIRÚRGICOS DE NÃO COOPERADOS	17.261,83	0,23
0,7008	21,72	EXAMES ESPECIALIZADOS	269.091,79	3,57
0,7440	23,81	HEMODYNAMICA	28.601,80	0,38
		RADIOLOGIA:		
		Raio X		
		Honorários	37.598,11	0,50
		Custo	31.255,76	0,41
		Filme (R\$)	18.594,59	0,25
		Mamografia		
		Honorários	20.024,76	0,27
		Custo	12.384,13	0,16
		Filme (R\$)	13.932,00	0,18
		Tomografia		
		Honorários	14.336,88	0,19
		Custo	31.159,48	0,41
		Filme (R\$)	6.998,40	0,09
		IMAGEM:		
		Densitometria		
		Honorários	10.481,10	0,14
		Custo	18.323,75	0,24
		Cintilografia		
		Honorários	2.306,40	0,03
		Custo	10.536,05	0,14
		Filme (R\$)	861,89	0,01
		Ultra-som		
		Honorários	91.952,34	1,22
		Custo	88.810,24	1,18
		Filme (R\$)	3.280,60	0,04
		Ressonância		
		Honorários	5.022,00	0,07
		Custo	23.145,38	0,31
		Filme (R\$)	6.998,40	0,09
		LABORATÓRIOS		
		Cooperados		
		Análises Clínicas	212.394,31	2,82
		Anáto-Citopatologia	37.194,27	0,49
		Não Cooperados		
		Análises Clínicas	88.496,32	1,17
		Anáto-Citopatologia	24.295,02	0,32
		HEMOTERAPIA		
		Honorários	3.471,88	0,05
		Custo	53.771,14	0,71
		FISIOTERAPIA		
			127.316,93	1,69
		FONO E PSICO		
			10.110,67	0,13
		DESPESAS AMBULATORIAIS		
			83.706,30	1,11
		OUTROS HONORÁRIOS E SERVIÇOS		
			34.390,00	0,46
		TOTAL DOS CUSTOS DE PRODUÇÃO MÉDICA	3.345.401,27	44,36
		TOTAL DOS CUSTOS DIRETOS	4.852.028,73	64,34
		TOTAL DOS CUSTOS E DESPESAS PREVISTAS	7.353.742,35	97,51
		IMOBILIZADOS e INVESTIMENTOS		
			38.206,53	0,51
		PROVISÃO PARA RESERVAS ANS - RISCO		
			53.000,00	0,70
		TOTAL ESPERADO	96.745,20	1,28

Com base na planilha apresentada, pode-se observar que, com a adoção dos percentuais fixos para os custos dos exames, pode-se canalizar mais recursos para a valorização do ato médico artesanal, ou seja, enquanto no modelo atual aplicou-se um deságio de 31,5% sobre os honorários médicos, no modelo proposto os honorários teriam um deságio menor, em torno de 25,6%. Assim, retomando os exemplos apresentados após a exposição das tabelas plenas e da sistemática atual, seriam impactados da seguinte maneira: a consulta passaria a ser paga a R\$ 29,02; o custo da tomografia seria reduzido para R\$ 96,80 e os honorários passariam a ser de R\$ 37,20, totalizando o valor do exame em R\$ 134,00. Quanto ao custo da ultrasonografia, seria de R\$ 19,25 e os honorários teriam seu valor elevado para R\$ 20,46, perfazendo um total de R\$ 39,71.

Nestes termos, a consulta médica teve um incremento de 10,76% e os honorários para tomografia e ultra-sonografia tiveram um aumento de 8,61%. Comprova-se, assim, a canalização de recursos advindos da redução dos custos dos exames para a valorização do ato médico artesanal. Mesmo tendo os custos dos exames reduzido, o profissional que deles se utiliza foi beneficiado, na medida em que tem seus honorários incrementados.

A performance apresentada sobre os honorários é linear para os demais honorários, sejam clínicos ou cirúrgicos, e o resultado apresentado é decorrente da ponderação da quantidade de cada exame dentro do universo da produção médica apresentada mensalmente.

Uma consulta médica de consultório seria paga, com base em junho de 2001, pelo método anterior em R\$ 26,72, canalizando um volume de recursos R\$ 840.400,00. Pela nova proposta, o valor a ser pago resultaria um volume de recursos de R\$ 912.785,00.

Desta forma, mesmo atingindo o objetivo principal do novo modelo, que corresponde à valorização do ato médico artesanal, os valores finais comprovam que o limite disponível para o pagamento da produção médica não foi extrapolado, permanecendo em torno de R\$ 3.345.000,00, promovendo, desta maneira, uma melhor distribuição de renda sem colocar em risco a saúde financeira da cooperativa, indo ao encontro dos anseios dos cooperados, revelados na pesquisa.

É importante ressaltar que o sistema transacional e o sistema de informações gerenciais foram fundamentais, pois possibilitaram fornecer embasamento para a análise dos dados existente e forneceram subsídios para a proposição do novo modelo de remuneração.

Desta forma, pode-se inferir que as mudanças a serem implementadas serão benéficas, tanto em termos de melhor remuneração dos serviços médicos, quanto na melhoria do nível de satisfação dos médicos cooperados. Tal fator certamente irá influenciar positivamente o desempenho profissional dos cooperados, em tempos nos quais a qualidade é tida como pressuposto básico para a gestão estratégica. É fundamental atingir, manter e aprimorar, constantemente, os níveis de qualidade de vida para as pessoas, através da determinação de objetivos que contemplem não apenas o lucro, mas a superação de conceitos que não considerem o ser humano como elemento precípuo na cultura organizacional de uma empresa.



## 7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente capítulo apresenta as conclusões da pesquisa, bem como as recomendações para futuros trabalhos que devem ser aprofundadas, dado o caráter dinâmico que a cooperativa de trabalho médico assume diante da sistemática social deste início de milênio.

### 7.1 CONCLUSÕES

A história do cooperativismo faz parte da evolução da humanidade. Ela se revela diante das dificuldades e lutas que os homens encontraram e travaram no dia-a-dia para sua sobrevivência e defesa de sua dignidade. É uma história ligada à economia daqueles que cooperam, que apoiados em sua doutrina buscam a produção e a distribuição daquilo que necessitam ou desejam para viver. O cooperativismo surge como uma atividade humana concreta, que leva a marca histórica de cada época em que ela ocorre. Por isso, pode-se falar de diferentes práticas cooperativas ao longo da história da humanidade.

O cooperativismo médico surge no cenário social brasileiro como opção e perspectivas de serviços de qualidade no atendimento a uma grande parcela da população. Neste sentido, procurou-se contribuir apresentando um modelo de remuneração dos serviços médicos para a Unimed de Londrina/PR, que proporcionasse a manutenção do equilíbrio financeiro da empresa, inserida num sistema cooperativo.

Ao descrever a origem, evolução e os principais aspectos que norteiam o espírito cooperativo, pretendeu-se destacar a importância do sistema cooperativo no cenário social brasileiro, especialmente no segmento da saúde.

Buscou-se cumprir os objetivos propostos no início deste trabalho em sua totalidade. A partir da caracterização da empresa operadora de planos de saúde e da exposição de sua situação econômico-financeira, evidenciando os princípios que devem reger uma cooperativa de trabalho. Da mesma forma, ao apresentar a

sistemática atual de remuneração dos serviços médicos, cumpriu-se o objetivo de verificar o impacto que ela promove na gestão financeira da cooperativa, bem como ao analisar a estrutura do sistema de informação, evidenciou o potencial proporcionado pelo mesmo.

Da apresentação da sistemática atual de remuneração dos serviços médicos na Unimed Londrina/Pr, também pode-se constatar de que muitos procedimentos precisam ser revistos por ocasião do rateio da produção médica, sempre visando valorizar o ato médico artesanal, consolidando aos dados obtidos junto aos cooperados entrevistados.

Cabe ainda asseverar que existe um certo descontentamento, que pode ser constatado nas respostas apresentadas durante o capítulo cinco, onde se investigou o grau de satisfação dos cooperados, em relação à valorização que é dada ao uso de equipamentos para realização de exames. Muitos cooperados deixam entrever, em suas respostas, a necessidade de realmente implementar uma proposta que vise assegurar a crescente valorização do ato médico artesanal.

O objetivo do modelo proposto fundamenta-se especialmente neste ponto. Pretende-se evitar a aferição de lucros exagerados com o uso de máquinas, em detrimento do trabalho médico, cujo referencial básico é o elemento humano.

Tendo em vista a proposição do objetivo geral de contribuir no desenvolvimento de um modelo de remuneração dos serviços médicos visando a manutenção do equilíbrio financeiro da operadora de planos de saúde Unimed de Londrina/PR, inserida num sistema cooperativo, a melhoria na valorização do trabalho médico observada na sistemática proposta, poderá provocar sensível melhoria no grau de satisfação dos cooperados.

## 7.2 RECOMENDAÇÕES

O modelo de remuneração da produção médica apresentado nesta pesquisa foi testado por meio de simulações, comparações e dados extraídos das demonstrações contábeis. No entanto, muitos são os fatores que contribuem na desvalorização do

trabalho médico e somente com a conscientização dos partícipes é que será possível atingir um bom grau de satisfação para todos.

No que se refere a futuras pesquisas, sugere-se que se estenda a pesquisa empírica aos clientes-usuários, uma vez que a gestão consciente de uma operadora de saúde perpassa necessariamente a integração entre as necessidades de cooperados, em consonância com o atendimento dos interesses dos usuários.

Cabe ainda como sugestão a pesquisa relativa à melhor forma de evitar abusos de alguns médicos na solicitação de exames desnecessários e de eventual conivência com alguns usuários, buscando parâmetros que estimulem a utilização racional, para que se possa atingir um estágio ideal de equilíbrio, satisfazendo os anseios de todos os envolvidos.

Uma vez que se constou nesta pesquisa que o trabalho médico deve ser valorizado em detrimento do uso de máquinas e equipamentos, deve-se investigar estratégias que permitam ampliar a visão inicial oferecida por este trabalho.

São muitos os empecilhos que podem determinar o insucesso de uma operadora de saúde na garantia da qualidade dos serviços. Dentre eles, pode-se mencionar o aumento da utilização dos serviços médicos e até mesmo a má utilização por parte de alguns usuários e mesmo de alguns cooperados. Além disso, há constantemente a necessidade de implantação de novas técnicas e tecnologias para o aprimoramento dos procedimentos médicos.

Estes entraves certamente não podem ser evitados pelo modelo proposto, e não se consegue evitar que ocorra o aviltamento dos honorários médicos, em decorrência de inúmeros fatores que perpassam a sistemática de remuneração da produção médica. Mesmo assim, é essencial que novas pesquisas sejam realizadas, tendo em vista a relevância que o tema assume diante da importância do segmento da saúde para o aumento da qualidade de vida da população.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ABENDROTH, Wolfgang. **A história social do movimento trabalhista europeu**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- ABREU, Aline França de. **Sistemas de informações gerenciais: uma abordagem orientada a negócios**. Florianópolis/SC: IGTI, 1999.
- AGA, Armando. In: Revista Exame, 30 de agosto de 1991.
- ALMANAQUE ABRIL - CD ROM - Editora Abril, 1999.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Lista de procedimentos médicos**. São Paulo, 1992.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Lista de procedimentos médicos**. São Paulo, 1996.
- ATKINSON, Anthony A. **Contabilidade gerencial**. São Paulo: Atlas, 2000.
- BENATO, João Vitorino Azolin. **O ABC do cooperativismo**, 4 ed., São Paulo: Ocesp, 1997.
- BRAGA, Fabiano. **O básico do cooperativismo**. 4 ed., São Paulo: Pioneira, 1999.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Rio de Janeiro: Forense, 1999,
- CARTA PATENTE 95/0053.5039 - BACEN
- CERVO, Amado Luiz, BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Makron, 1985.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- CRUZ, Tadeu. **Tecnologias de informação e a empresa do século XXI**. São Paulo: Atlas, 2000.
- CRUZIO, Helnon de Oliveira. **Como organizar e administrar uma cooperativa**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- DECRETO 5.764, de 16 de dezembro de 1971.
- DRUCKER, Peter Ferdinand. **Administrando para o futuro**. São Paulo: Pioneira, 1992.

\_\_\_\_\_. **Administrando em tempos de grandes mudanças.** São Paulo: Pioneira, 1995.

\_\_\_\_\_. **Administrando para o futuro: os anos 90 e a virada do século.** 5 ed, São Paulo: Pioneira, 1996.

FRANCO, Hilário. **Contabilidade industrial.** 9 ed., São Paulo: Atlas, 1991

FIPECAFI - **Manual de contabilidade das sociedades por ações/.** 4 ed, São Paulo: Atlas, 1994.

GITMAN, Laurence J. **Princípios de administração financeira.** 7 ed., São Paulo: Harbra, 1995.

IRION, João Eduardo Oliveira. **Cooperativismo e economia social.** São Paulo: STS, 1997.

KASSAI, José Roberto, KASSAI, Sílvia. **O termômetro de Kanitz.** ENAPAD, Foz do Iguaçu/ PR, 1998.

LAUDON, Kenneth C. LAUDON, Jane P. **Sistemas de informação.** 4 ed., Rio de Janeiro: LTC, 1999.

MAGALHÃES, Maria Henriqueta de. **A pré-história do instituto do cooperativismo e associativismo.** In: Cem anos de cooperativismo no Estado de São Paulo., São Paulo, 1991.

MATARAZZO, Dante C.. **Análise financeira de balanços.** 4 ed., São Paulo: Atlas, 1997.

MIRANDA, Roberto Lira. **Qualidade total: rompendo as barreiras entre a teoria e a prática.** 2 ed., São Paulo: Makron, 1995.

MOLLER, Claus. **O lado humano da qualidade.** São Paulo: Pioneira, 1998.

NASCIMENTO, Fernando Rios. **Cooperativa como alternativa de mudança.** Rio de Janeiro: Forense, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS - OCB. **Cooperativismo: origens.** Disponível em [www.ocb.org.br](http://www.ocb.org.br). Acessado em 20/03/00.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS DO ESTADO DO PARANÁ - OCEPAR. **O novo Cooperativismo.** Disponível em [www.ocepar.org.br](http://www.ocepar.org.br). Acessado em 29/03/00.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS DO ESTADO DE SÃO PAULO - OCESP. **Cooperativismo com sucesso**. Disponível em [www.ocesp.org.br](http://www.ocesp.org.br). Consultado em 21/03/00.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA-OCESC. **Cooperativismo**. Disponível em [www.ocesc.org.br](http://www.ocesc.org.br). Acessado em 23/03/00.

PINHO, Diva Benevides. (org.) **A empresa cooperativa**: análise social, financeira e contábil. São Paulo: Coopercultura, 1986.

PINTO, Almir Pazzianotto. **Cooperativas de trabalho**. São Paulo: Genesis, 1997.

PROENÇA, Nelson Guimarães. **A importância das cooperativas médicas**. Disponível em [www.ocesp.org.br](http://www.ocesp.org.br). Acessado em 21/03/00.

QUEIROZ, Carlos A. **Cooperativas de serviços e trabalho**. Rio de Janeiro: STS, 1999.

RESOLUÇÃO nº 2193/95 - BACEN

RICCIARDI, Luiz, LEMOS, Roberto Jenkis. **Cooperativa**: a empresa do século XXI. Rio de Janeiro: LTR, 1999.

SARATT, Newton, MORAES, Rogério. **Cooperativa de trabalho**: um diferencial inteligente. São Paulo: Ipsi Literis, 1998.

SENNET, Richard. **A corrosão do caráter**: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. São Paulo: Record, 2000.

SILVA, Edna Lúcia. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: Laboratório de Ensino à distância da UFSC, 2000.

SINGER, Paul. **Cooperativas e sindicatos no Brasil**. Disponível em: [www.cut.org.br](http://www.cut.org.br) Acessado em 03/04/00.

UNIMED DO BRASIL. **Cooperativismo médico**: a história e o êxito de um ideal. São Paulo, 1992.

VIANA, Wilton. **Cooperativa médica**: um desafio. Disponível em [www.unimedcp.com.br](http://www.unimedcp.com.br) Acessado em: 11/04/00

VIEIRA, Evaldo. **Estado e miséria social no Brasil**: de Getúlio a Geisel. 4 ed., São Paulo: Cortez, 1995.

WOOD, Jr. Thomas. **Mudança organizacional**. São Paulo: Atlas, 1995.

**ANEXOS****ANEXO I - INSTRUMENTO DE PESQUISA**

Questão 1: Você está satisfeito com a forma variável de pagamento praticada pela Unimed?

sim     não

Questão 2 : Assinale o que você considera mais adequado para manter o equilíbrio financeiro da empresa:

Manter o sistema variável

Estabelecer deságio de 30% sobre a LPM/96, fixando o valor da consulta em R\$ 28,00.

Questão 3: Você acha que a Unimed deve privilegiar no rateio da produção médica o ato médico artesanal em detrimento dos custos dos exames complementares e auto-gerados?

sim     não

Questão 4: Você acha que a Unimed deve fixar um teto máximo de gastos em reais para exames complementares, auto-gerados e especializados?

sim     não

Questão 5 : Dê sugestões quanto à forma de promover o rateio mensal para remuneração da produção médica:

## ANEXO 2 - BALANÇO PATRIMONIAL - ATIVO

	2000	1999	1998	1997
<b>CIRCULANTE</b>	<b>9.786.172,23</b>	<b>7.721.606,93</b>	<b>6.595.851,28</b>	<b>4.775.235,48</b>
<b>DISPONIBILIDADES</b>	<b>4.042.171,59</b>	<b>2.086.995,36</b>	<b>2.906.175,32</b>	<b>1.760.567,26</b>
Caixa	6.768,59	4.553,01	4.821,73	5.249,06
Bancos Conta Movimento	1.453.794,37	1.279.765,32	218.611,04	641.050,07
Aplicações Financeiras	2.581.608,63	802.677,03	2.682.742,55	1.114.268,13
<b>DIREITOS REALIZÁVEIS</b>	<b>5.463.748,81</b>	<b>5.207.134,38</b>	<b>3.642.195,55</b>	<b>2.980.151,00</b>
Faturas a Receber	2.346.135,11	2.347.065,35	1.680.162,42	1.403.070,46
Cheques a Receber	87.191,22	40.814,70	44.276,44	75.925,37
Taxa de Manutenção - Planos : Familiar e Vida	897.256,87	1.060.710,21	539.829,51	543.938,48
Taxa de Manutenção - Federação - PAC	52.130,45	16.517,44	-	16.608,64
Reembolso de Seguros - Federação / Seguradora	2.425,38	599,83	69.830,17	71.832,91
Aful - Assoc. Func. Unimed Londrina	-	3.500,00	22.851,99	-
Unimed Intrafederativa N. Paraná	8.099,71	4.588,14	772,14	-
Unimed Seguradora Plus	80,00	210,00	-	-
Adiantamento para Viagens	316,70	2.227,27	-	-
Adiantamentos a Fornecedores	372.504,90	243.738,27	187.434,04	41.800,06
Adiantamentos a Unicred	-	-	-	5.408,98
Caderneta de Poupança	-	-	363,56	325,67
Tributos Federais a Recuperar	245.223,96	431.529,67	226.078,56	108.820,76
Adiantamentos a Cooperados	1.307.340,81	918.798,80	776.537,49	671.750,00
Adiantamentos a Empregados	36.156,96	9.471,07	5.510,25	11.791,73
Contratos em Liquidação	108.886,74	127.363,63	88.548,98	28.877,94
<b>ESTOQUES</b>	<b>96.589,58</b>	<b>198.054,40</b>	<b>40.183,88</b>	<b>24.753,41</b>
Materiais de Consumo	96.589,58	198.054,40	40.183,88	24.753,41
<b>DESPESAS DO EXERCÍCIO SEGUINTE</b>	<b>183.662,25</b>	<b>229.422,79</b>	<b>7.296,53</b>	<b>9.763,81</b>
Serviço de Computação	25.166,74	63.516,67	-	-
Manutenção de Maq.e Equipamentos	-	297,50	-	-
Assinaturas de Jornais e Revistas	2.786,44	3.209,28	2.220,89	932,47
Prêmios de Seguros	9.007,16	8.963,32	4.775,64	4.781,34
Propagandas e Promoções	7.488,80	6.300,00	300,00	4.050,00
Encargos Financ.Ativo Permanente	112.121,87	147.136,02	-	-
Serviço/Aluguel/Vale Transp./Refeição	27.091,24	-	-	-
<b>REALIZÁVEL A LONGO PRAZO</b>	<b>4.541.187,56</b>	<b>3.747.385,72</b>	<b>2.270.430,67</b>	<b>1.343.867,58</b>
Empréstimos Compulsórios - FND	-	-	312,35	271,44
Depósito Judicial - INSS	3.111.496,11	2.885.889,31	2.003.472,52	1.214.782,15
Depósito Judicial - IRPJ s/ INSS Depositado	237.736,61	237.736,61	194.151,07	82.843,82
Depósito Judicial - Recursos Trabalhistas	3.472,97	515,16	515,16	515,16
Depósito Judicial - Recursos Cíveis	72.391,72	-	-	-
Depósito Judicial - Cofins	716.245,14	282.476,19	-	-
Depósito Judicial - CPMF	-	84.254,26	-	-
Fornecedores de Bens - Leasing	-	-	12.328,40	1.761,20
Adiantamento Futuro Aumento Capital-Unimed Participações	-	3.711,28	59.651,17	43.693,81
Adiantamento Futuro Aumento Capital-Central Nacional Unimed	8.219,57	-	-	-
Adiantamento Usimed do Paraná	391.625,44	245.554,51	-	-
Norpave Administração Consórcios	-	7.248,40	-	-
<b>PERMANENTE</b>	<b>4.402.897,62</b>	<b>4.329.594,19</b>	<b>1.910.680,05</b>	<b>1.526.496,15</b>
Investimentos	436.417,80	366.998,24	112.976,60	62.592,14
Imobilizados	5.516.086,79	5.064.733,56	2.584.071,02	2.075.465,12
(-) Depreciações	(1.628.019,72)	(1.171.800,95)	(810.423,20)	(639.461,66)
Diferido	120.529,42	103.365,26	42.460,47	38.573,79
(-) Amortizações	(42.116,67)	(33.701,92)	(18.404,84)	(10.673,24)
<b>TOTAL DO ATIVO</b>	<b>18.730.257,41</b>	<b>15.798.586,84</b>	<b>10.776.962,00</b>	<b>7.645.599,21</b>



## ANEXO 3 - BALANÇO PATRIMONIAL - PASSIVO

	2000	1999	1998	1997
<b>CIRCULANTE</b>	<b>7.476.312,18</b>	<b>7.048.018,82</b>	<b>5.878.332,00</b>	<b>4.537.504,09</b>
<b>OBRIGAÇÕES</b>	<b>7.476.312,18</b>	<b>7.048.018,82</b>	<b>5.878.332,00</b>	<b>4.537.504,09</b>
Fornecedores	427.729,24	477.723,33	150.612,11	27.012,56
Credores por Financ.Ativo Permanente	200.762,25	208.841,13	-	-
Produção a Pagar	6.030.011,74	5.351.641,85	4.850.465,69	3.903.730,85
Tributos a Recolher	94.241,85	203.128,12	124.818,68	94.159,89
Obrigações Trabalhistas e Sociais	133.964,12	109.803,29	84.724,19	68.791,06
Outras Contas a Pagar	60.307,89	131.325,19	164.298,10	139.507,05
Provisões de Férias	529.295,09	340.505,23	307.400,87	225.510,95
Provisão para Contribuição Social	-	225.050,68	94.515,54	28.208,49
Provisão para Imposto de Renda	-	-	101.496,82	50.583,24
<b>EXIGIVEL A LONGO PRAZO</b>	<b>6.470.305,29</b>	<b>4.462.405,13</b>	<b>2.321.457,70</b>	<b>1.312.947,28</b>
<b>OBRIGAÇÕES</b>	<b>448.940,71</b>	<b>637.410,81</b>	-	-
Credores por Financ.,Ativo Permanente	448.940,71	637.410,81	-	-
<b>PENDÊNCIAS JUDICIAIS</b>	<b>3.852.791,84</b>	<b>3.349.344,73</b>	<b>2.321.457,70</b>	<b>1.312.947,28</b>
INSS em Litígio	3.105.587,81	2.955.514,28	2.072.332,90	1.214.026,16
Cofins em Litígio	747.204,03	309.576,19	-	-
C.P.M.F. em Litígio	-	84.254,26	-	-
<b>PROVISÕES</b>	<b>2.168.572,74</b>	<b>475.649,59</b>	-	-
Provisão IRPJ s/ INSS em Litígio	225.083,73	225.083,73	249.124,80	98.921,12
provisão P/ Cobertura de Riscos	1.943.489,01	250.565,86	-	-
<b>PATRIMÔNIO LÍQUIDO</b>	<b>4.783.639,94</b>	<b>4.288.162,89</b>	<b>2.577.172,30</b>	<b>1.795.147,84</b>
<b>CAPITAL SOCIAL</b>	<b>2.449.586,36</b>	<b>1.051.648,74</b>	<b>916.933,90</b>	<b>873.355,93</b>
Capital Social Subscrito	2.475.086,36	1.069.315,74	918.607,90	914.989,63
(-) Capital Social a Realizar	(25.500,00)	(17.667,00)	(1.674,00)	(41.633,70)
<b>RESERVAS</b>	<b>1.931.048,85</b>	<b>2.595.038,23</b>	<b>1.128.161,51</b>	<b>858.061,71</b>
Reserva Legal	1.629.995,73	1.514.851,51	689.217,02	535.211,85
FATES-Fundo Assist.Técnica Educacional	111.121,66	160.390,50	107.969,58	58.489,02
Fundo para Aquisição de Recursos Próprios	-	730.222,45	266.339,06	266.339,06
Fundo para Cobertura de Riscos	-	-	63.730,20	-
Reserva para Incentivos Fiscais	1.263,34	905,65	905,65	905,65
(-) Saldo Corr.Monent. Diferido IPC/BTNF-90	-	-	-	(2.883,87)
Cofins Lei 9718/98	188.668,12	188.668,12	-	-
<b>Sobras à Disposição da A . G . O .</b>	<b>403.004,73</b>	<b>641.475,92</b>	<b>532.076,89</b>	<b>63.730,20</b>
<b>TOTAL DO PASSIVO</b>	<b>18.730.257,41</b>	<b>15.798.586,84</b>	<b>10.776.962,00</b>	<b>7.645.599,21</b>

## ANEXO 4 - DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO

Contas	2000	1999	1998	1997
Receitas dos Serviços Prestados	94.990.297,61	81.441.511,03	72.513.457,11	60.445.170,66
(-) Contratos Cancelados	(1.592.355,20)	(1.396.634,53)	(1.076.735,20)	(804.626,72)
(-) Impostos	(2.801.938,26)	(903.763,15)	(538.558,75)	(456.028,32)
(-) Custos dos Serviços	(79.403.485,26)	(69.635.694,92)	(63.193.328,82)	(52.793.934,13)
<b>Resultado Operacional Bruto</b>	<b>11.192.518,89</b>	<b>9.505.418,43</b>	<b>7.704.834,34</b>	<b>6.390.581,49</b>
Outras Receitas Operacionais	381.719,31	200.453,26	81.825,37	331.878,76
Outras Despesas Operacionais	(110.292,00)	-	(1.043,44)	(51.659,28)
Despesas Administrativas	(10.211.187,54)	(8.565.510,99)	(6.873.642,02)	(6.466.082,19)
Receitas Financeiras	514.935,62	696.122,19	637.472,86	405.567,68
Despesas Financeiras	(970.779,40)	(698.203,58)	(440.147,37)	(339.081,62)
<b>Resultado Operacional Líquido</b>	<b>796.914,88</b>	<b>1.138.279,31</b>	<b>1.109.299,74</b>	<b>271.204,84</b>
Receitas Não Operacionais	22.700,00	19.900,00	60,00	435,00
Despesas Não Operacionais	(4.708,79)	(16.734,46)	(150,00)	-
<b>Resultado Antes das Provisões</b>	<b>814.906,09</b>	<b>1.141.444,85</b>	<b>1.109.209,74</b>	<b>271.639,84</b>
(-) Provisão para Contribuição Social	(88.633,00)	(225.050,68)	(94.515,54)	(28.208,49)
(-) Provisão para Imposto de Renda	(150.552,03)	-	(101.496,82)	(50.583,24)
(-) Provisão para IR s/ INSS Judicial	-	-	(150.203,68)	(98.921,12)
(-) Ajuste Dif. Corr. Mon.IPC - 90	-	-	(2.883,87)	(2.883,86)
<b>Resultado Líquido do Exercício</b>	<b>575.721,06</b>	<b>916.394,17</b>	<b>760.109,83</b>	<b>91.043,13</b>
<b>Resultado Antes das Destinações</b>	<b>575.721,06</b>	<b>916.394,17</b>	<b>760.109,83</b>	<b>91.043,13</b>
<b>Destinações Legais e Estatutárias</b>				
FATES - 10%	(57.572,11)	(91.639,42)	(76.010,98)	(9.104,31)
Fundo de Reserva Legal - 20%	(115.144,22)	(183.278,83)	(152.021,96)	(18.208,64)
<b>Sobras à Disposição da A . G . O .</b>	<b>403.004,73</b>	<b>641.475,92</b>	<b>532.076,89</b>	<b>63.730,20</b>