

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DOUTORADO**

**Fátima Ferreira Roquete**

**IDENTIDADE E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS:  
UM ESTUDO COM DIRETORES EXECUTIVOS DE UMA COOPERATIVA DE  
TRABALHO MÉDICO DE MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte (MG)  
2012**

FÁTIMA FERREIRA ROQUETE

IDENTIDADE E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS:  
UM ESTUDO COM DIRETORES EXECUTIVOS DE UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DE  
MINAS GERAIS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Área de Concentração** - Saúde e Enfermagem

**Linha de Pesquisa** - Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem

**Orientadora** - Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria José Menezes Brito

**Belo Horizonte (MG)**  
**2012**

*A todos que acreditam em um mundo melhor e em  
uma sociedade mais humana ... e persistem nessa construção.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo milagre da vida, fé, determinação e coragem para a realização deste acalentado projeto profissional.

Aos meus pais, com saudades, pelos caros exemplos que são meu esteio; à minha *mãe de alma*, Taluda, que, de onde está, eu sei, está comigo agora.

À Raquel, Renata e Jusmar, por compreenderem minhas escolhas e, cada um, a seu modo, apoiar-me com respeito, compreensão e afeto. Meu amor por vocês, sempre.

À Profª Drª Maria José Menezes Brito, minha orientadora, pela oportunidade de crescimento, riqueza de aprendizado e amizade especial, renovada nesta trajetória. Deus a abençoe, querida Mary.

À Profª Drª Kely César Martins Paiva, pela generosidade, estímulo e contribuições inestimáveis, em especial, na elaboração da perspectiva integrada de análise da identidade e das competências profissionais, desenvolvida nesta tese.

À Profª Drª Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo, por apostar em minha *identidade visada* e ajudar-me nesta construção com a solidez dos ensinamentos e a abertura dos *novos horizontes*.

À Profª Drª. Marília Alves, pela acolhida na Escola de Enfermagem, pelo carinho, confiança e apoio.

À Profª Drª Adriane Vieira, por sua presença e pelo fundamental estímulo no cotidiano do trabalho.

À Profª Valéria Júdice, por participar de maneira especial desta construção, pelo carinho e delicadeza incomparáveis.

À Cooperativa Unimed, cenário do estudo, e a todos os entrevistados - dirigentes, cooperados e funcionários - que me receberam de forma especialmente acolhedora, sem os quais este trabalho não seria possível. Devo a vocês a expectativa de haver contribuído para a ampliação do conhecimento no cenário do cooperativismo médico.

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. Mery Natali Abreu, meu especial agradecimento pelo trabalho na parte estatística do estudo e aos colegas da Escola de Enfermagem pelas parcerias.

Aos colegas do NUPAE e da Pós-Graduação, pela convivência e carinho.

Aos membros da Banca de Qualificação, pelas importantes contribuições.

Aos membros da Banca de Defesa da Tese, por aceitarem o convite e tornarem-se parceiros nesta preciosa fase profissional.

Ao meu irmão Flávio, *irmão mais lindo*, pelo afeto, amizade e pela torcida; à Sônia, minha *prima-irmã*, pela amizade e carinho tão preciosos desde sempre; ao *Guerard, in memoriam*, pela certeza de sua amorosa presença.

Aos *amigos de fé*, em especial, Kiu, *irmã de alma*, Maia, filhas e famílias; Júnia, Marcos e família; e Sônia, Ivo e família, por compreenderem minhas ausências, continuarem torcendo por mim e oferecerem-me tantos *colos carinhosos* quando precisei.

À Luli, pelo privilégio de contar com sua presença no dia a dia de minha família e pela parceria no trajeto espiritual.

Aos alunos de Graduação e Pós-Graduação, por serem a razão maior desta realização profissional. No cotidiano do trabalho com vocês, eu (res-)significo minha escolha profissional e reafirmo que a prática docente confere especial sentido à minha vida. Acredito na educação como caminho para transformar o mundo em um mundo melhor e mais humano e em vocês para realizarem essa transformação.

***Muito obrigada a todos!***

*“Existem momentos na vida onde a questão de saber  
se se pode pensar diferentemente do que se pensa,  
e perceber diferentemente do que se vê,  
é indispensável para continuar a olhar ou a refletir”.*

Michel Foucault

## RESUMO

O sistema de saúde no Brasil é constituído por três subsistemas imbricados: o Sistema Único de Saúde, subsistema público; o privado, subsistema de desembolso direto; e a atenção médica suplementar, subsistema conhecido também como mercado de planos e seguros privados de saúde. Em 2012, mais de um quarto da população brasileira estava vinculada à assistência suplementar, sendo que 36% desses beneficiários eram assistidos por 326 cooperativas de trabalho médico Unimed, a maior rede de assistência médica suplementar do País, presente em mais de 83% do território nacional e contando com 112 mil médicos associados. Cada cooperativa é independente, propriedade do grupo de médicos a ela associados, que são os responsáveis por sua gestão. Fatores relacionados com transformações do ambiente global, bem como aspectos específicos da realidade nacional, acrescidos por especificidades da gestão cooperativista, vêm criando um cenário complexo de atuação para aqueles médicos que se tornam diretores executivos de uma cooperativa Unimed. Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar a configuração da identidade de cooperados diretores executivos de uma cooperativa de trabalho médico, considerando as competências profissionais mobilizadas para o exercício da função. O cenário do estudo foi uma cooperativa Unimed, situada no interior de Minas Gerais. Como sujeitos participaram 29 profissionais, divididos em dois grupos. O primeiro grupo foi composto por quatro médicos-cooperados que exerciam a função de gestores na cooperativa atuando como diretores executivos. Estes foram aqueles cuja identidade e competências se buscou conhecer e, portanto, sujeitos chamados de primários. O segundo grupo, denominado sujeitos secundários, foi composto por 25 profissionais que compartilham o cotidiano do trabalho com os médicos diretores executivos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Para a coleta de dados, realizada em 2011, adotou-se a entrevista individual com roteiro semiestruturado, aplicada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo entrevistado. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Uma perspectiva integrada de análise da identidade e das competências profissionais foi elaborada pela autora para analisar os dados, com base em Dubar (1997, 2005) e Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) adaptado por Paiva (2007). Em uma abordagem biográfica e relacional foram desvelados: a formação, a experiência anterior e a trajetória dos diretores; o exercício profissional atual na Unimed e fora dela; as expectativas relacionadas ao trabalho que realizam na função; e a *identidade relacional* na visão deles próprios e de *outros significativos* com os quais eles compartilham o cotidiano do trabalho. Os resultados mostraram que a identidade e as competências profissionais dos diretores executivos da Unimed-Beta são construídas no cotidiano do trabalho de forma imbricada, caracterizando, portanto, uma relação dinâmica e processual. As competências profissionais mobilizadas pelos diretores no exercício da função contemplaram um conjunto expressivo de habilidades, inseridas em cinco componentes da perspectiva integrada de análise adotada: cognitiva, funcional, comportamental, ética e política. As competências mencionadas como próprias do diretor presidente pelos sujeitos secundários médicos e pelos não médicos foram fundamentais para a compreensão da identidade e das competências profissionais mobilizadas pelos diretores de uma cooperativa de trabalho médico. A tese de que a configuração da identidade de médicos cooperados diretores executivos de uma cooperativa de trabalho médico Unimed está relacionada à mobilização de competências que possibilitam o enfrentamento de desafios do contexto da saúde no Brasil foi confirmada.

Palavras-chave: identidade; competências profissionais; gestor em saúde; Unimed; saúde suplementar.

## ABSTRACT

The health system in Brazil is constituted of three interwoven subsystems: the Unified Health system (SUS), public subsystem; the private, direct subsystem payment; and supplementary medical attention or the private health care insurance plans market. In 2012, more than a quarter of the Brazilian population had some kind of supplementary assistance, whereby 36% of these beneficiaries were assisted by 326 Unimed medical work cooperatives, the largest supplementary medical assistance network in Brazil, present in more than 83% of national territory and numbering 112,000 associate doctors. Each Unimed cooperative is independent, being the property of the doctors associated to it and responsible for its management. Factors related to the transformation of the global environment, as well as specific aspects of the national reality, added to cooperative management specificities, have created a complex working scenario for doctors who become executive directors of a Unimed cooperative. Therefore, the objective of this study was to analyze the configuration of executive director cooperative member identity in a Unimed medical work cooperative, considering the professional skills mobilized for the execution of the function. The study scenario was a Unimed cooperative, located in Minas Gerais. 29 professionals participated, divided into two groups. The primary group was composed of four cooperative-doctors carrying out the function of managers in the cooperative, acting as executive directors. These were the people whose identity and skills we sought to establish and we therefore called them the primary subjects. The second group, called secondary subjects, was composed of 25 professionals who work alongside the executive director doctors on a daily basis. The study was approved by the UFMG Research Ethics Committee. Data collection was performed in 2011, and an individual interview with semi-structured script was adopted. Before participation, the interviewees signed an Informed Consent Agreement form. In data analysis, the technique of content analysis was used. The author prepared an integrated analysis perspective of identity and professional skills, based on Dubar (1997, 2005) and Cheetham and Chivers (1996, 1998, 2000) adapted by Paiva (2007). In a biographical and relational approach the following were revealed: the training, previous experience and trajectory of the directors; their current professional work in Unimed, and away from it; the expectations related to the work they perform in their position; and *relational identity* in their own view and in that of *significant others* with whom they share their working day. The results showed that the identity and professional skills of Unimed-Beta executive directors are constructed through everyday work in an interrelated manner, thereby characterizing a dynamic and procedural relation. The professional skills mobilized by the directors in the performance of their function cover a significant set of skills, inserted in five components from the integrated analysis perspective adopted: cognitive, functional, behavioral, ethical and political. The skills mentioned as belonging to the chief executive officer by the secondary subject doctors and non-doctors were fundamental in comprehending the identity and professional skills mobilized by the directors of a medical work cooperative. The thesis that the identity configuration of Unimed executive director medical cooperative member doctors is related to the mobilization of skills that enable challenges to be met in the context of Brazilian health was confirmed.

Keywords: identity; professional skills; manager in health; Unimed; supplementary health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 Identidade.....</b>	<b>20</b>
3.1.1 Origens e abordagens teóricas da identidade .....	20
3.1.2 Abordagem sociológica das relações humanas .....	25
3.1.3 Identidade social: a perspectiva de análise de Claude Dubar .....	28
<b>3.2 Competência profissional .....</b>	<b>37</b>
3.2.1 Origens, conceitos e abordagens teóricas da competência .....	38
3.2.2 Competências profissionais: o modelo de Cheetham e Chivers.....	45
3.2.3 Identidade e competências profissionais .....	51
<b>3.3 Profissão e formação profissional do médico .....</b>	<b>53</b>
3.3.1 Revisitando a sociologia das profissões .....	54
3.3.2 O médico: profissão e formação .....	58
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>65</b>
4.1 <b>Caracterização da pesquisa .....</b>	<b>65</b>
4.2 <b>Sujeitos da pesquisa .....</b>	<b>66</b>
4.3 <b>Coleta de dados .....</b>	<b>69</b>
4.4 <b>Tratamento e análise dos dados .....</b>	<b>71</b>
4.5 <b>Aspectos éticos da pesquisa .....</b>	<b>74</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>75</b>
<b>5.1 O cenário da pesquisa .....</b>	<b>75</b>
5.1.1 Singularidades das sociedades cooperativas .....	75
5.1.2 Administrando uma cooperativa médica operadora de planos de saúde .....	83
<b>5.2 Perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa .....</b>	<b>93</b>
5.2.1 Perfil sociodemográfico dos sujeitos primários .....	94
5.2.2 Perfil sociodemográfico dos sujeitos secundários .....	97
<b>5.3 Quem é o cooperado diretor executivo da Unimed-Beta? .....</b>	<b>106</b>
5.3.1 Dimensões contextuais do trabalho na visão dos diretores executivos .....	106
5.3.2 Identidade social real - <i>identidade para si</i> .....	112
5.3.2.1 <i>Formação, experiência anterior e trajetória na Unimed-Beta</i> .....	113
5.3.2.2 <i>Exercício profissional atual dos cooperados diretores executivos na Unimed-Beta e fora dela</i> .....	120
5.3.2.3 <i>Expectativas relacionadas ao trabalho dos cooperados diretores executivos da Unimed-Beta</i> .....	130
5.3.2.4 <i>A identidade relacional para si na visão dos diretores executivos</i> .....	134

5.3.3 Identidade social virtual - <i>identidade para o outro</i> .....	139
5.3.3.1 <i>Exercício profissional atual dos cooperados diretores executivos na visão de outros significativos médicos</i> .....	140
5.3.3.2 <i>O futuro relacionado ao trabalho dos diretores executivo na visão de outros significativos médicos</i> .....	147
5.3.3.3 <i>A identidade relacional na perspectiva de outros significativos médicos</i> .....	149
5.3.3.4 <i>Exercício profissional atual dos cooperados diretores executivos na visão de outros significativos não médicos</i> .....	153
5.3.3.5 <i>O futuro relacionado ao trabalho dos diretores executivos na visão de outros significativos não médicos</i> .....	161
5.3.3.6 <i>A identidade relacional na perspectiva do outros significativos não médicos</i> .....	164
<b>5.4 Competências profissionais dos diretores executivos da Unimed-Beta</b> .....	169
5.4.1 Competências profissionais reconhecidas pelos próprios diretores executivos da Unimed-Beta .....	169
5.4.2 Competências profissionais dos diretores executivos da Unimed-Beta reconhecidas por terceiros, médicos.....	176
5.4.3 Competências profissionais dos diretores executivos da Unimed-Beta reconhecidas por terceiros, não médicos.....	188
<b>5.5 Aspectos da dinâmica entre identidade e competências profissionais mobilizadas pelos diretores executivos da Unimed-Beta no exercício da função</b> .....	196
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	204
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	208
<b>APÊNDICES</b> .....	224

## LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

### 1 Lista de figuras

Figura 1	- Modelo de aprendizagem vivencial .....	43
Figura 2	- Saberes produzidos no processo de desenvolvimento de competências	44
Figura 3	- Modelo de competências profissionais revisado .....	46
Figura 4	- Perspectiva de análise da competência profissional .....	49
Figura 5	- Perspectiva integrada de análise: identidade e competências profissionais .....	52
Figura 6	- Estrutura organizacional da Unimed-Beta .....	82
Figura 7	- Estrutura de administração em cooperativas .....	90

### 2 Lista de gráficos

Gráfico 1	- Evolução da taxa de crescimento da população brasileira, da população de médicos e da razão médico/habitante, de 1980 a 2010.	61
Gráfico 2	- Evolução dos planos de saúde coparticipativo e pré-pagamento e custo operacional da Unimed-Beta .....	85
Gráfico 3	- Evolução do quadro social da Unimed-Beta .....	87
Gráfico 4	- Tempo de formado dos sujeitos primários .....	95
Gráfico 5	- Faixa etária dos sujeitos primários .....	96
Gráfico 6	- Tempo dos sujeitos secundários na organização (em anos) .....	97
Gráfico 7	- Tempo dos sujeitos secundários na função atual (em anos) .....	98
Gráfico 8	- Jornada formal de trabalho diária dos sujeitos secundários .....	99
Gráfico 9	- Jornada real de trabalho diária dos sujeitos secundários .....	99
Gráfico 10	- Flexibilidade na jornada de trabalho dos sujeitos secundários .....	100
Gráfico 11	- Graduação dos sujeitos secundários .....	101
Gráfico 12	- Tempo de formado dos sujeitos secundários (em anos) .....	102
Gráfico 13	- Formação gerencial dos sujeitos secundários.....	102
Gráfico 14	- Sexo dos sujeitos secundários .....	103
Gráfico 15	- Faixa etária dos sujeitos secundários .....	105

### **3 Listas de quadros**

Quadro 1	- Comparação entre sociedade cooperativa e empresa mercantil .....	15
Quadro 2	- Perspectiva de análise da identidade .....	29
Quadro 3	- Legitimidade dos representantes nas cooperativas .....	91
Quadro 4	- Características identitárias dos diretores executivos da Unimed-Beta..	114

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Operadoras e beneficiários de assistência médico-hospitalar segundo a modalidade da operadora .....	14
Tabela 2	- Percentual de médicos brasileiros, de acordo com idade e sexo .....	62
Tabela 3	- Sujeitos da pesquisa .....	68
Tabela 4	- Evolução do número de beneficiários por tipo de contrato (06/2000 a 12/2011) .....	86

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde do Brasil foi reestruturado com a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, discussões sobre o tipo de sistema vigente no País permanecem ainda hoje, tendo em vista, dentre outros fatores, o fato de esse ser constituído por três subsistemas: o SUS, subsistema público; o privado, subsistema de desembolso direto; e a atenção médica suplementar, subsistema também privado (MENDES, 1998, 2004, 2011), conhecido como mercado de planos e seguros privados de saúde.

O subsistema de saúde suplementar existe no Brasil desde a década de 1960, está relacionado “[...] à urbanização, à industrialização do País, à renda e ao emprego formal” (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008, p. 1.422) e teve sua atuação regulamentada, em 1998, pela Lei n. 9.656 (BRASIL, 1998). O marco regulatório do segmento foi completado, em 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (BRASIL, 2000a). Esta tem a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar de saúde, regulando as operadoras, inclusive quanto a suas relações com prestadores e consumidores (BRASIL, 2000b). Além das operadoras, todos os prestadores de serviços como hospitais, laboratórios, profissionais, entre outros, são afetados por medidas da ANS (SATO, 2007).

No que concerne aos consumidores ou beneficiários, em junho de 2012, 48.656.405 de brasileiros estavam vinculados à saúde suplementar (ANS, 2012), o que significa mais de um quarto da população do País<sup>1</sup>. Os beneficiários estão distribuídos entre cinco principais modalidades de operadoras, caracterizadas conforme a personalidade jurídica: a autogestão, a filantropia, a seguradora especializada em saúde, a medicina de grupo e a cooperativa médica (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Trata-se de um subsistema de saúde fragmentado, constituído por 1.062 operadoras médico-hospitalares e milhares de prestadores de serviços entre hospitais, laboratórios e profissionais de saúde (ANS, 2012).

No conjunto de cinco modalidades, dois tipos de operadoras de saúde vêm se destacando no que se refere ao porte por número de beneficiários: a medicina de grupo, que atendia, em junho de 2012, a 18.221.758 pessoas, o que corresponde a 37% do total de beneficiários, e o cooperativismo médico que prestava assistência a 17.504.792, isto é, 36% da população assistida pela saúde suplementar no País (ANS TABNET, 2012). Na mesma

---

<sup>1</sup> Especificamente 25,5% da sociedade brasileira, considerando que a população total é de 190.755.799 de habitantes de acordo com o Censo Demográfico 2010, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2011 (IBGE, 2011).

época, a primeira modalidade congregava 416 empresas e o cooperativismo médico atuava com 326 (ANS, 2012) conforme a tabela 1.

Tabela 1

Operadoras e beneficiários de assistência médico-hospitalar segundo a modalidade da operadora

Modalidade de Operadora	Operadoras	%	Beneficiários	%
Medicina de Grupo	416	39	18.221.758	37
<b>Cooperativa Médica</b>	<b>326</b>	<b>31</b>	<b>17.504.792</b>	<b>36</b>
Seguradora em Saúde	13	1	6.107.363	13
Autogestão	215	20	5.321.836	11
Filantropia	92	9	1.500.656	3
Total	1062	100	48.656.405	100

Fonte - ANS (2012); ANS TABNET (2012).

A medicina de grupo foi a primeira que se constituiu no Brasil, tendo surgido e prosperado nos anos 1960 com o desenvolvimento industrial. A Assistência Médica Internacional Ltda. (AMIL) foi a primeira empresa criada nessa modalidade e atendia, em setembro de 2012, a aproximadamente 3,86 milhões de beneficiários (ANS TABNET, 2012) nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais, Pernambuco, Bahia e no Distrito Federal. A AMIL cresceu utilizando a estratégia de aquisições e, a partir de 2002, comprou diversas operadoras de menor porte<sup>2</sup>. Com ações comercializadas na Bovespa, a AMIL Participações S.A. é classificada por Dias (2000) como uma sociedade mercantil.

No entender desse autor, a sociedade mercantil distingue-se da sociedade cooperativa, interesse da presente pesquisa, por algumas características, como se demonstra no quadro 1.

<sup>2</sup> Dentre elas, destacam-se a Amico Saúde, a carteira de clientes pessoas físicas da Porto Seguro, a SEMIC, a Blue Life, a Medcard, a CliniHauer, a Ampla e a Life System. Disponível em: <[http://www.amilpar.com.br/amilpar/web/index\\_pt.html](http://www.amilpar.com.br/amilpar/web/index_pt.html)>. Acesso em: 29 set. 2012.

Quadro 1 - Comparação entre sociedade cooperativa e empresa mercantil

SOCIEDADE COOPERATIVA	SOCIEDADE MERCANTIL
O fator trabalho é o principal	O fator capital é o principal
Sociedade de pessoas	Sociedade de capital, com patrão
Propriedade é social, pertencente ao conjunto de usuários ou trabalhadores associados	Propriedade é privada, pertencente aos capitalistas que investem dinheiro
Controle democrático, uma pessoa é igual a um voto	Cada ação igual a um voto
Gestão democrática, exercida pelos próprios sócios ( <i>de baixo para cima</i> )	Gestão em função do capital, exercida de forma autoritária ( <i>de cima para baixo</i> )
Retorno / renda em função do trabalho realizado	Retorno / renda em função do capital investido
Homem é considerado como sujeito ativo, livre, igualitário e solidário	Homem é considerado como objeto dividido: proprietário e trabalhador

Fonte - DIAS (2000, p. 6).

Tal distinção teórica evidencia diferenças entre essas organizações no que tange à participação das pessoas *versus* participação do capital, objetivos e propriedade, controle e processo decisório, e relações entre as pessoas. A sociedade cooperativa torna-se de particular interesse por se pautar em valores e princípios do cooperativismo e, portanto, se propõe a atuar de forma diferente das sociedades mercantis. A expressiva presença das cooperativas médicas Unimed na assistência à saúde no Brasil revelam o significado dessas organizações como particular cenário de estudos.

A Unimed nasceu no Brasil, em 1967, com a criação da União dos Médicos de Santos - Unimed-Santos. Segundo Viveiros (1999), surgiu como uma forma de oposição à medicina de grupo, por ser um tipo de sociedade com características específicas: o fator trabalho é o principal, a cooperativa é uma sociedade de pessoas, a propriedade é social (pertence ao conjunto dos trabalhadores associados), o controle é democrático (uma pessoa é igual a um voto), a gestão é democrática (exercida pelos próprios sócios - *de baixo para cima*), o retorno acontece em função do trabalho realizado, e o homem é considerado como sujeito ativo, livre, igualitário e solidário.

Sob a égide de princípios do cooperativismo, o sistema cooperativo Unimed cresceu no Brasil, congregando, em 2012, 326 cooperativas (ANS, 2012). A Unimed é a maior rede de assistência médica do País contando com 112 mil médicos associados, além de estar

presente em mais de 83% do território nacional<sup>3</sup>. As Unimeds e as diversas empresas criadas para oferecer suporte a elas constituem o Sistema Empresarial Cooperativo Unimed<sup>4</sup>. Variáveis como a força da marca<sup>5</sup> Unimed, utilizada por todo o sistema, e a intercooperação foram determinantes para facilitar o atendimento dos beneficiários dessa modalidade de operadora de saúde em todo o País, bem como para impulsionar a expansão do cooperativismo médico (ROQUETE, 2002; ROQUETE, MELO, 2003, ROQUETE; BRITO; MELO, 2012).

Cabe destacar que cada Unimed é uma cooperativa singular, isto é, uma cooperativa independente, cuja responsabilidade pela gestão cabe ao grupo de médicos a ela associados. Tal definição de responsabilidades segue os preceitos gerais da legislação cooperativista brasileira (BRASIL, 1971; BCB, 2007; VENTURA, FILHO, SOARES, 2009). Assim, cada uma das 326 cooperativas existentes no País é propriedade do grupo de médicos a ela associados, cabendo a eles a responsabilidade por sua fundação, organização e gestão, bem como pelos produtos e serviços que oferecem à sociedade.

Tendo em vista que os médicos associados a cada Unimed são os responsáveis pela gestão da cooperativa, estes vêm sendo expostos a uma série de desafios. Além de fatores relacionados com transformações do ambiente global, aspectos específicos da realidade nacional, como a formação do médico, o mercado de trabalho, a regulamentação do subsistema de saúde suplementar e o aumento da competitividade no setor, acrescidos por especificidades da gestão cooperativista, vêm criando um cenário complexo de atuação para aqueles que se tornam diretores executivos de uma Unimed (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004; ROQUETE e MELO, 2003; STELLA *et al.*, 2009; SOUZA, ROQUETE e BRITO, 2011; SCHEFFER, BIANCARELLI e CASSENOTE, 2011).

Tanto a literatura clássica quanto a contemporânea apontam para a não existência de consenso sobre as atividades desenvolvidas por gestores, bem como sobre as competências necessárias para desenvolvê-las. Estudos abordam a temática sob diferentes perspectivas, apresentando convergência no sentido da importância do trabalho dos gestores nos processos de transformação e de obtenção de resultados organizacionais (RUAS, 2001; MOTTA, 2001; MINTZBERG, 2003; DAVEL e MELO, 2005). Os atributos identificados como requisitos

---

<sup>3</sup> Disponível em: <[http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd\\_canal=49146&cd\\_secao=49112](http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49112)>. Acesso em: 04 nov. 2012.

<sup>4</sup> Disponível em: <[http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd\\_canal=49146&cd\\_secao=49110](http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49110)>. Acesso em: 04 nov. 2012.

<sup>5</sup> A Unimed é a marca *Top of Mind* mais lembrada pelos brasileiros quando o tema é convênio de assistência médica, tendo sido a vencedora dessa categoria em 2011. Disponível em: <[http://www.topofmindrh.com.br/indicados/15Top\\_2012.asp](http://www.topofmindrh.com.br/indicados/15Top_2012.asp)>. Acesso em: 04 nov. 2012.

para o efetivo exercício desse trabalho são abrangentes e diversos, caracterizados como competências individuais e gerenciais (RUAS, 2004).

Nas cooperativas médicas, o estatuto social determina que haja revezamento dos associados nas instâncias colegiadas de administração, o que é um desafio para a sociedade cooperativa, na medida em que o associado não é preparado formalmente para o exercício da gestão, particularmente, para cargos como os da direção executiva (UNIMED-BETA, 2010). A formação de base do médico se orienta pelas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina (BRASIL, 2001) e não contempla conteúdos que o preparem para assumir funções de gestão. Tampouco os cenários de formação da prática médica privilegiam conhecimentos e habilidades no campo da gestão (STELLA *et al.*, 2009). A formação médica é direcionada para a realização de diagnóstico e terapêutica e valoriza o biológico (CFM, 2005). Assim, o trabalho do diretor executivo de uma cooperativa médica Unimed pressupõe a mobilização de competências profissionais que extrapolam a formação básica em medicina.

O conceito de competência emergiu na sociedade pós-industrial como forma de responder às demandas do ambiente complexo que se instalou e tem sido interpretado de maneiras diversas. Duas correntes teóricas foram identificadas por Dutra (2004): uma representada por estudiosos americanos - Boyatzis e McClelland, e outra na qual se inserem autores franceses - Le Boterf e Zarifian, dentre outros. Buscando integrar os conceitos de competência dessas duas correntes, uma terceira abordagem proposta por Gonczi (1999) possibilitou a definição de competências “[...] como combinações sinérgicas de conhecimentos, habilidades e atitudes, expressas pelo desempenho dentro de um contexto organizacional, as quais agregam valor a pessoas e organizações” (FREITAS e BRANDÃO, 2005, p. 2).

Como os gerentes se desenvolvem, em grande parte, com a experiência na atuação, interagindo com seus pares (HILL, 1993), a figura do outro - superior, subordinados e profissionais colegas - torna-se fundamental para a construção das competências em gestão. Estas são construídas em um processo dual, pois há necessidade que sejam reconhecidas, tanto pelo próprio gestor, quanto por pessoas/profissionais que se relacionam diretamente com ele (DUBAR, 2005). A perspectiva de troca entre o sujeito e terceiros na construção da competência é central na concepção de competência profissional elaborada por Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) e adaptada por Paiva (2007) é adotada no presente estudo para análise das competências.

Tal perspectiva inclui o desenvolvimento das competências profissionais, inclusive no nível gerencial, processo que acontece numa dupla transação - eu comigo X eu com o outro -

o que implica (re)construir a identidade social do indivíduo. A identidade social é resultado da articulação entre duas transações: “[...] uma transação interna ao indivíduo e uma externa estabelecida entre o indivíduo e as instituições com as quais interage” (DUBAR, 1997, p. 103).

Sendo a gestão de sociedades cooperativas uma atividade complexa, dadas suas especificidades, a gestão de cooperativas médicas Unimed no Brasil agregou variáveis que tornam o trabalho do cooperado diretor executivo ainda mais desafiador. A despeito de ele ser uma figura central no processo de gestão de cooperativas médicas do subsistema suplementar de saúde do Brasil, pouco se sabe sobre sua identidade - quem é - e sobre as competências requeridas para o exercício dessa função.

A escassez de conhecimento nesse campo do saber inspirou a formulação da questão central que norteia a presente tese que é: *como se configura a identidade de cooperados diretores executivos da Unimed, considerando as competências profissionais mobilizadas para o exercício da função?*

Para responder à questão proposta foram definidos os objetivos descritos a seguir.

## 2 OBJETIVOS

O objetivo geral do presente estudo foi analisar *a configuração da identidade de cooperados diretores executivos de uma Unimed*, localizada em Minas Gerais, *considerando as competências profissionais mobilizadas para o exercício da função*.

Como objetivos específicos, foram delineados:

- a. analisar as dimensões contextuais de trabalho dos diretores executivos, na visão deles próprios;
- b. compreender a identidade social real e virtual dos médicos cooperados diretores executivos;
- c. analisar as competências mobilizadas pelos diretores executivos no exercício da função;
- d. elucidar aspectos da dinâmica entre a identidade e as competências profissionais mobilizadas pelos diretores executivos no exercício da função.

Defende-se a tese de que a configuração da identidade está relacionada à mobilização de competências que possibilitem o enfrentamento de desafios do contexto do trabalho, discutida no âmbito dos médicos cooperados diretores executivos de uma cooperativa de trabalho médico Unimed.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

As bases teóricas da presente investigação são apresentadas neste capítulo, que está dividido em três seções. A primeira discute o construto identidade. A segunda apresenta a temática competências profissionais e culmina com a exposição da *Perspectiva Integrada de Análise - Identidade e Competências Profissionais*, desenvolvida para esta tese, com base nos estudos sobre a identidade social (DUBAR, 1997, 2005) e as competências profissionais (CHEETHAM e CHIVERS, 1996, 1998, 2000, adaptado por Paiva, 2007). A terceira seção discorre sobre a profissão e a formação profissional do médico.

#### 3.1 Identidade

O conceito de identidade e concepções sobre sua construção são discutidos nesta seção, contemplando, particularmente, aspectos relacionados à origem e às abordagens teóricas da identidade, com destaque para o desenvolvimento de pesquisas sobre a identidade na perspectiva sociológica. O debate sobre a identidade abordou subsídios fornecidos pela psicologia, psicanálise e sociologia, com foco nas contribuições da abordagem sociológica das relações humanas.

O conceito de identidade social como processo dinâmico, biográfico e relacional (DUBAR, 1997, 2005) é central na perspectiva teórica utilizada na presente tese. Trata-se de um tema de interesse dos estudos de fatos sociais no contexto contemporâneo, pois, como atestou Machado (2003), a identidade pode contribuir para a compreensão das práticas individuais e coletivas. Na evolução, o conceito recebeu contribuições de diferentes teóricos.

##### 3.1.1 Origens e abordagens teóricas da identidade

Os estudos sobre a identidade se desenvolveram ao longo do tempo concentrando-se nos campos do conhecimento da psicologia, da sociologia, da psicanálise e antropologia e mais recentemente da teoria organizacional, como mostram os estudos de Machado (2003); Brito (2004); Éster (2007); e Fernandes (2008), dentre outros. Diferentes abordagens foram desenvolvidas por estudiosos, denotando a complexidade que envolve a definição do conceito (FREUD, 1987a; MEAD, 1934; ERIKSON, 1987; STRAUSS, 1999; GOFFMAN, 1980; TAJFEL, 1982; TAJFEL e TURNER, 2004; DUBAR, 1997 e 2005; HALL, 2005; BAUMAN, 2005, 2007).

Nessas circunstâncias, imprecisões permeiam a utilização do termo identidade, dentre outros fatores por ser, muitas vezes, utilizado com o sentido de *identificação*. Se genericamente se pode dizer que *identidade* procura responder à questão *Quem sou eu?*, *identificação* diz respeito à obtenção pelo sujeito das qualidades do outro, no sentido de elevar a sua autoestima (FERNANDES, 2009), respondendo, segundo Pratt (1998), à indagação *Como sei quem sou em relação a você?* São conceitos articulados na constituição do indivíduo, mas não sinônimos.

Estudar a identidade implica delimitar o enfoque a ser adotado, visando a eliminação de equívocos na utilização do construto, face às diversas possibilidades existentes, bem como riscos decorrentes de imprecisões. A trajetória evolutiva do conceito nas ciências humanas e nas ciências sociais revelou a presença da diversidade de concepções teóricas e de factíveis articulações do conceito com outras variáveis como a família, o trabalho, a etnia, enfim, a perspectiva contextual histórica no âmbito social, econômico, ideológico e tecnológico dentre outros.

Pressupõe, inclusive, conhecer um pouco sobre o uso da nomenclatura identidade, pois o sentido vai ampliar-se e modificar-se ao longo do tempo. De acordo com Kaufmann (2004), o termo identidade, apesar de ter sido considerado historicamente em reflexões filosóficas, assumiu um lugar de destaque na história da humanidade quando emergiu para regular a sociedade. Nesse contexto, associou-se a papéis e a categorias, e as primeiras noções de identidade foram fixadas para constituir referências básicas dos indivíduos<sup>6</sup>, visando a identificá-lo socialmente. Trata-se, portanto, de uma abordagem simplificadora da identidade, mas que marcou a origem do uso coloquial do termo.

O conceito de identidade passou a se destacar como objeto de estudo no campo das ciências sociais, a partir da década de 1960, tendo em vista particularidades de uma realidade social e histórica na qual o indivíduo foi considerado *particular e* identificável por meio de várias formas de *identificantes*. Estes resultam de esforços da ciência que apontam caminhos

---

<sup>6</sup> As primeiras utilizações do termo identidade foram associadas a manifestações do Estado para controle e regulação da sociedade visando identificações, como, por exemplo, placas de soldados mortos em batalhas, registros de propriedades, carteira de trabalho, documentos de batismo, estado civil, casamento, óbito dentre outros, até a criação da carteira de identidade, na França em 1912, com a denominação de *Bilhete Antropométrico de Identidade* (KAUFMANN, 2004). No Brasil, o registro civil dos nascimentos, casamentos e óbitos foi estabelecido pelo Decreto n. 5.604, de 25 de abril de 1874 (BRASIL, 1874); sendo o registro civil de responsabilidade de cada estado da União, tornou-se possível que o cidadão obtivesse até 27 diferentes carteiras de identidade (PIRES, 2009). A partir da Lei n. 12.058/09, criou-se o registro civil único no Brasil (BRASIL, 2009).

até mesmo contraditórios. Se, por um lado, novos marcadores biológicos (como o DNA<sup>7</sup>, reconhecimento da íris) foram desenvolvidos permitindo ampliar e aperfeiçoar formas de se identificar os indivíduos biologicamente, por outro, as tecnologias passaram a oferecer recursos que possibilitaram que o indivíduo se distanciasse de suas marcas e de sua história, por exemplo, em fóruns de discussão na internet. Nestes, ele pode se apresentar aos outros por meio de informações falsas e criar uma nova identidade (KAUFMANN, 2004).

Nesse mundo fragmentado, controverso, permeado por ambiguidades (BAUMANN, 2005, 2007), no qual as referências se perderam e deixou-se de sentir a força da centralidade de agências de socialização como a família, a escola (TOURAINÉ, 2007) e, inclusive, o trabalho (BENDASSOLLI, 2006), questionamentos identitários emergiram como expuseram Dubar (2005, 2009) e Kaufmann (2004).

Na mesma perspectiva desses dois pensadores, Giddens (2002) argumentou que as últimas décadas se caracterizaram como campo fértil para os estudos da identidade. Ele centrou sua teoria da identidade na reflexividade, ou seja, considerou o eu como resultado da ação reflexiva. Se anteriormente os indivíduos contavam com os ritos de passagem para sustentar as transformações, em um mundo no qual faltam referências, o eu se modifica em decorrência do processo reflexivo. Este é que possibilita a construção da identidade, articulando transformações pessoais e sociais. Assim,

[...] o “indivíduo capaz” de hoje não só tem um auto-entendimento desenvolvido, mas é capaz de harmonizar preocupações presentes e projetos futuros com uma herança psicológica do passado (GIDDENS, 2002, p. 167).

Se a visão simplificadora da identidade, assim como sua análise aprisionada a concepções estáticas e essencialistas não favoreceram a compreensão dos processos identitários no mundo atual, Kaufmann (2004) acredita que contribuição significativa foi oferecida por Sigmund Freud considerado como fundador do conceito de identidade nas ciências humanas. O significado crucial do primeiro outro - a mãe - para a constituição do sujeito foi demarcado inicialmente por ele.

Em sua abordagem teórica, Freud (1987a) identificou a vivência de satisfação (prazer) ou frustração (dor) das pulsões orais da criança em sua relação com a mãe - objeto de amor e ódio - como uma das experiências determinantes do desenvolvimento do indivíduo nos primeiros anos de vida. Trata-se do primeiro vínculo de *identificação*, juntamente com a

---

<sup>7</sup> Sigla, em inglês, de ácido desoxirribonucleico (*Deoxyribonucleic Acid*), uma complexa substância que é a principal transportadora da informação genética de todos os organismos e um importante componente dos cromossomos. (Disponível em: <<http://www.thefreedictionary.com>>. Acesso em: 21 dez. 2012).

identificação com o pai, conceito que assumiu progressivamente valor central na obra do autor.

A exposição mais completa sobre a identificação foi apresentada por no capítulo VII da obra psicologia de grupo e análise do ego, publicada em 1911, quando ele identificou três modalidades de identificação (FREUD, 1987b, p. 136): a) como forma originária do laço emocional com um objeto; b) como substituto regressivo da escolha de objeto abandonado; c) como qualquer nova percepção de uma qualidade comum partilhada com qualquer outra pessoa que não é objeto de instinto sexual. Freud (1987b, p. 136) ressaltou que “[...] quanto mais importante essa qualidade comum é, mais bem-sucedida pode tornar-se essa identificação parcial, podendo representar, assim, o início de um novo laço”.

Nessa constatação, emergiu o embrião do que viria a ser denominado posteriormente identificação primária e identificação secundária e o reconhecimento da delimitação dos âmbitos individual e grupal na psicologia. Segundo Freud (1987a, p. 156), “[...] a psicologia individual [...] deve ser tão antiga quanto a psicologia de grupo, porque desde o princípio houve dois tipos de psicologia: a dos membros individuais do grupo e a do pai, chefe ou líder”. Conforme compreende Kaufmann (2004, p. 25), Freud “[...] tinha conseguido lançar (um tanto involuntariamente) na pista duma análise dinâmica e construtivista [da identidade], subentendendo uma possível definição do conceito bastante distanciada do substancialismo dos papéis de identificação”.

Na perspectiva psicanalítica, os campos da psicologia individual e da psicologia de grupo se fundam na importância da identificação primária, definida como “[...] modo primitivo de constituição do indivíduo, segundo o modelo do outro, que não é secundário em uma relação previamente estabelecida em que o objeto estaria inicialmente situado como independente” (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001, p. 301). Na perspectiva sociológica, a socialização é compreendida como a “[...] ampla e consistente introdução de um indivíduo no mundo objetivo de uma sociedade ou de um setor dela” (BERGER e LUCKMANN, 1976, p. 175), distinguindo-se duas formas de socialização: a primária e a secundária. A primária é aquela que o indivíduo experimenta na infância e em virtude da qual, torna-se membro da sociedade; e a secundária diz respeito a qualquer processo subsequente que introduz um indivíduo socializado em novos setores do mundo objetivo de sua sociedade.

Em uma definição nos estudos psicanalíticos afirma-se que a identificação diz respeito ao “[...] processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa” (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001, p. 295). Aproximando as duas teorias, psicanálise e

sociologia, depreende-se que, a partir do primeiro vínculo de identificação, o círculo de *outros* significativos vai ampliar-se ao longo da vida, podendo ir “[...] desde a pessoa materna até a humanidade” conforme atestou Erikson (1987, p. 21).

A teoria de Erikson (1987) refletiu, em parte, a sua formação psicanalítica, mas avançou abarcando a influência da sociedade e dos aspectos sociais do desenvolvimento em uma extensão maior do que a abordada por Freud. Eric Erikson introduziu o conceito de identidade na perspectiva sociológica com seu livro *Infância e Sociedade*, de 1950, pois,

[...] como psicanalista de formação e freudiano convicto, evoluiu no sentido da interdisciplinaridade e de uma preocupação pelas questões da organização social, que o incitaram a um retorno crítico para desenvolver a sua concepção de “identidade do eu” (KAUFMANN, 2004, p. 26).

Em seu livro *Identidade: Juventude e Crise*, Erikson (1987) avançou, identificando oito fases do desenvolvimento. Diferentemente de Freud (1987a), acreditava que a crise (ou conflito) individual estava relacionada com a crise histórica contemporânea. Dessa forma, cada crise (ou conflito) nunca seria completamente resolvida, tendendo a ser agudizada na idade em que emergisse. Com a concepção de identidade como processo e considerando a variação de referências, ou crise, como intrínseca à busca identitária, os estudos de Eric Erickson foram uma contribuição marcante na evolução do conceito de identidade, pois ele buscou articulá-lo de forma interdisciplinar (GOFFMAN, 1980; DUBAR, 1997, 2005).

De acordo com Erikson (1987, p. 211), a “[...] identidade nunca é criada como uma conquista, como algo estático ou imutável, mas é como um senso de realidade do Eu sempre a ser revisitado dentro da realidade social”. Ele acreditava que, embora a crise de identidade seja mais pronunciada durante a adolescência, outras questões tendem a renovar as preocupações da identidade como: o primeiro emprego, o casamento, a paternidade, a morte dos pais, o divórcio, o desemprego, a doença grave, a viuvez e a aposentadoria.

As contribuições de Strauss<sup>8</sup> (1999) foram significativas para a sociologia das relações humanas, pois estabeleceram articulações importantes entre as questões individuais e os processos sociais. Sob influência de Mead (1934), em seu livro *Espelhos e Máscaras*, publicado em 1959, ele se debruçou sobre a socialização na vida adulta, privilegiando a importância da ocupação e da carreira e, portanto, trazendo perspectivas significativas para a compreensão da constituição da identidade.

---

<sup>8</sup> Strauss (1999) precedeu colegas mais jovens da Escola de Chicago, como Goffman (1980) e Freidson (1988, 1998, 2009) dentre outros.

Se as contribuições de Freud (1987a) focalizaram a infância e se Erikson (1987) mergulhou na adolescência, foi Strauss (1999), apoiando-se em referências como essas, que elaborou uma noção de identidade dinâmica, reconstruída em etapas posteriores da vida. Essa identidade está articulada com *mundos sociais particulares*, cuja complexidade foi analisada no contexto dos fenômenos da industrialização e da urbanização de sua época. Para Strauss (1999, p. 16), “[...] todas as *ordens sociais* são provisórias e precárias, sendo os *indivíduos em relação* as suas unidades constitutivas”.

Em outras palavras, a construção/re-construção da identidade do indivíduo é articulada com aspectos de sua realidade objetiva, sendo, portanto, um fenômeno social. Numa perspectiva social e contextual, os estudos da identidade caminharam no sentido de uma abordagem sociológica das relações humanas.

### 3.1.2 Abordagem sociológica das relações humanas

Dentre os primeiros pesquisadores a estudarem a identidade como fenômeno social, numa perspectiva social e contextual, estão Charles Horton Cooley, George Herbert Mead e Irving Goffman, segundo Hatch e Schultz (2002) e Strauss (1999). A partir de então, o termo *self* passou a contemplar um conjunto de significados para designar a identidade pessoal e a identidade social. Explicando melhor, no entender de Cooley (2004), o *self* (identidade pessoal) é estabelecido em nível social, sendo produto de uma relação orgânica entre sociedade e o indivíduo; por sua vez, na perspectiva desenvolvida por Mead (1934), o *self* (identidade social) é constituído na interação<sup>9</sup> do indivíduo com o outro.

Em seu livro *Mind, self and society*, Mead (1934) destacou o significado da consciência autorreflexiva, processo pelo qual o indivíduo se torna consciente de si mesmo, bem como os símbolos, recurso pelo qual vai relaciona-se com o outro. Segundo ele, o *self* expressa-se por meio do EU e do ME (mim). O *eu* é a representação que o indivíduo tem de si mesmo, significando a tomada de consciência da ação, depois de ter agido; o *mim*, por sua vez, é um comportamento adaptativo à realidade social, isto é, o indivíduo consciente de pertencer a um grupo social, age conforme as normas definidas por esse grupo. Os símbolos na interação com o outro e, portanto, a linguagem e a comunicação, são variáveis importantes

---

<sup>9</sup> Strauss (1999) ressalta que a interação é abordada de forma diferente pelo psicanalista e pelo sociólogo. O primeiro “[...] está muito mais interessado nas relações interpessoais dos participantes do que em seu desempenho em posições atribuídas culturalmente. [...] Os sociólogos, de maneira geral, introduzem mais estrutura social na interação: dão mais atenção às pessoas como membros de grupos e organizações sociais. As pessoas se tornam mais ‘desempenhadores’ de papel do que indivíduos” (STRAUSS, 1999, p. 83).

para Mead (1934). Strauss (1999, p. 31) reiterou tal proposição, enfatizando o “[...] nomear como ato de colocação ou classificação do eu e dos outros”.

Nesse processo de interação, acontece o reconhecimento, segundo Mead (1934): reconhecimento do indivíduo por parte do outro e reconhecimento do indivíduo por meio do outro. A figura dos *outros significativos* emerge; são aquelas pessoas com as quais o indivíduo interage e mantém relações afetivas; a ideia do *outro generalizado* construída por Mead (1934) diz respeito ao grupo social organizado que influencia o comportamento do indivíduo.

A influência de Mead (1934) para o desenvolvimento da abordagem sociológica das relações humanas foi considerável (KAUFMANN, 2004), tornando-o figura central da Escola de Chicago<sup>10</sup>. A partir da teoria das origens da comunicação e da sociabilidade humanas, desenvolveram-se as condições para a possibilidade da autorreflexividade, isto é, a consciência e a autoconsciência que são requeridas em situações sociais para garantir a continuidade da ação.

Em situações sociais, o agente é, ele próprio, uma fonte de estímulo para seu parceiro. Ele deve então estar atento a seus modos de ação, uma vez que estes suscitam reações do parceiro, e por isso, tornam-se condições para a continuidade de suas próprias ações (JOAS, 1999, p. 139).

A influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros, quando em presença física imediata, face a face, foi vista como uma atividade significativa na constituição da identidade por Goffman (1980). De acordo com ele, nessa interação social, o indivíduo representa papéis, preestabelecendo um padrão de ação que será desenvolvido durante a representação. Ao ampliar o conceito de representação em seu livro *Estigma*, o autor definiu categorias de identidade: a identidade social virtual (identidade para o outro), a identidade social real (identidade para si), e a identidade pessoal, que se refere às “[...] marcas positivas [...] e à combinação única de itens da história de vida que são incorporados ao indivíduo” (GOFFMAN, 1980, p. 67).

Teorias da identidade pessoal e da identidade social floresceram, merecendo a atenção dos estudiosos que apresentaram semelhanças e diferenças entre elas. No que tange às semelhanças, ambas empregam sua maior ênfase na natureza multifacetada e dinâmica que media a relação entre a estrutura social e o comportamento individual. A teoria da identidade

---

<sup>10</sup> A Escola de Chicago foi fundada em 1895, tornando-se uma referência mundial no campo da sociologia. Como teóricos que se destacam nessa instituição, citam-se os sociólogos: Everett Hughes, Eliot Freidson, Talcott Parsons, Erving Goffman, Howard Becker (BECKER, 1996) dentre outros.

pessoal explica o comportamento social em termos das relações de reciprocidade entre o *self* e a sociedade; e a teoria da identidade social é uma teoria psicossociológica das relações intergrupais, dos processos grupais e do *eu* social (HOGG, TERRY e WHITE, 1995). Nessa perspectiva, é interessante notar que

[...] as teorias sobre a identidade estão sempre encaixadas em uma interpretação mais geral da realidade. São *embutidas* no universo simbólico e em suas legitimações teóricas, variando com o caráter dessas últimas. A identidade permanece ininteligível a não ser quando é localizada em um mundo (BERGER e LUCKMANN, 1976, p. 230).

Castells (1999) reiterou que a identidade é construída intrinsecamente relacionada ao contexto social, ao longo da vida. Com ele concorda Dubar (1997, 2005) afirmando que o indivíduo não constrói sua identidade de uma vez: ele a constrói na infância e deve reconstruí-la sempre. Por sua vez, pondera Hall (2005) que a identidade, estando sempre em formação, contempla a articulação do que é interno ao indivíduo com as formas conforme ele imagina ser visto por *outros*.

A identidade social é, portanto, “[...] produto da interação e comunicação entre os indivíduos, em que o sujeito toma consciência da sua identidade e adota os pontos de vista dominantes no grupo social em que se enquadra e que partilha” (DUBAR, 1997, p. 90). A noção de identidade pode ser incluída numa perspectiva sociológica “se restituirmos esta relação identidade para si/identidade para o outro no interior do processo comum que a torna possível e que constitui o processo de socialização” (DUBAR, 1997, p. 105). Desse ponto de vista, a identidade

[...] não é mais do que o resultado simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições (DUBAR, 1997, p. 105).

Essa definição de identidade buscou incorporar os aspectos subjetivos, psíquicos, vividos no centro da perspectiva da análise sociológica. Tal configuração modificou posturas psicanalíticas que, segundo Dubar, (1997, p. 105), “[...] opõem o Eu e o seu sistema interior (Id e Superego<sup>11</sup>), considerado essencial ao ambiente e à sua organização externa, que é

---

<sup>11</sup> Na teoria psicanalítica freudiana, a personalidade é composta por três sistemas: o id, o ego e o superego. O Id é o sistema original da personalidade; é a matriz, dentro da qual o ego e o superego se diferenciam. O ego existe porque as necessidades do organismo requerem transações apropriadas com o mundo objetivo da realidade. O superego é o representante interno dos valores e ideais tradicionais da sociedade, transmitidos pelos pais e reforçados pelo sistema de recompensas e castigos impostos à criança; representa mais o ideal do que o real e tende mais à perfeição do que ao prazer. Nessa abordagem da personalidade, o comportamento humano “é quase sempre o resultado da interação desses três sistemas; raramente um sistema funciona com exclusão dos demais” (HALL, LINDZEY e CAMPBELL, 2000, p. 49).

muitas vezes considerada não essencial”.

Cabe ressaltar que essa não era a concepção do *criador* da psicanálise, pois ele afirmou em 1920: “[...] todas as relações que até o presente constituíram o principal tema da pesquisa psicanalítica podem reivindicar serem consideradas como fenômenos sociais” (FREUD, 1987b, p. 91), referindo-se às relações do indivíduo com os pais, com os irmãos e irmãs, com o objeto de seu amor e com seu médico. Essas relações poderiam ser colocadas “[...] em contraste com certos outros processos, [...] descritos como narcisistas, nos quais a satisfação dos instintos é parcial ou totalmente retirada da influência de outras pessoas” (FREUD, 1987b, p. 91).

Dubar (1997) se refere, portanto, aos psicanalistas que optaram por se afastar dessa premissa e/ou por centrar atenções no que foi denominado como processos narcisistas. Não foi o caso de Erikson (1987). Como mencionado, sua formação psicanalítica não o impediu de avançar na compreensão dos fenômenos sociais e aceitar que “[...] a identidade nunca é instalada, nunca é acabada, visto que o entorno do ego é móvel” (ERIKSON, 1987, p. 20). Por entorno, o autor identificou aspectos da realidade objetiva como, por exemplo, o primeiro emprego, o desemprego e a aposentadoria e asseverou que a psicanálise nunca conseguiu conceituá-lo de forma operacional.

Nos estudos que adotaram a perspectiva sociológica das relações humanas, a identidade foi concebida como resultado da socialização, ou seja, o indivíduo faz parte de diferentes espaços sociais, ligados entre si, como família e trabalho, e atua nesses espaços assumindo papéis sociais correspondentes a essas organizações. Goffman (1980), Berger e Luckmann (1976), Erikson (1987), Demazière e Dubar (2006) e Dubar (1999, 2005, 2009) fundamentaram suas teorias na concepção de identidade como resultado de processos de socialização. Sendo a perspectiva de análise da identidade social desenvolvida por Dubar (1997, 2005) adotada como referência central no presente estudo, cabe destacá-la.

### 3.1.3 Identidade social: a perspectiva de análise de Claude Dubar

A construção do modelo de análise sociológica da identidade de Dubar (1997, 2005) nasceu da constatação da dualidade no social e da consequente divisão interna da identidade. Ele concebeu a identidade social marcada pela dualidade e constituída por dois processos: o relacional (para o outro) e o biográfico (para si). Concordando com Goffman (1980), explicou que o relacional representa a *identidade social virtual*, que é aquela atribuída pelas instituições e por aqueles que estão em interação direta com o indivíduo; o biográfico compõe

a *identidade social real* - a incorporação da identidade pelo próprio indivíduo - construída em sua trajetória social e legitimada subjetivamente.

O núcleo da teoria de Claude Dubar é a articulação entre esses dois processos identitários - identidade para si, processo biográfico - e identidade para o outro - processo relacional. À articulação entre as duas transações “[...] uma transação interna ao indivíduo e uma externa estabelecida entre o indivíduo e as instituições com as quais interage” (DUBAR, 1997, p. 103), ou seja, com o mundo externo, Dubar (op. cit.) denominou *identidade social*. O modelo de análise da identidade desenvolvido por Dubar (2005) está apresentado no quadro 2.

Quadro 2 - Perspectiva de análise da identidade

PROCESSO RELACIONAL	PROCESSO BIOGRÁFICO
*	*
*	*
Identidade para o outro	Identidade para si
*	*
*	*
<b>Atos de atribuição</b>	<b>Atos de pertencimento</b>
“Que tipo de homem ou de mulher você é” = dizem que você é	“Que tipo de homem ou de mulher você quer ser” = você diz que você é
*	*
*	*
Identidade-numérica (nome atribuído)	Identidade predicativa de Si
- genérica (gênero atribuído)	(pertencimento reivindicado)
*	*
*	*
Identidade social ”virtual”	Identidade social “real”
*	*
*	*
<b>Transação objetiva entre</b>	<b>Transação subjetiva entre</b>
- identidades atribuídas/propostas	- identidades herdadas
- identidades assumidas/incorporadas	- identidades visadas
*	*
*	*
Alternativa entre	Alternativa entre
- cooperação - reconhecimento	- continuidades → reprodução
- conflitos – não-reconhecimento	- rupturas → produção
*	*
*	*
”Experiência relacional e social do poder”	“Experiência de estratificações, discriminações e desigualdades sociais”
*	*
*	*
Identificação com instituições consideradas estruturantes ou legítimas	Identificação com categorias consideradas atraentes ou protetoras
*	*
*	*
* <b>Identidade social marcada pela dualidade</b> *	

Fonte – DUBAR, 2005, p.142.

Considerando que a divisão do EU expressa subjetivamente a dualidade social, via os mecanismos de identificação, Dubar (2005) classificou as categorias de identificação disponíveis no âmbito social em dois conjuntos: atos de pertencimento e atos de atribuição. *Atos de pertencimento* estão relacionados com a identidade real, ou seja, a identidade para si, e exprimem “[...] que tipo de homem (ou de mulher) você que ser” (DUBAR, 2005, p. 137). Inserem-se no *processo identitário biográfico*, no qual a formação escolar e profissional, o trabalho e o emprego assumem lugar de destaque por serem áreas primordiais de identificações sociais dos indivíduos. O significado do *outro* nas identificações sociais, base da identidade real (processo biográfico), Dubar (2005) encontrou em Ronald David Laing, psiquiatra e psicanalista britânico, especificamente na obra *O eu e os outros*. Para Laing (1986),

[...] são os outros que nos dizem quem somos. Mais tarde, endossamos, ou tentamos rejeitar as maneiras pelas quais nos definiram, mas é difícil não aceitar a história deles. Sejam quais forem as vicissitudes subsequentes, a primeira identidade social da pessoa lhe é conferida pelos demais. *Aprendemos a ser quem nos dizem que somos*<sup>12</sup> (LAING, 1986, p. 90).

Sem reduzir a identidade social a níveis de formação ou situações de trabalho, Dubar (2005, p. 147) reconheceu que o indivíduo “[...] herda uma identidade sexual, [...] uma identidade étnica e uma identidade de classe social [bem como] sua primeira identidade vivenciada e experimentada pessoalmente [...] se constrói em sua relação com a mãe”. Nota-se que o autor contou com contribuições da psicologia social e da psicanálise para desenvolver sua abordagem da identidade.

De alguma forma, Dubar (1997, 2005) buscou compreender a interação do indivíduo com o outro, desde o nascimento, validando o significado do *outro significativo* (a mãe, o pai, os irmãos), apesar de não se aprofundar no exame das interações primárias em sua perspectiva de análise da identidade social. Ressaltou que “[...] é nas e pelas categorizações dos outros - e principalmente dos parceiros de escola (seus professores e seus colegas) - que a criança vive a experiência de sua primeira identidade social” (DUBAR, 1997, p. 147).

Ele acreditava que a criança vivenciava na escola fundamental um momento crítico do processo de construção da identidade social. Porém, esta “[...] não é escolhida, mas conferida pelas instituições e pelos próximos de base, não somente nos pertencimentos étnicos, políticos, religiosos, profissionais e culturais de seus pais, mas também em seu desempenho escolar” (DUBAR, 1997, p. 147). O autor conferia à família e à escola lugar de destaque

---

<sup>12</sup> Grifo da autora da tese.

como espaços de identificação da criança no processo identitário biográfico, acrescentando que

[...] da dualidade entre a identidade para o outro conferida e identidade para si construída, mas também entre identidade social herdada e identidade escolar visada, nasce um campo do possível no qual se desenvolvem já na infância, na adolescência e no decorrer da vida todas as estratégias identitárias” (DUBAR, 1997, p. 113).

Para a compreensão das estratégias identitárias que o indivíduo pode utilizar na trajetória biográfica, Dubar (2005) recorreu à visão de dois psicanalistas que trataram do significado das primeiras experiências de interação na vida das pessoas: Laing (1986) e Erikson (1987). Retomou também pressupostos da teoria da socialização primária desenvolvida por Bergman e Luckmann (1976) quanto ao significado dos primeiros laços na constituição da identidade.

A contribuição encontrada em Laing (1986) se refere à alternativa do indivíduo em relação à identidade conferida pelos outros significativos. Ao relatar um caso de análise, Laing (1986) observou que Jack, na fase fálica<sup>13</sup>, se viu diante de um impasse quanto às alternativas experimentadas de identidade: ou arrancar de si uma identidade que se tornou estranha por uma ruptura em sua vida ou criar outra identidade e forçar que os outros significativos a confirmassem. Entretanto, no entender de Laing (1986) não há como negar: a primeira identidade é concedida ou dada pelos demais com os quais o indivíduo interage.

Pode-se tentar, lá do fundo do coração, não ser o que se *sabe* ser. Pode-se procurar arrancar de si mesmo essa identidade *estranha* com a qual foi dotado ou condenado, e criar por suas próprias ações uma outra, que se procura forçar os outros a confirmar. Sejam quais forem, porém, as vicissitudes subsequentes, a primeira identidade social da pessoa lhe é conferida pelos demais (LAING, 1986, p. 90).

Reiterou-se, assim, que o outro significativo primário exerce papel fundamental na construção da identidade, pois “[...] são os outros que nos dizem quem somos; mais tarde endossamos, ou tentamos rejeitar as maneiras pelas quais nos definiram, mas é difícil não aceitar a história deles”, segundo Laing (1986, p. 90). Em que pesem as interpretações de Laing (1986) acontecerem no contexto de experiências com clientes submetidos à psicanálise e, portanto, se tratarem de interações com os primeiros outros significativos - a mãe, o pai e os

<sup>13</sup> “Fase de organização infantil da libido que vem depois das fases oral e anal e caracterizada por uma unificação das pulsões parciais sob o primado dos órgãos genitais; mas o que já não será o caso da organização genital pubertária, a criança, se sexo masculino ou feminino, só conhece nessa fase um único órgão genital, o órgão masculino, e a oposição dos sexos é equivalente à oposição fálico-castrado. A fase fálica corresponde ao momento culminante e ao declínio do Complexo de Édipo; o complexo de castração é aqui predominante” (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001, p. 238).

irmãos - em outra perspectiva, Dubar (2005) concorda com Laing (1986) no que tange às evidências desses primeiros laços no processo que denomina identitário biográfico.

Dubar (2005) contou também com ideias de Erikson (1987), que afirmava ser essa escolha inicial ligada a marcas mais primitivas ainda. Segundo ele, “[...] o montante de confiança derivado da mais remota experiência infantil não parece depender das quantidades absolutas de alimento ou de demonstrações de amor, mas, outrossim, da qualidade das relações maternas” (DUBAR, 2005, p. 103). Assim, a qualidade dessas relações contribuirá para impregnar as interações do indivíduo com os *outros significativos* de sentimentos de confiança ou de desconfiança conforme as escolhas possíveis.

Com essas premissas, Dubar (2005) foi além à busca por compreensão do processo identitário biográfico. Acreditava ele que as trajetórias identitárias poderiam ser marcadas tanto pela continuidade inter e intragerações, quanto por rupturas de todas as espécies decorrentes do questionamento de identidades anteriormente adquiridas. Tendo em vista que um dos momentos importantes para a identidade social é a saída do ambiente acadêmico e a entrada no mercado de trabalho, ao analisá-la, tornava-se importante considerar a realidade do País, o nível de escolaridade e a origem social dos indivíduos dentre outras variáveis (DUBAR, 2005).

As possibilidades de construção de uma *identidade profissional* básica incluem, portanto, a identidade do indivíduo no trabalho e também aquela projetada por ele no futuro, contemplando uma coerência com sua formação profissional. Diversas possibilidades se colocam na trajetória biográfica das pessoas, pois da confrontação com as incertezas

[...] dependerão as modalidades de construção de **uma identidade “profissional” básica** que constitua não somente uma identidade do **trabalho** mas também e sobretudo uma projeção de si no futuro, a antecipação de uma trajetória de **emprego** e a elaboração de uma lógica de aprendizagem, ou melhor, de **formação** (DUBAR, 2005, p. 149).

A incerteza vivenciada pelo indivíduo no confronto entre a saída da escola e o início da atividade profissional é importante na construção da identidade, mas a ela podem ser somadas outras incertezas. Nas últimas décadas, mudanças significativas ocorridas no âmbito tecnológico, econômico, político, social, por exemplo, criaram um cenário de incertezas generalizadas, como afirmaram Giddens (2002), Baumann (2005, 2007), Touraine (2007) e Dubar (2009). Elas se apresentam como potenciais forças geradoras de crises, capazes de produzir como resultado, tanto continuidades, quanto rupturas no processo identitário biográfico dos indivíduos.

Em síntese, o processo identitário biográfico é um processo essencialmente subjetivo. O pesquisador pode conhecê-lo por meio da assimilação do conteúdo da trajetória de vida dos indivíduos, da maneira como eles fazem o relato dessa experiência e da forma como articulam o passado, o presente e o futuro. Em outros termos, trata-se de descobrir como cada indivíduo caminha da *identidade herdada* rumo à *identidade visada*.

A perspectiva de análise da identidade social de Dubar (2005), apresentada no quadro 2, contempla também *atos de atribuição*. Estes dizem respeito à identidade virtual, isto é, a identidade para o outro, e “[...] visam a definir que tipo de homem (ou mulher) você é” (DUBAR, 2005, p. 137). São atos que se situam no *processo identitário relacional*.

Para a compreensão do processo identitário relacional importa destacar que Dubar (2005) privilegiou em sua análise a formação, o trabalho e o emprego e, portanto, à identidade profissional, e que, segundo ele próprio, é social. O autor afirmou que para realizar “[...] a construção biográfica de uma identidade profissional e, portanto, social, os indivíduos devem entrar em relações de trabalho, participar de alguma forma das atividades coletivas em organizações, intervir de uma maneira ou de outra em representações” (DUBAR, 2005, p. 151). Ele ressaltou também que no centro do processo relacional localiza-se a *transação objetiva*, que é estruturante na construção da identidade virtual.

Esta identidade - *para o outro* - se realiza em *espaços de identificação* prioritários dos indivíduos, isto é, espaços onde eles são reconhecidos e valorizados. Havendo uma multiplicidade de espaços e parceiros, o indivíduo tem condições de definir seus investimentos e administrar seus pertencimentos, o que se caracteriza como parte essencial da transação objetiva. Trata-se da transação objetiva entre *identidades atribuídas* por meio de rotulagens propostas por instituições (família, escola, mercado de trabalho, empresa...) e *identidades assumidas* pelo indivíduo. Nessa transação ocorre a incorporação - ou não - da rotulagem originada das instituições, com o indivíduo assumindo - ou não - a forma como é identificado pelas instituições. Emerge assim a possibilidade, tanto do reconhecimento, quanto do não-reconhecimento das rotulagens atribuídas pelos outros (DUBAR, 2005).

Na mesma perspectiva, Goffman (1980) defendeu a possibilidade de discrepâncias entre a identidade social real e a identidade social virtual, e Dubar (2005) acrescentou que os dois processos - biográfico e relacional - são heterogêneos e nem sempre coincidentes, são inseparáveis e articulados de forma problemática. Inseparáveis porque *eu somente sei quem sou* - identidade para si - pelo olhar do outro; problemática, porque *eu nunca sei realmente quem sou no olhar do outro*, nunca sei se “[...] minha identidade para mim coincide com minha identidade para o outro” (DUBAR, 2005, p. 135).

Sendo assim, o indivíduo desenvolve *estratégias identitárias* para diminuir a distância entre a identidade social real (identidade para si) e a identidade social virtual (identidade para o outro), sempre que isso ocorre. As estratégias identitárias podem assumir duas formas: transações externas e transações internas. As transações externas entre o indivíduo e os *outros significativos* visam a “[...] acomodar a identidade para si à identidade para o outro” (DUBAR, 2005, p. 140) e denomina-se *transação objetiva*. As transações internas ao indivíduo, chamada de *transação subjetiva*, é resultado da articulação entre a

[...] necessidade de salvaguardar uma parte de suas identificações anteriores (identidades herdadas) e o desejo de construir para si novas identidades no futuro (identidades visadas), com vistas a tentar assimilar a identidade-para-o-outro à identidade-para-si (DUBAR, 2005, p. 140).

A transação subjetiva depende, assim, das relações com os *outros significativos*, relações estas constitutivas da transação objetiva. A relação entre as identidades herdadas e as identidades visadas “[...] depende dos modos de reconhecimento pelas instituições legítimas e por seus agentes que estão em relação direta com os sujeitos envolvidos” (DUBAR, 2005, p. 140). A transação subjetiva pode ser analisada, tanto em termos de continuidade, quanto de ruptura, traduzindo-se, portanto, por acordos ou desacordos entre identidade virtual (proposta ou imposta por outros) e identidade real (interiorizada ou projetada pelo indivíduo) (DUBAR, 2005).

As *configurações identitárias* constituem, então, “[...] formas relativamente estáveis, mas sempre evolutivas, de compromisso entre os resultados da articulação entre as transações objetivas e subjetivas” (DUBAR, 1997, p. 108). Presumem o entendimento e a análise da transação objetiva - entre o indivíduo e os outros significativos - como uma “[...] confrontação entre demandas e ofertas de identidades possíveis, e não simplesmente como produtos de atribuições de identidades pré-construídas” (DUBAR, 2005, p. 141). A articulação entre a transação objetiva e a transação subjetiva pressupõe “[...] que o processo de categorização pelo qual se constroem as identidades oferecidas ao indivíduo seja redefinido” (DUBAR, 2005, p. 141). Apoiando-se na concepção de Mead (1934), Dubar (DUBAR, 2005) acredita que a *negociação identitária* entre os

[...] demandantes de identidade em situação de abertura de seu campo do possível e os fornecedores de identidade em situação de incerteza quanto às identidades [...] constitui um processo comunicativo complexo, irreduzível a uma ‘rotulagem’ autoritária de identidades predefinidas com base nas trajetórias individuais. Ela implica fazer da qualidade das relações com o outro um critério e um elemento importante da dinâmica das identidades (DUBAR, 2005, p. 141).

Dois aspectos importantes dessa afirmação merecem destaque para a compreensão da negociação identitária. Primeiramente, a não redução da transação objetiva a uma rotulagem autoritária de identidades predefinidas baseadas nas trajetórias individuais. A rotulagem foi um conceito desenvolvido por Goffman (1980) e se refere à atribuição da identidade pelos *outros significativos* com os quais o indivíduo interage. Sendo a rotulagem produzida na e pela interação com os outros, torna-se possível assimilar a identidade social virtual do indivíduo quando se compreendem seus espaços de ação.

O segundo aspecto mencionado na negociação identitária é a qualidade das relações como sendo um critério e um elemento importante da dinâmica das identidades. A qualidade da interação com o outro é um recurso para favorecer a manutenção de um grau aceitável de discrepância entre a identidade social real (transação subjetiva) e a identidade social virtual (transação objetiva), tendo em vista a necessidade de equilíbrio. Nesse sentido, Goffman (1980, p. 28) ponderou que “[...] quando conhecida ou manifesta, essa discrepância estraga a identidade social; ela tem como efeito afastar o indivíduo da sociedade e de si mesmo de tal modo que ele acaba por ser uma pessoa desacreditada frente a um mundo não receptivo”.

Berger e Luckmann (1976) destacaram que os *outros significativos* na vida do indivíduo são os principais agentes da conservação de sua identidade subjetiva. Para eles, o veículo mais importante na conservação da identidade é a conversa e esta, ao se fazer presente na vida cotidiana, mantém, modifica e reconstrói a realidade subjetiva do indivíduo. A conversa significa

[...] que as pessoas falam umas com as outras. A maior parte da conservação da realidade na conversa é implícita, não explícita. A maior parte da conversa ocorre [...] tendo como pano de fundo um mundo que é tacitamente aceito como verdadeiro. Sendo assim, proposições aparentemente simples, adquirem sentido (BERGER e LUCKMANN, 1976, p. 203).

Assim, as discussões sobre a identidade encontraram na linguagem, mais especificamente, na linguística humana, segundo Strauss (1999), seu ponto nuclear. Com ele concordava Erikson (1987, p. 221), afirmando que o indivíduo processa “[...] as informações recebidas sensorial e sensualmente, linguística e subliminarmente, para a confirmação ou negação de sua identidade” (ERIKSON, 1987, p. 221). Dubar (2005) também destacava que o indivíduo fica sabendo sobre a identidade que o outro lhe atribui por meio das comunicações. É consenso entre esses autores que a construção da identidade conta com a ciência da linguagem humana para se concretizar e, nessa perspectiva, nomear, classificar, avaliar, categorizar dentre outras possibilidades decorrentes da experiência comunicacional.

Dubar (2005) considerou a identidade como resultante da articulação entre o processo biográfico (identidade para si) e o processo relacional (identidade para o outro), incluindo em sua reflexão o recurso a esquemas de tipificação. Esse foi proposto por Berger e Luckmann (1976) e com os quais Erikson (1987) também concordava. As categorias dependeriam da fase da vida do indivíduo, existindo uma divisão entre os espaços de identificação de um mesmo indivíduo em um mesmo momento.

As categorias particulares que servem para identificar os outros e para se auto-identificar são variáveis tanto de acordo com os espaços sociais onde se exercem as interações como de acordo com as temporalidades biográficas e históricas em que se desenrolam as trajetórias (DUBAR, 2005, p. 143-144).

Dubar (2005) afirmou que, dentre os setores do mundo objetivo do indivíduo, o mundo do trabalho e seu significado se destacam na construção da identidade. Ele salientou que a identidade profissional não pode ser resumida à identidade no trabalho, na medida em que contempla também a projeção de si no futuro. Além da escolha de um *um ofício ou diploma*, trata-se, segundo ele, da construção pessoal de uma trajetória, na qual está presente tanto a capacidade de o indivíduo realizar seus desejos, quanto a imagem que ele tem de si mesmo.

Aspectos da autoimagem de um indivíduo, que derivam das categorias sociais que o indivíduo percebe como pertencente, constituem sua identidade social no âmbito organizacional. As identificações nesse contexto são, em grande medida, relacionais e comparativas: elas definem o indivíduo como semelhantes ou diferentes, como *melhores* ou *piores* que integrantes de outros grupos. Há três componentes do processo de identificação do sujeito com as várias categorias e grupos sociais: a) o cognitivo ocorre por meio da autodefinição e autocategorização do sujeito como pertencente a um grupo; b) o afetivo, que é retratado pelos sentimentos do sujeito em relação ao fato de pertencer a determinado grupo social; c) o valorativo, relacionado ao valor atribuído ao grupo pelos grupos externos (TAJFEL, 1982; TAJFEL e TURNER, 2004).

Se a identidade permanece obscura a não ser quando localizada em um mundo (BERGER e LUCKMANN, 1976), e se o mundo do trabalho e seu significado são importantes na construção da identidade (DUBAR, 1997, 2005), também o contexto sócio-histórico no qual o indivíduo está inserido acrescenta variáveis à discussão da identidade social (BENDASSOLLI, 2006).

O mundo atual tem sido marcado por incertezas e mudanças contínuas. As realizações individuais não se solidificam em posses permanentes, pois os ativos se transformam em

passivos e as capacidades, em incapacidades (BAUMAN, 2007). As condições de ação e as estratégias de reação envelhecem e se tornam obsoletas. Tanto a *esfera de formação escolar e profissional* como a *esfera do trabalho e do emprego* mostram-se marcadas por rupturas. Sendo esses espaços prioritários na configuração da identidade dos indivíduos, e considerando-se que identidade profissional de base não é fixa, nem definitiva, fatores como a modernização tecnológica e as transformações organizacionais vão implicar, muitas vezes, retomada de identidades anteriormente construídas (DUBAR, 2005).

O espaço de reconhecimento das identidades é indissociável dos *espaços de legitimação dos saberes e competências* associados às identidades; as “[...] instituições e, antes de mais nada, aquela que se organiza à volta do reconhecimento e do não-reconhecimento das competências, dos saberes e das imagens de si que constituem os núcleos duros das identidades reivindicadas” (DUBAR, 1997, p. 118) são espaço prioritário de identificação no processo de construção da identidade social.

No contexto da sociedade contemporânea a temática *competências* emergiu articulada com as necessidades suscitadas por uma nova realidade no campo dos modos de produção e, conseqüentemente, do trabalho. Esse impulso levou à disseminação da concepção de competência, tanto no âmbito da formação profissional, quanto do próprio trabalho, isto é, das organizações. Tendo em vista a importância da formação e do trabalho na construção da identidade profissional e, portanto, social, dos indivíduos, conhecer a temática competência profissional tornou-se essencial para a realização da presente investigação.

### **3.2 Competência profissional**

Os estudos sobre competências contemplam diferentes conceitos e abordagens e, no presente trabalho, a ênfase recaiu sobre a perspectiva individual ou profissional. Para tal, dividiu-se esta seção em três subseções. Na primeira discutem-se origens, conceitos e abordagens teóricas da competência, focalizando na competência profissional. Na segunda, apresenta-se o modelo de competência profissional desenvolvido por Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) adaptado por Paiva (2007), que foi utilizado como referência básica nesta pesquisa. A terceira subseção foi reservada para a apresentação da *Perspectiva Integrada de Análise da Identidade e das Competências Profissionais*, elaborada para esta tese; trata-se da articulação do modelo da identidade social de Dubar (1997, 2005) com o modelo de competências profissionais de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) adaptado por Paiva (2007).

### 3.2.1 Origens, conceitos e abordagens teóricas da competência

Na sociedade industrial taylorista-fordista, o grande desafio para as organizações foi o desenvolvimento e o aprimoramento de ferramentas e mecanismos de controle que basicamente visavam o aumento da produtividade dos trabalhadores. A estes, *grosso modo*, demandava-se a aprendizagem de tarefas que requeriam conhecimentos e habilidades aprendidas por meio do modelo escolar e do modelo de experiência, ou seja, *on-the-job*. Na sociedade pós-industrial, ou do conhecimento, esse tipo de aprendizagem entrou em crise. Os modelos de gestão e de qualificação de pessoas passaram a não atender às necessidades das organizações no que se referia à contribuição de seus profissionais, bem como meio de aquisição da qualificação exigida pelo mercado (MERTENS, 1996; ZARIFIAN, 1996; BARATO, 1998; EVERS, RUSH e BERDROW, 1998; KUBR e ABELL, 1998).

O debate sobre as competências e sobre a qualificação profissional necessária aos trabalhadores e às organizações no mundo contemporâneo ainda estão em fase de construção de um arcabouço teórico. Nessa trajetória prevaleceram duas abordagens: a anglosaxônica e a francesa, conforme constataram Bitencourt e Barbosa (2012). Nos estudos preliminares, havia uma diversidade de conceitos sobre o que seriam as competências para o trabalho (MEHEDFF, 1996; ZARIFIAN, 1996; BARATO, 1998; EVERS, RUSH, BERDROW, 1998; KUBR e ABELL, 1998).

Nessa perspectiva mais tradicional, competência era compreendida como capacidades que um indivíduo deveria ter para ocupar um posto de trabalho. O tipo de habilidade requerida não dependia das características pessoais dos indivíduos - suas ações e seu comportamento adequado eram prescritos. As instituições de formação profissional buscavam qualificar seus trabalhadores para um posto ou um conjunto de postos de trabalho, isto é, para uma ocupação. Os conhecimentos, as habilidades e as atitudes estavam estreitamente vinculados a um saber-técnico. Como o foco era o posto de trabalho, a competência relacionava-se com o saber-técnico relativo a ele (MEHEDFF, 1996).

Contudo, com os automatismos introduzidos nas máquinas, o trabalhador precisou adquirir outras habilidades como decodificar novos símbolos, comunicar-se, tanto verbalmente, quanto por escrito, resolver problemas dos novos processos de trabalho, bem como ser autônomo e capaz de antecipar respostas a certos desafios. Esses desafios eram oriundos de diferentes tecnologias - mecânica, eletrônica e informática - incorporadas à máquina mecânica. Assim, o trabalho solitário, fundamentalmente apoiado em destrezas, passou a ser substituído por um trabalho no qual a comunicação no coletivo de trabalhadores

se tornou imprescindível, devido à necessidade de envolvimento de conhecimentos de várias áreas correlatas (MEHEDFF, 1996).

A busca por qualidade e diversidade dos produtos, além do aumento das inovações e da competitividade implicaram a necessidade de mudanças. O aumento da complexidade do trabalho e a necessidade de resolver, em tempo real, vários imprevistos, geraram a busca por habilidades diferentes por parte dos indivíduos que passaram a assumir maiores responsabilidades e a desenvolver atitudes reflexivas e complexas. Dessa forma, introduziu-se ao processo de trabalho a variável complexidade, demandando uma *performance* até então nunca experimentada. Dinamismo, flexibilidade, capacidade adaptativa, percepção de relações, capacidade de enfrentar mudanças ambientais e de assumir riscos, dentre outras, passaram a integrar o conjunto de elementos que definiam a competência (EVERS, RUSH e BERDROW, 1998).

Uma série de competências responsáveis pela *performance* profissional foi, então, descrita nos primórdios dos estudos sobre a temática. Evers, Rush e Berdrow (1998) elencaram quatro competências básicas, envolvendo dezoito habilidades, que caracterizavam o mais alto grau de competência requerido. Eram elas: a capacidade de conceituar, adaptar, correr riscos e ter visão de futuro, necessárias para mobilizar mudanças e inovações; a capacidade para coordenar, tomar decisões, liderar e influenciar, administrar conflitos, planejar e organizar, pertinentes à função de administrar pessoas e tarefas; habilidades interpessoais, de escuta, de comunicação oral e escrita, decisivas para a comunicação efetiva; e a capacidade para aprender, ter disciplina e organização pessoal, ter estrutura para enfrentar o dia a dia e o *stress*, bem como a habilidade para resolver problemas, necessárias à autoadministração.

Kubr e Abell (1998) sinalizaram que, dentre as competências consideradas importantes, estavam incluídas ainda o idioma e a comunicação/informática. Nessa perspectiva, competências eram as habilidades (ou capacidades), os conhecimentos e as características pessoais que distinguiam os profissionais.

Barato (1998, p. 16), por sua vez, descreveu competência como “[...] saberes que compreendem um conhecimento capaz de produzir determinados desempenhos, assim como de assimilar e produzir informações pertinentes”. Steffen (1999) abordou competência de forma mais abrangente, entendendo-a como

[...] a capacidade de um indivíduo que se define e mede em termos de desempenho e não somente de conhecimentos, habilidades, destrezas e atitudes, as quais são

necessárias mas insuficientes para o desempenho efetivo em um contexto profissional (STEFFEN, 1999, p. 4).

Ambas as definições incluíram novas variáveis aos conceitos anteriores apresentados: o desempenho do indivíduo e o contexto do trabalho. Assim, ampliou-se o escopo do que era competência profissional. O conceito adquiriu amplitude e densidade, aproximando ainda mais o indivíduo e a organização. Ser competente iria além de ser qualificado para o trabalho ou para a função.

Mehedff (1996) sinalizou uma distinção entre qualificação e competência. Segundo ele, a qualificação estava contextualizada em um espaço de tempo mais delimitado, que envolvia um conteúdo específico de formação; já a competência dizia respeito a um conceito mais elástico, e era construída ao longo da vida do trabalhador, quer seja em cursos formais, quer seja em atividades informais na escola e no mundo do trabalho, nos quais se formavam os conhecimentos tácitos. Estes eram gerados a partir da prática dos profissionais no coletivo de seu trabalho.

Ainda, de acordo com Mehedff (1996), as habilidades eram atributos relacionados não apenas ao saber-fazer, mas aos saberes (conhecimentos), ao saber-ser (atitudes) e ao saber-agir (práticas no trabalho). Implicavam, portanto, dimensões variadas: cognitivas, motoras e atitudinais. Habilidades voltadas para a competência do trabalhador deveriam buscar o *aprender a aprender* e o *aprender a pensar* que permitiriam maior autonomia, maior capacidade de resolver novos problemas, de adaptar às mudanças, de superar conflitos, de comunicar, de trabalhar em equipes, de decidir de forma ética.

Observa-se que, para desenvolver o saber dinâmico, flexível e efetivo, preconizado como essencial ao profissional no contexto contemporâneo, os estudos nessa fase não eram tão claros quanto aos elementos que comporiam esse saber, bem como sobre os requisitos para sua aquisição e os meios de adquiri-lo, pois a escola e a experiência se tornaram mecanismos insuficientes. Sendo assim, a busca voltou-se para diferenciar o saber que potencializa a ação do indivíduo da ação em si. Nota-se que os autores citados até então localizavam o saber como algo que tornaria o sujeito capaz de atuar de determinado modo. No entanto, se ele iria realmente se comportar dessa maneira, isto sim seria uma questão de competência, cabendo, então, de fato, distinguir qualificação profissional e competência.

Qualificação profissional trata-se de um conceito que surgiu com o avanço da industrialização, sendo decorrente da exigência de um novo perfil de trabalhador. Diz respeito às características necessárias para se ocupar um determinado posto de trabalho. Emergiram

daí “[...] os códigos das profissões, base para a construção da hierarquia organizacional e também para a classificação dos indivíduos no plano social” (VIEIRA e LUZ, 2005, p. 94). Usualmente, portanto, qualificação profissional é definida “[...] pelos requisitos associados à posição, ou ao cargo, ou pelos saberes ou estoque de conhecimentos da pessoa, os quais podem ser classificados e certificados pelo sistema educacional” (FLEURY e FLEURY, 2001, p. 185).

Competência profissional, por sua vez, segundo os mesmos autores, relaciona-se a “[...] um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo” (FLEURY e FLEURY, 2001, p. 188). Para Le Boterf (2003), a característica essencial da competência é a capacidade de o indivíduo escolher e combinar recursos heterogêneos e inseparáveis de sua personalidade considerando os objetivos de trabalho visados. Desses recursos destacam-se: os saberes (teóricos, do ambiente e procedimentais); os saber-fazer (formalizados, empíricos, relacionais e cognitivos); as aptidões ou qualidades; os recursos fisiológicos; e os emocionais. Assim, “[...] o saber combinatório está no centro de todas as competências” (LE BOTERF, 2003, p. 13).

Em que pesem, porém, os esforços para definição do conceito, Wittorski (2004) considerou que eles estavam em fase de construção, pois ainda não havia uma abordagem teórica capaz de definir de maneira clara o que é próprio do construto. Ele ponderou que o conceito “[...] se situa claramente na interseção de três campos: o campo do percurso de socialização, da biografia; o campo da experiência profissional; e o campo da formação. As competências se produzem e se transformam nesses três campos” (WITTORSKI, 2004, p. 77).

Essa abordagem trata de uma evolução na compreensão da competência. Ela reiterou a perspectiva de processo, que se dá ao longo da vida do indivíduo. Wittorski (2004) atestou que, na trajetória, a produção e a transformação das competências ocorreriam contemplando três espaços prioritários de identificação: a história de vida do indivíduo, sua formação e o conhecimento obtido na prática profissional - sua experiência de trabalho.

Buscando uma definição de competência e concordando com Le Boterf (2003) em diversos aspectos, Wittorski (2004, p. 74) afirmou que ela

[...] é produzida por um indivíduo ou um coletivo em uma determinada situação e ela é nomeada/reconhecida socialmente. Corresponde à mobilização na ação de um certo número de saberes combinados de maneira específica em razão do quadro de percepção que o ator constrói da situação.

Uma característica apontada por Wittorski (2004) como importante nessa abordagem da competência profissional, com o que concordavam Fleury e Fleury (2001), é o fato de a competência ser um “[...] saber agir reconhecido [pois] não nos declaramos competentes, isso depende de uma apreciação social” (WITTORSKI, 2004, p. 78).

Com vistas a compreender o desenvolvimento das competências profissionais, Wittorski (2004) elaborou uma perspectiva dinâmica na qual combinou cinco componentes: o cognitivo, o cultural, o afetivo, o social e o praxiológico. Estes são articulados em três níveis: o nível micro, que contempla o indivíduo ou o grupo produtor/autor da competência; o nível *meso* ou social, que é o nível da socialização, que trata do meio social imediato, do grupo que o indivíduo pertence, do coletivo de trabalho; e o nível macro ou *societal*, que é o nível da organização na qual o indivíduo está inserido.

O componente praxiológico contempla a parte visível, observável da competência, sendo a *performance* do indivíduo objeto de uma avaliação, de uma atribuição de valor social, de um reconhecimento, segundo Wittorski (2004). A articulação entre o desenvolvimento de competências profissionais e a necessidade de reconhecimento nessa trajetória colocaram os outros, os terceiros, como elementos-chave no processo, com o que concordavam Le Boterf (2003), Dubar (1997, 2005), Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) e Paiva (2007).

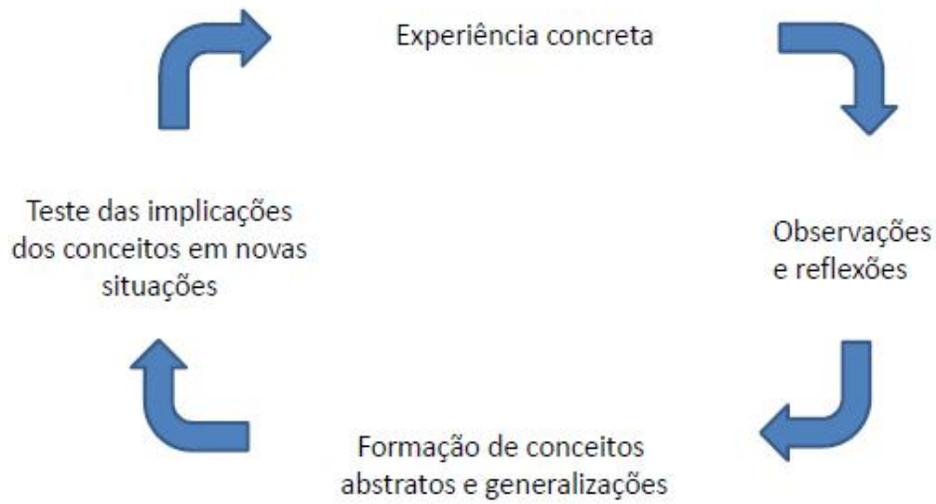
O componente social da competência compreende ao mesmo tempo o reconhecimento efetivo pelo imediato (nível meso ou social) ou pela organização (nível macro) da prática do indivíduo ou do grupo, e a aposta que o indivíduo ou o grupo faz sobre o reconhecimento futuro por parte do meio ou da organização de sua prática. A produção da competência está sempre nesse compromisso, que corresponde a uma antecipação a propósito da natureza da avaliação social da prática produzida (WITTORSKI, 2004, p.80).

Wittorski (2004), reiterando posição de Ruas (2001), confirmou que a competência é construída na ação. Bitencourt (2008), concordando com a proposição de ambos, destacou a importância das situações vivenciadas pelo indivíduo no trabalho como forma de estimular o desenvolvimento das competências, no caso mencionado por ela, gerenciais. Bitencourt (2008) apontou ainda o Ciclo de Aprendizagem Vivencial<sup>14</sup> como forma de o profissional “[...] conhecer um determinado tema e [...] descobrir as próprias forças e fraquezas como aprendiz - aprender a aprender pela experiência” (BITENCOURT, 2008, p.139). Ela adaptou o modelo originário de aprendizagem vivencial (Figura 1), demonstrando sua proposta.

---

<sup>14</sup> Modelo de aprendizagem proposto por Kolb, na década de 1970, que considera a “[...] aprendizagem um ciclo quadifásico em que as pessoas aprendem através da experiência concreta como alicerces para a tradução em conceitos, os quais são usados como guias para a aplicação em novas experiências” (BITENCOURT, 2008, p. 137).

Figura 1 - Modelo de Aprendizagem Vivencial



Fonte - BITENCOURT, 2008, p. 137.

Assim, a partir da reflexão sobre a experiência concreta, tornou-se possível a formação de conceitos abstratos e generalizações, que poderiam ser estendidos ou aplicados a novas situações. Integraram-se a reflexão e a ação como elementos essenciais no processo de desenvolvimento das competências. Além disso, a responsabilidade do indivíduo pelo próprio desenvolvimento das competências ficou ressaltada, concepção traduzida por Bitencourt (2008) como responsabilidade pelo autodesenvolvimento.

O processo de aprendizagem proposto por Bitencourt (2008) articula-se de forma interessante com os processos de desenvolvimento de competências de Wittorski (2004). Na perspectiva desse autor, os saberes sobre a ação e os saberes para a ação são produzidos por meio da reflexão, como pode ser observado na figura 2.

Figura 2 – Saberes produzidos nos processos de desenvolvimento de competências

Saberes de ação	Saberes na ação	Produzidos ao longo da ação, “atrelados” à sua realização (saber fazer).
	Saberes sobre a ação	Produzidos por uma <b>reflexão retrospectiva sobre a ação</b> : a ação transforma-se em saberes, pois é identificada, reconhecida, nomeada e formalizada.
	Saberes para a ação	Produzidos ao longo de uma <b>reflexão antecipadora de mudanças sobre a ação</b> : a produção de novas sequências operativas representadas mentalmente (novas disposições para agir).
Saberes teóricos	Saberes constituídos de enunciados que tratam não dos atos, mas das propriedades de objetos ou procedimentos.	

Fonte - WITTORSKI, 2004, p. 88.

Para Wittorski (2004), os *saberes sobre a ação* seriam produzidos na *reflexão retrospectiva sobre a ação*. A ação transformar-se-ia em saberes ao ser identificada, reconhecida, nomeada e formalizada. Por sua vez, os *saberes para a ação* seriam produzidos durante uma *reflexão antecipadora de mudanças sobre a ação*, isto é, novas disposições para agir como produto de novas transações mentais do indivíduo. Esses dois conjuntos de saberes, acrescidos do saber na própria ação, foram denominados por Wittorski (2004) *saberes de ação*. Por sua vez, os *saberes teóricos* e os *saberes de ação* estariam sendo produzidos nos processos de desenvolvimento de competências proposto pelo autor.

Le Bortef (2003, p. 110) reiterou que “[...] é a partir da reflexão sobre a experiência concreta que um trabalho de abstração e de conceitualização poderá ser realizado para ser reinvestido em experimentação que dê lugar a uma nova experiência profissional”. A visão dinâmica e processual no desenvolvimento de competências tornou-se uma tônica, mas abordagens mais complexas buscaram determinar a relação entre competência e *performance*. Estas levaram também em consideração a interação do indivíduo com o seu meio ambiente, bem como o impacto de fatores sociais sobre ambos (TORR, 2008).

Nessa abordagem, a competência individual foi conceituada como um subconjunto, aninhado com uma série de outros como o ambiente social, cultural e físico, isto é, dimensões do contexto em que se desenvolvem as atividades individuais. Esse tipo de pensamento tem levado ao desenvolvimento de concepções de competência mais integradas segundo destaca Torr (2008). Dentre essas, sobressai a perspectiva desenvolvida por Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000). Esta reuniu as características da competência profissional em um único

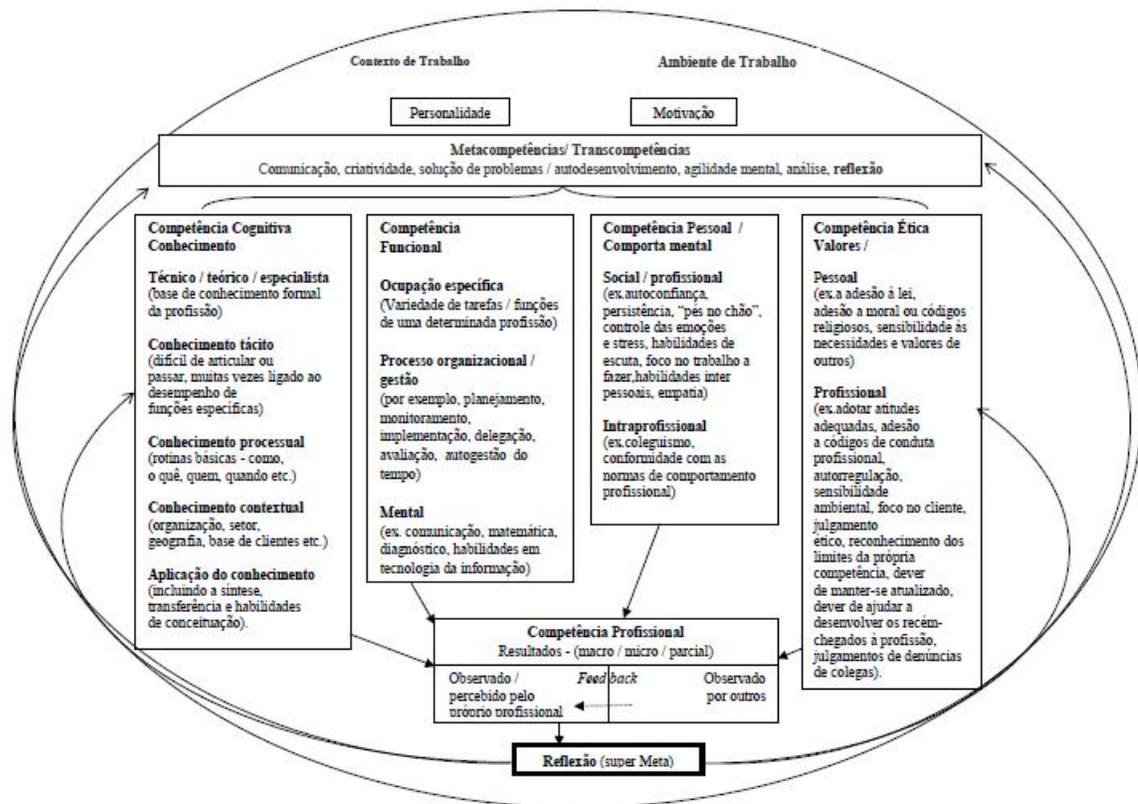
quadro teórico, razão pela qual se fez a opção por utilizá-la como referência central para a análise das competências no presente estudo.

### 3.2.2 Competências profissionais: o modelo de Cheetham e Chivers

Cheetham e Chivers (1996) desenvolveram um modelo para a análise das competências profissionais em 1996, que foi adaptado por eles em 1998. Este modelo é composto de quatro componentes principais: a) conhecimento - competência cognitiva; b) competência funcional; c) competência pessoal - comportamental e de valores; d) competência ética. Os quatro componentes integram-se de forma abrangente, gerando o que os autores denominaram metacompetência. Esta engloba a comunicação, a resolução de problemas e o autodesenvolvimento. A versão aperfeiçoada de 1998 contemplou diversas contribuições recebidas pelos pesquisadores de estudos realizados por eles com médicos; levou em conta a importância da motivação, da reflexão e da personalidade do indivíduo, juntamente com dimensões contextuais de trabalho do profissional.

Para Cheetham e Chivers (1996, 1998), a competência profissional seria fruto da integração de quatro componentes: a competência cognitiva, a competência funcional, a competência comportamental ou pessoal e a competência ética. A figura 3 mostra o modelo redesenhado por eles em 1998.

Figura 3 - Modelo de competências profissionais revisado



Fonte - CHEETHAM e CHIVERS, 1998, p. 275, traduzido pela autora da tese.

Cada competência foi constituída contemplando um conjunto de habilidades. Estas foram apresentadas no modelo com alguns exemplos, o que facilitou a compreensão da proposta dos autores. A *competência cognitiva* se refere ao conhecimento e considera cinco conjuntos de habilidades:

- conhecimento técnico/teórico/especialista, que é a base de conhecimento formal da profissão;
- conhecimento tácito, que é difícil de articular ou ser transmitido, sendo, muitas vezes ligado ao desempenho de funções específicas;
- conhecimento processual que diz respeito às rotinas básicas do profissional, tais como: o quê, quem, quando etc.;
- conhecimento contextual, que contempla aspectos da organização, do setor, geografia, base de clientes etc..
- aplicação do conhecimento, incluindo as habilidades de síntese, transferência e conceituação.

A *competência funcional* contém quatro grupos de habilidades:

- a) habilidades específicas da ocupação/profissão como, por exemplo, de lidar com a variedade de tarefas e funções de uma profissão;
- b) habilidades próprias do processo de gestão organizacional, por exemplo, planejamento, monitoramento, implementação, delegação, avaliação e autogestão do tempo;
- c) habilidades mentais, tais como de comunicação, numérica, de diagnóstico, com tecnologia da informação;
- d) habilidades físicas, das quais os autores citam a coordenação psicomotora, a destreza manual e a de digitação dentre outras.

No caso da *competência comportamental ou pessoal* os autores destacaram dois conjuntos de habilidades:

- a) habilidades relacionadas ao social/profissional, como a autoconfiança, a persistência, a capacidade de ter os *pés no chão*, o controle das emoções e do stress, as habilidades de escuta, de manter o foco no trabalho a ser realizado, as habilidades interpessoais, em geral, a empatia;
- b) habilidades intraprofissionais, como o coleguismo e a conformidade com as normas de comportamento profissional dentre outras.

Sobre a *competência ética*, Cheetham e Chivers (1998) destacaram dois grupos de valores relacionados a dois espaços:

- a) o pessoal, do qual citam a aderência à lei e aos códigos morais e/ou religiosos, a sensibilidade para necessidades e valores de terceiros etc.;
- b) o profissional, que se refere à adoção de atitudes apropriadas, a adesão aos códigos profissionais de conduta, a autorregulação, a sensibilidade ambiental, o foco no cliente, o julgamento ético, o reconhecimento dos limites da própria competência, o manter-se atualizado profissionalmente, o dever de ajudar os recém-chegados à profissão a desenvolverem-se etc.

Antes de avançar na elucidação do modelo de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000), cabe destacar que Paiva, em 2007, fez pertinente adaptação. A pesquisadora incluiu o

componente político visando adequar a perspectiva de análise para uma pesquisa realizada por ela com professores universitários de instituições brasileiras, mais especificamente, localizadas em Minas Gerais.

No entender de Paiva (2007), a *competência política* refere-se às relações de poder, contemplando habilidades nos níveis pessoal, profissional, organizacional e social. No âmbito da habilidade pessoal, destacam-se a percepção de jogos políticos naturalmente ligados às organizações e às pessoas, e aqueles derivados de interesses particulares dos profissionais; a habilidade profissional diz respeito, por exemplo, a comportamentos ligados à manutenção do profissionalismo; a organizacional está voltada para as ações que tratam do domínio de fontes estruturais e normativas de poder em que se desenvolvem, por exemplo, as ações de produção; e a habilidade social englobando as ações referentes à fluência nas fontes pessoais, relacionais e afetivas de poder.

O modelo de análise das competências profissionais de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) agregou metacompetências (comunicação, criatividade, solução de problemas, aprendizagem/autodesenvolvimento), bem como transcompências (agilidade mental, análise e reflexão) que acontecem por meio da ação exercida mutuamente junto às componentes cognitiva, funcional, comportamental (ou pessoal) e política.

Metacompetências e transcompências contribuem para o desenvolvimento e melhoria das outras competências e, por sua natureza, são fundamentais e transferíveis entre diferentes situações de trabalho. No entender dos autores, porém, a competência somente é efetivada se for confirmada pelo próprio profissional e por terceiros no processo de interação social, via *feedback*, quando os resultados obtidos possibilitam a reflexão, considerada como supermeta.

As duas últimas variáveis identificadas por Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) como integrantes do processo de desenvolvimento das competências profissionais foram a personalidade e a motivação. Segundo eles, a *personalidade* pode colidir com qualquer aspecto da competência, em alguns casos limitando o potencial do indivíduo. Diferentes traços de personalidade podem ajudar ou atrapalhar o desempenho de determinados papéis profissionais. No entanto, os autores ressaltaram que o profissional pode desenvolver maneiras de fazer o trabalho que atendam às características de sua própria personalidade.

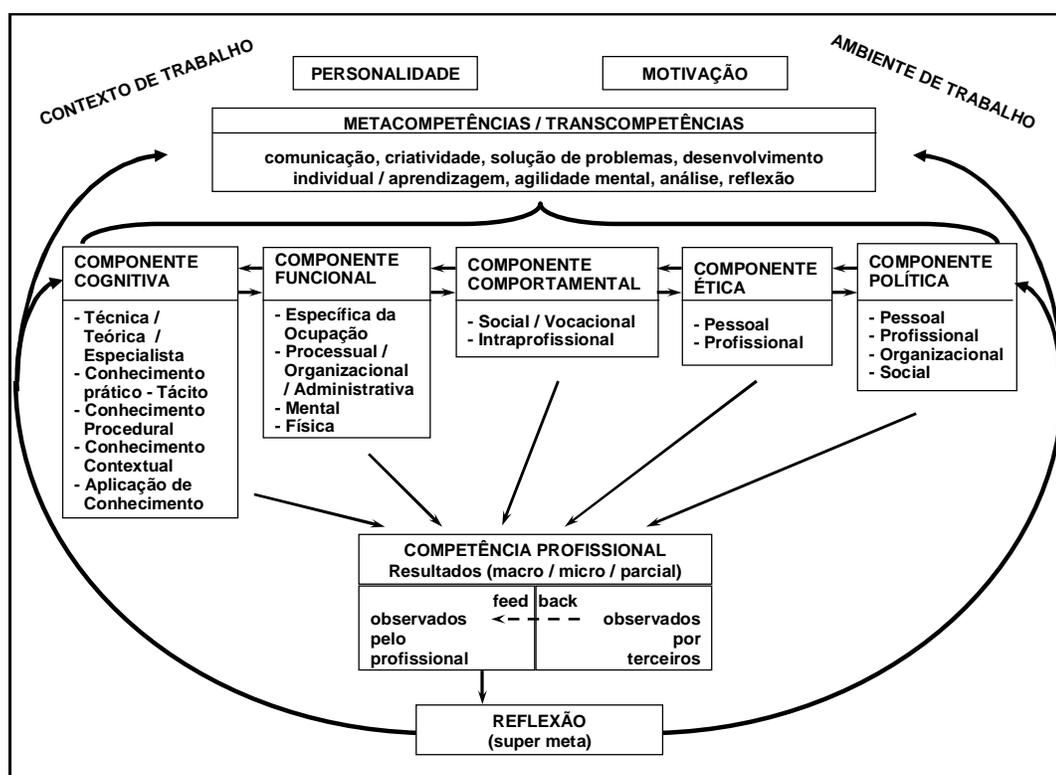
Considera-se que “[...] é impossível definir personalidade sem a aceitação de uma linha teórica da referência dentro da qual a personalidade será pesquisada” (HALL, LINDZEY e CAMPBELL, 2000, p. 22). Entretanto, conforme destacaram os autores “[...] os teóricos da personalidade, via de regra, atribuem um papel decisivo aos processos

motivacionais” (HALL, LINDZEY e CAMPBELL, 2000, p. 18). Cheetham e Chivers (1998) articularam personalidade e motivação em seu modelo. A *motivação* foi considerada por eles como uma variável que pode afetar tanto o desempenho no trabalho, quanto a disposição para desenvolver ou melhorar competências (por exemplo, aprender por meio da reflexão).

Tanto a personalidade, quanto a motivação são variáveis inseridas externamente ao ciclo de desenvolvimento das competências por Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000), mas eles reconheceram que o processo reflexivo pode estimular mudanças na motivação e, ao longo do tempo, na personalidade.

A figura 4 sintetiza o modelo de análise das competências profissionais desenvolvido por Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) e adaptado por Paiva (2007).

Figura 4 - Perspectiva de análise da competência profissional



Fonte - CHEETHAM e CHIVERS, 1996, 1998, 2000, adaptado por PAIVA, 2007.

Concordando com Schön (1983), no modelo de análise das competências profissionais de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) a *reflexão* é uma ação crucial para todos os profissionais. Eles a consideram fundamental para o desenvolvimento inicial do profissional, para sua prática do dia a dia e para a melhoria contínua. Os tipos de

reflexão identificados por eles incluem a *reflexão-na-ação* (ou seja, no meio de uma atividade) e a *reflexão-sobre-ação* (ou seja, depois de uma atividade), seguindo, portanto, a mesma perspectiva de Le Boterf (2003) e Wittorski (2004).

Os componentes nucleares do modelo de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) para a análise das competências profissionais, juntamente com os subcomponentes identificados por eles, interagem para o alcance de três tipos de resultados: a) macrorresultados, que são globais; b) microrresultados, que se referem a atividades específicas; c) resultados parciais, que contemplam atividades concluídas parcialmente.

Considera-se que a perspectiva de análise das competências por meio desses elementos é mais completa e consistente, uma vez que enfatiza a mobilização de um conjunto de diferentes saberes no contexto do trabalho. Ela apresenta um conjunto de elementos, dos quais se destaca o processo de retroalimentação, isto é, os resultados obtidos pelo profissional implicam a necessidade de reconhecimento por parte dele próprio e de terceiros. O modelo foi testado, discutido e apresentado pelos autores também no livro *Professions, competence and informal learning* (CHEETHAM e CHIVERS, 2005).

Tendo em vista que a construção da identidade passa também pelo reconhecimento das competências por parte do profissional e de terceiros, utilizou-se a proposta de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) adaptada por Paiva (2007) como referência central para a análise das competências profissionais no presente estudo. Complementando a discussão, destaca-se o conceito de competência profissional desenvolvido por Paiva (2007), que incorporou essa abrangência. Para a autora, competência profissional é a

[...] mobilização de forma particular pelo profissional na sua ação produtiva de um conjunto de saberes de naturezas diferenciadas (que formam as competências intelectual, técnico-funcionais, comportamentais, éticas e políticas) de maneira a gerar resultados reconhecidos individual (pessoal), coletiva (profissional) e socialmente (comunitário) (PAIVA, 2007, p. 45).

Dentre as competências profissionais, torna-se pertinente identificar as competências para a gestão e para a gerência, tendo em vista o fato de os construtos não serem sinônimos. Nesse sentido, ressalta-se que a gestão de serviços específicos, com é o caso dos serviços de saúde, demanda conhecimentos que vão além da formação de base dos profissionais da área. Entretanto, muitas vezes, eles assumem essa função, como demonstram estudos nesse segmento (ALVES e BRITO, 2004; BARROS, 2011; ROQUETE, VIEIRA e BRITO, 2012).

Segundo Dubar (2005), competências para a gestão não são dadas; são construídas e reconstruídas ao longo da vida, sob a égide da formação profissional e da experiência vivida,

numa relação do indivíduo consigo mesmo e com seus pares, que as reconhecem e legitimam. Por sua vez, a competência para a gestão “[...] exerce uma importante função na mobilização das outras dimensões das competências organizacionais: essenciais (âmbito organização como um todo), funcionais (áreas da empresa e grupos) e individuais” (RUAS, 2001, p. 247).

O conhecimento sobre a natureza da identidade social de determinada categoria de trabalhadores articulado com as competências profissionais que eles mobilizam para o exercício de uma função, no caso do presente estudo, função de gestão, levou à elaboração de uma perspectiva integrada de análise da identidade e das competências profissionais.

### 3.2.3 Identidade e competências profissionais

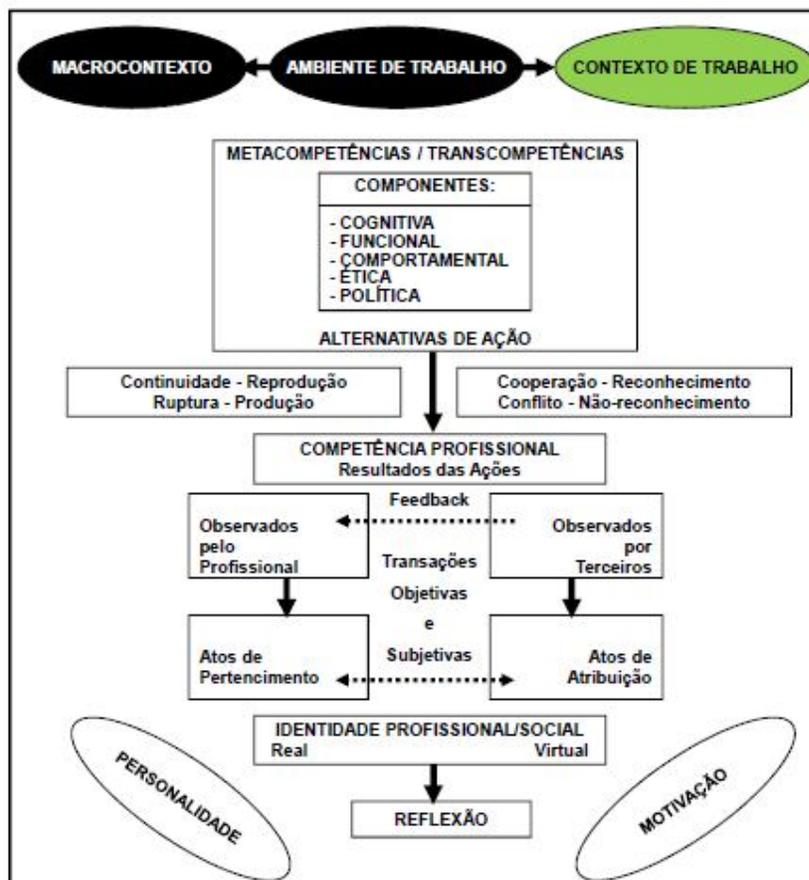
A perspectiva integrada de análise desenvolvida para fins desta tese reúne os estudos de Dubar (2005) sobre a identidade social representados na quadro 2 (p. 29) e de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000, adaptado por Paiva, 2007), sobre competências profissionais conforme mostrado na figura 4 (p. 49).

Trata-se de uma perspectiva holística de análise do profissional no exercício de uma determinada função, no caso, a função de gestão. Parte-se do princípio de que integrar o sujeito - identidade social - com um dos elementos intrínsecos de sua vida - as competências profissionais, demandadas no contexto contemporâneo do trabalho - é uma maneira de apreender o fenômeno de forma mais abrangente.

A identidade e as competências profissionais, analisadas à luz das teorias escolhidas como referências centrais neste estudo, são construídas por meio da interação social. Nessa perspectiva, para um indivíduo *ser* é necessário que os *outros significativos* de sua vida o reconheçam (ou não); da mesma forma, a existência de uma competência profissional pressupõe a legitimação (ou não) por parte de terceiros - *outros significativos*, que compartilham com o indivíduo o cotidiano do trabalho.

Tendo como ideia central esses pressupostos sustentados nos estudos de Dubar (1997, 2005) sobre a identidade social e de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000), adaptado por Paiva (2007), sobre as competências profissionais, articularam-se e adaptaram-se concepções de ambos, configurando-se uma *Perspectiva integrada de análise - identidade e competências profissionais* (Figura 5).

Figura 5 - Perspectiva integrada de análise - identidade e competências profissionais



Fonte - DUBAR , 2005 e CHEETHAM e CHIVERS,1996, 1998, 2000, adaptado por PAIVA, 2007.

Dentre as justificativas para a elaboração dessa perspectiva de análise, considerou-se a importância e a pertinência da cooperação entre diferentes disciplinas para uma compreensão mais integrada do fenômeno estudado. A identidade social, que compreende a identidade profissional, conforme afirma Dubar (2005), é imbricada com as competências desenvolvidas pelo indivíduo no âmbito profissional, como entende o mesmo autor.

No contexto contemporâneo, cinco novas práticas de cruzamento disciplinar emergiram: a) as *práticas de importação*, quando se agregam o trabalho, as metodologias e a linguagem já aprovadas em outras disciplinas; b) as *práticas de cruzamento*, quando há disponibilidade de cada uma das disciplinas envolvidas para se deixar cruzar/contaminar pelas outras; c) as *práticas de convergência* de análise de um terreno comum, que envolve convergências de perspectivas; d) as *práticas de descentração*, quando há policentrismo de disciplinas a serviço do crescimento do conhecimento; e) as *práticas de comprometimento* que dizem respeito a questões que demandam muitos conhecimentos (POMBO, 2004).

A visão da realidade de maneira cada vez mais fragmentada, observada ao longo da história, tem levado os estudiosos a buscar novas formas de diálogo entre os saberes, inclusive no campo da saúde (BATISTA, 2006; LUZ, 2009; ROQUETE *et al.*, 2012). Os níveis de cooperação entre disciplinas visa avançar na compreensão da realidade, particularmente, no contexto da complexidade, quando o pensamento não separa o objeto do sujeito (MORIN, 2001). Como não existe somente um nível de realidade, torna-se incompatível reduzir o indivíduo a uma mera definição. Por sua vez, “[...] o formalismo excessivo, a rigidez das definições e o absolutismo da objetividade, comportando a exclusão do sujeito, levam ao empobrecimento” da análise (SOMMERMAN, 2006, p.72).

A perspectiva teórica e metodológica elaborada para fins de compreensão da identidade e competências profissionais nesta tese ampliou a compreensão da construção da identidade profissional. Além de explicá-la por meio das interações sociais, da comunicação e da visão dos entrevistados - componente subjetivo - consideram-se também as condições objetivas da profissão médica - realidade profissional (formação e profissão) - evitando-se a limitação da análise à dimensão subjetiva.

Tendo em vista que na cooperativa médica somente o médico pode assumir funções de direção executiva ao longo de sua trajetória profissional; que sua identidade profissional está associada às competências desenvolvidas de forma processual durante o percurso profissional; que ambas - identidade e competências profissionais - são construídas na interação social, considerando uma realidade profissional; e que as cooperativas de trabalho Unimed ocupam lugar de destaque na assistência suplementar de saúde no Brasil, foi essencial desvelar a profissão e a formação profissional do médico, figura-chave deste estudo.

### **3.3 Profissão e formação profissional do médico**

As discussões sobre profissão e formação profissional em uma abordagem sociológica, remontam à década de 1930, na Inglaterra, e, no caso do Brasil, associada à profissão médica, emergiram nos anos de 1970. Tendo em vista o fato de o médico ser elemento central na presente tese, as particularidades dessa profissão, tanto em países centrais, como Estados Unidos e Inglaterra, quanto no Brasil, esta seção buscou compreender marcos dessa evolução teórica, apresentando-a em duas partes: a primeira revisita a sociologia das profissões e a segunda elucida o profissional médico.

### 3.3.1 Revisitando a sociologia das profissões

A abordagem sociológica das profissões e das ocupações foi inaugurada na década de 1930, pelos sociólogos britânicos Alexander Morris Carr-Saunders e Paul Alexander Wilson. Em sua obra, destacaram a definição do que caracterizava as profissões e a defesa do profissionalismo como sistema de valores, considerado essencial para funcionamento da sociedade capitalista de acordo com Gonçalves (2007/2008).

As principais concepções de uma sociedade capitalista, dentre as quais a definição de *divisão do trabalho*, foram definidas por Adam Smith (SMITH, 1986), economista escocês, no século XVIII. Com o desenvolvimento das sociedades, a noção de divisão do trabalho desenhada por ele deixou de ser atributo da área econômica e passou a influenciar diferentes campos da sociedade, tais como as funções políticas, administrativas, jurídicas, artísticas e científicas nas quais se observou um grau de especialização cada vez maior. A ciência, por exemplo, fragmentou-se em uma gama expressiva de disciplinas específicas e, nesse cenário, as funções sociais do trabalho foram traduzidas por Durkheim (1989) como *divisão social do trabalho*.

Sociólogos clássicos como Durkheim (1989), mesmo antes de o campo de estudo das profissões estar delimitado, já haviam identificado o “[...] papel que os agrupamentos profissionais destinavam a desempenhar na organização social dos povos contemporâneos” (DURKHEIM, 1989, p. 7). Em face das transformações experimentadas pela sociedade capitalista, em particular, no século XX, a sociologia das profissões avançou, e suas bases teórico-metodológicas experimentaram reconstruções sistemáticas. Tal evolução foi dividida, segundo Gonçalves (2007/2008), em quatro fases, mesmo não se tratando de uma delimitação precisa, mas visando facilitar a compreensão do processo.

A primeira fase do campo da sociologia das profissões ocorreu entre os anos 1930 e 1960, quando se definiram seu objeto - as profissões - assim como a metodologia de análise a ser adotada, qual seja, comparativo-taxinômica (entre profissões e entre estas e as ocupações comuns). Nesse período, floresceram estudos de sociólogos funcionalistas, particularmente americanos, cuja

[...] centralização excessiva na definição dos atributos, a natureza empirista dos estudos, a desafeição pela reflexão teórica como sustentáculo da investigação empírica, a atomização analítica das profissões face às dinâmicas globais do capitalismo nacional constituem eixos da abordagem [...], que concorreram para uma leitura heurísticamente fraca do fenômeno profissional (GONÇALVES, 2007/2008, p. 180).

Sociólogos *interacionistas simbólicos*<sup>15</sup> propuseram abordagens para o estudo das profissões que ampliaram esse escopo de análise e foram inspiradas em pensamentos de Durkheim (1989), que as entendia como recurso para a promoção da coesão social. Parsons (1968), por exemplo, definiu três critérios para se identificar uma profissão: a) a exigência de uma formação técnica formal; b) as habilidades desenvolvidas pelo indivíduo; c) os meios institucionais existentes para garantir que essas competências fossem colocadas a serviço de uso socialmente responsável. Este último critério, considerado como o principal, foi observado de forma clara no âmbito da prática profissional da medicina quando a ciência médica é aplicada na cura de doenças (PARSONS, 1968).

Estudos com foco em médicos receberam atenção particular de sociólogos interacionistas simbólicos, muitos deles vinculados à Escola de Chicago. Suas pesquisas mereceram destaque no âmbito da Sociologia das Profissões, e foram fundamentadas em concepção teórico-metodológica inovadora para a época, enquadrando-se no campo da análise sociológica da divisão do trabalho social (ALMEIDA, 2010). Os sociólogos dessa escola “[...] tiveram o grande mérito de vincular estreitamente o universo do trabalho aos mecanismos de socialização”, conforme destacou Dubar (1997, p. 186), com quem concordaram Joas (1999) e Lallement (2004).

A segunda fase na evolução da sociologia das profissões, que aconteceu de meados dos anos 1960 até o final da década de 1970, foi marcada por críticas às proposições funcionalistas<sup>16</sup> e pelo surgimento de propostas alternativas. Destacaram-se aqui os estudos de Freidson (1988), em particular, sua obra *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*<sup>17</sup>, originalmente publicada em 1970. Nela ele ressaltou a importância de definir conceitos distintos de profissão, levando-se em consideração as particularidades históricas e geográficas, isto é, os contextos sociais nos quais as profissões se desenvolvem, bem como desvelando o significado do Estado para o desenvolvimento do profissionalismo. Em sua concepção, a autonomia profissional é uma característica determinante no poder de uma profissão.

---

<sup>15</sup> O interacionismo simbólico é uma corrente teórica da sociologia que “[...] focaliza a atenção sobre as relações sociais, a produção de uma identidade que se forja no contato com os outros... e não apenas sobre os simples comportamentos individuais” (LALLEMENT, 2004, p.291).

<sup>16</sup> Considera-se como pontos principais da abordagem funcionalista: “[...] a centralização excessiva na definição dos atributos, a natureza empirista dos estudos, a não inclinação pela reflexão teórica como suporte da investigação empírica e a atomização analítica das profissões face às dinâmicas globais do capitalismo nacional” (GONÇALVES, 2007/2008, p.181).

<sup>17</sup> Traduzida para o português em 2009 (FREIDSON, Eliot. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado* / Eliot Freidson; Tradução de André de Faria Pereira-Neto e Kvieta Brezinova de Moraes. São Paulo: Editora UNESP; Porto Alegre, RS: Sindicato dos Médicos, 2009. 453p.

Entretanto, Freidson (2009) reconheceu que, em que pese a autonomia oferecer a dimensão da profissão, é a capacidade de autorregulação que confere a autonomia profissional. O autor elucidou, também, que o modelo de desempenho do profissional é muito mais apoiado em suas práticas do que nos processos de socialização vivenciados durante a formação universitária. Nesse aspecto, opôs-se a visões predominantes da época, como a de Parsons (1968), que acreditava na preponderância da concepção de que as profissões devem servir à coletividade, definindo o comportamento profissional, ideia disseminada por meio das instituições formadoras.

Eliot Freidson esclareceu em seu livro *Renascimento do Profissionalismo*, lançado em 1994, que utilizava o termo *profissão* para designar “[...] uma ocupação que controla seu próprio trabalho, organizada por um conjunto especial de instituições sustentadas, em parte, por uma ideologia particular de experiência e utilidade” (FREIDSON, 1998, p. 33). O uso do termo *profissionalismo*, segundo ele, seria “[...] para denotar aquela ideologia e aquele conjunto especial de instituições” (FREIDSON, 1998, p. 33), ou seja, as universidades, associações de classe e o Estado.

Na década de 1980, desenvolveu-se uma terceira fase de estudos, caracterizada pela sedimentação de uma diversidade de escopos teórico-metodológicos. Constatou-se uma ampliação das perspectivas existentes na fase anterior, observando-se, também, o foco na análise do poder e monopólios profissionais, além do destaque para a abordagem sistêmica das profissões (GONÇALVES, 2007/2008).

Nesse cenário, sobressairam estudos abordando, particularmente, os processos de profissionalização (LARSON, 1977; ABBOTT, 1988). Ambos os autores acreditavam que a diferença entre as profissões e as condições sociais e econômicas de aplicação de seu conhecimento estava diretamente relacionada com a amplitude da autonomia que poderiam exercer diante do controle dos clientes, do capital e do Estado. Os estudos de Abbott (1988) também encontraram pontos de convergência com Dubar (1997, 2005) e Freidson (1998) no que tange à constatação de que a particularidade que melhor classifica as profissões é o conhecimento abstrato convencional que ela difunde.

Os movimentos de profissionalização do século XIX, no entender de Larson (1977, p.xvii), prefiguraram a reestruturação geral da desigualdade social nas sociedades capitalistas contemporâneas: o núcleo era a hierarquia profissional, ou seja, um sistema diferenciado de competências e recompensas; o princípio central da legitimidade fundou-se na realização de uma especialização reconhecida, isto é, em um sistema de educação e credenciamento.

Abbott (1988) empreendeu uma análise crítica da natureza do trabalho profissional, viabilizada por meio da observação da prática profissional. O autor discutiu o tema da jurisdição, bem como mecanismos utilizados pelos profissionais para preservar o monopólio da competência, protegendo-se da concorrência. Por jurisdição ele entendia a relação que há entre uma profissão e o trabalho pertinente a ela; trata-se, assim, do direito de exclusividade da prática profissional por determinado grupo profissional (ABBOTT, 1988).

As práticas foram abordadas em três situações de análise: diagnóstico, inferência e tratamento. O diagnóstico e o tratamento são ações de mediação na prática profissional; no diagnóstico busca-se informação no saber profissional sistematizado e no tratamento encontram-se instruções a partir desse saber profissional. Por sua vez, a inferência é um ato eminentemente profissional. Com base no que se obtém de informações no diagnóstico e nos tratamentos possíveis, o profissional faz reflexões e decide adequadamente. Tal perspectiva permite localizar o saber profissional numa lógica que desnuda a complementaridade inequívoca entre teoria e prática. Dados objetivos e dados subjetivos necessitam ser mobilizados para o exercício efetivo de um saber profissional, indo, portanto, além de uma prescrição técnica pré-formatada (ABBOTT, 1988).

Em linhas gerais, observou-se nesse período um contraste entre as abordagens anglo-americana e a desenvolvida na França e no restante da Europa continental. As primeiras tenderam a se concentrar no fechamento dos grupos profissionais; nas segundas, o foco deslocou-se para questões de ocupação em termos mais gerais, incluindo identidade profissional, trajetórias de carreira, formação profissional e especialização, bem como o emprego em organizações do setor público (EVETTS, 2003).

Nota-se, assim, a existência de dois padrões de desenvolvimento histórico das profissões: o anglo-americano e o europeu continental. Gonçalves (2007/2008) identificou que, no contexto anglo-americano, profissões tradicionais como a dos médicos evoluíram com forte autonomia, regidas pelo mercado, ligadas às universidades privadas, sendo as associações profissionais privadas as responsáveis principais por regular essa profissão.

Na quarta fase de evolução da sociologia das profissões, a partir da década de 1990, distinguiu-se a abordagem comparativa dos fenômenos profissionais, bem como o surgimento de novas problemáticas teóricas (GONÇALVES, 2007/2008). Evetts (2003), por exemplo, abordou profissões como um grupo genérico de ocupações baseadas no conhecimento tácito e explícito. As profissões, segundo a autora, são essencialmente a categoria de ocupações apoiadas em conhecimentos que normalmente se seguem a um período de ensino superior e de formação profissional e experiência.

Trata-se de uma forma diferente de categorizar as ocupações e ver as profissões como mecanismos estruturais, profissionais e institucionais para lidar com o trabalho associado às incertezas da vida moderna nas sociedades de risco, conforme salientou Evetts (2003). Tal abordagem ampliou a noção de profissão e contextualizou a realidade social experimentada pelos indivíduos em sociedades capitalistas desenvolvidas do século XXI.

Em face dos marcos teóricos da evolução da sociologia das profissões apresentados e das referências adotadas para análise da identidade e das competências profissionais no presente estudo, optou-se por utilizar a definição de *profissão* como o

[...] conjunto de atividades produtivas desenvolvidas por um grupo de pessoas que possuem conhecimentos específicos, validados academicamente e reconhecidos socialmente, mediante instrumentos regulatórios formais ou informais que são compartilhados coletivamente, garantindo elevado grau de autonomia no exercício de suas atribuições, movidas em certo nível por altruísmo (PAIVA, MELO, 2008, p. 361).

A sociologia das profissões, particularmente, na vertente anglo-americana, em toda a trajetória evolutiva dedicou especial atenção à profissão e formação profissional do médico (MERTON, 1957; FREIDSON, 1988, 1995, 1998, 2009; PARSONS, 1968; LARSON, 1977). Na Europa, Carapineiro (1998) tornou-se referência nessas investigações, abordando, especialmente, ambientes hospitalares. No Brasil, as pesquisas sobre as profissões floresceram a partir da década de 1970, contemplando a categoria médica de forma particular. Tendo em vista que tal destaque histórico encontra convergência com o fato de os sujeitos desta pesquisa serem médicos, reiterou-se a pertinência de compreender a profissão e a formação médica.

### 3.3.2 O médico: profissão e formação

No Brasil, as primeiras pesquisas sobre as profissões emergiram na década de 1970, em São Paulo, quando estudos sobre médicos, desenvolvidos por Donnangelo (1975) significaram um marco. Entretanto, foi somente a partir da década de 1990, que se observou uma “[...] grande diversificação institucional da produção” no campo das profissões no País, segundo Barbosa (2003, p. 595).

Nessa trajetória, a profissão e a formação profissional do médico brasileiro receberam especial atenção de diversos pesquisadores que buscaram desvendar a realidade nacional sobre as profissões, adotando referenciais teórico-metodológicos diversificados. Dentre eles, destacaram-se Santos (1987), Machado (1996), Donnangelo (1975), Coelho (1999), Souza (2001), Bosi (2005) e Campos (2006).

Na perspectiva do senso comum, historicamente, a medicina foi considerada no Brasil, como uma profissão liberal, entendendo-se por profissão liberal aquela

[...] atividade especializada, que requer preparo através de treinamento formal de nível superior, que encerra prestígio social e intelectual, ou ambos, que é praticada de forma autônoma e cuja base de conhecimentos é de natureza predominantemente técnica ou intelectual (COELHO, 1999, p. 24).

Entretanto, as pesquisas eram controversas no que tange à caracterização da medicina como profissão liberal no país, tendo em vista o fato de, ao longo da história, muitos médicos exercerem suas atividades sob alguma forma de supervisão hierárquica (COELHO, 1999), bem como por estarem submetidos ao assalariamento, tanto no setor público, quanto no privado (DONNANGELO, 1975). Trata-se, portanto, muito mais de um ideal de profissão, ou de uma aspiração por total autonomia profissional, do que de uma profissão liberal, de fato, na medida em que tal característica não contempla todos aqueles que a exercem a medicina em todas as situações de trabalho (DONNANGELO, 1975; COELHO, 1999).

Em outros termos, o trabalho do médico poderia ser realizado em diversos espaços, com diferentes formas de vinculação, isoladamente ou de forma combinada, isto é, um médico poderia trabalhar no consultório particular e/ou em clínicas, e/ou em hospitais, e/ou com grupos médicos dentre outras possíveis formas. Tal combinação poderia ocorrer no setor público, no privado e no filantrópico, cabendo ainda a figura do profissional autônomo, do empregado e do empresário médico, conforme já constatava Donanngelo (1975) na década de 1970.

Em face de tais contingências, torna-se necessário debruçar o olhar sobre a evolução da medicina no Brasil, o que teve início no século XIX. As primeiras escolas médicas do Brasil foram a de Salvador e a do Rio de Janeiro, criadas, respectivamente, em fevereiro e abril de 1808; a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais foi criada em 1911 (LAMPERT, 2008). Em 1960, já existiam 27 escolas médicas no Brasil, sendo que esse contingente cresceu para 73 em 1971 (DONNANGELO, 1975). Em março de 2010, o País contabilizava 181 cursos de medicina (CRM-MG, 2010), sendo que 33 se localizavam em São Paulo, seguido por Minas Gerais com 30 escolas médicas (AMMG, 2012).

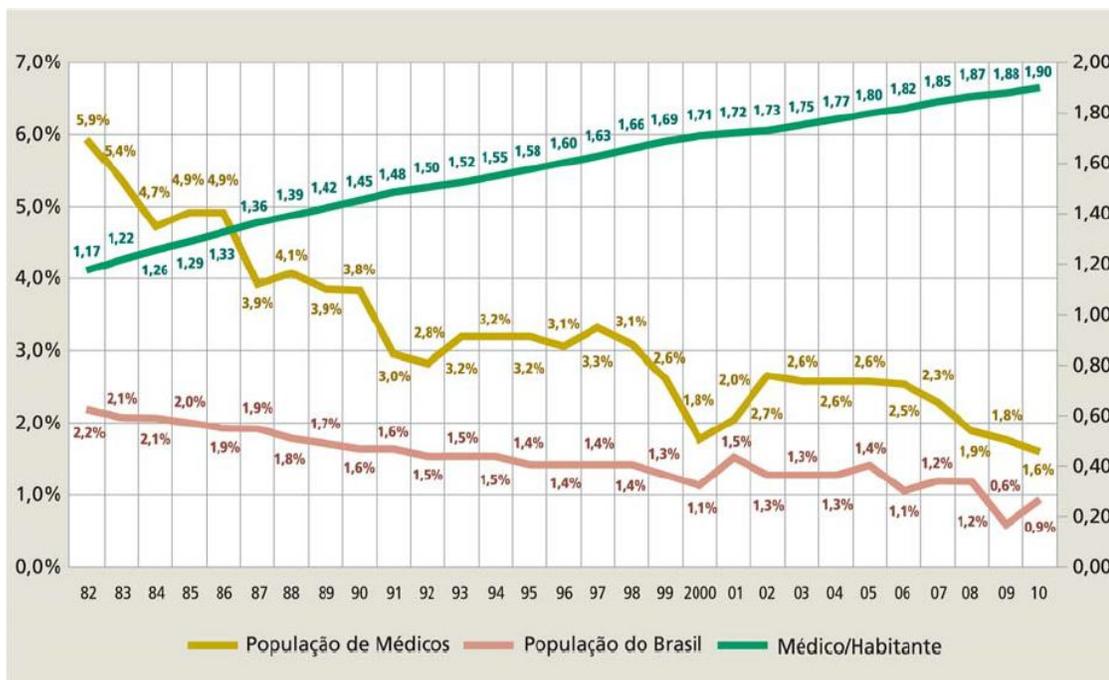
Observa-se, assim, que em aproximadamente 50 anos, o número de escolas médicas no Brasil tornou-se quase sete vezes maior. Se, na década de 1960/1970, o médico experimentava uma amplitude de possibilidades para o exercício da atividade profissional, como constatou Donnangelo (1975), com a ampliação do número de escolas médicas e, conseqüentemente, da concorrência entre os profissionais, pode-se pressupor a tendência de

aumento do nível de assalariamento, de diversificação nas formas de atuação, de concentração em determinadas regiões do País, bem como de comprometimento da qualidade da formação e do desempenho profissional. Essas variáveis vêm se tornando objeto de estudos e preocupações no âmbito da própria categoria profissional.

Um quadro da realidade da profissão no Brasil foi apresentado no relatório da pesquisa *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*, elaborada em parceria pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Esta investigação, coordenada por Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2011), mostrou que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) registraram, até outubro de 2011, o contingente de 371.788 médicos em atividade no Brasil. Tal resultado demonstra o crescimento vertiginoso, durante 40 anos, do número de médicos, bem como as desigualdades da distribuição no País.

Se, em 1970, havia 58.994 médicos no Brasil, em 2011, registrou-se um aumento de 540% e, paralelamente, de 1970 a 2010, a população brasileira cresceu 104,8%. Ao analisar a evolução da taxa de crescimento da população brasileira, da população de médicos e a razão médico por habitante, de 1980 a 2010, Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2011) observaram que persistiu um aumento nas duas populações, em que pese a redução na velocidade desse crescimento. Notou-se, porém, que o crescimento da população dos médicos foi, em geral, maior que o crescimento da população do País, conforme apresentado no gráfico 1.

Gráfico 1 - Evolução da taxa de crescimento da população brasileira, da população de médicos e da razão médico/habitante, de 1980 a 2010



Fonte - SCHEFFER, BIANCARELLI e CASSENOTE, 2011, p. 18.

No que tange ao perfil profissional dos médicos inscritos nos CRMs, observa-se uma mudança significativa e histórica em curso: em 2009, pela primeira vez, o número de mulheres ultrapassou o de homens. Conseqüentemente, pela primeira vez, no grupo de médicos com 29 anos ou menos, as mulheres também foram maioria (53,31%) conforme identificaram Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2011) e se vê na tabela 2.

Tabela 2  
 Percentual de médicos brasileiros, de acordo com idade e sexo

Idade	Feminino	(%)	Masculino	(%)	Total
≤ 29 anos	25.890	53,31	22.679	46,69	48.569
30 - 34 anos	25.442	46,09	29.758	53,91	55.200
35 - 39 anos	19.396	45,02	23.685	54,98	43.081
40 - 44 anos	16.805	46,18	19.585	53,82	36.390
45 - 49 anos	16.396	44,22	20.682	55,78	37.078
50 - 54 anos	15.070	41,41	21.318	58,59	36.388
55 - 59 anos	13.498	35,36	24.673	64,64	38.171
60 a 64 anos	8.336	25,62	24.197	74,38	32.533
65 a 69 anos	2.355	17,35	11.215	82,65	13.570
≥ 70 anos	1.952	18,08	8.847	81,92	10.799
Total	145.140	41,26	206.639	58,74	351.779

Fonte - Scheffer, Biancarelli e Cassenote, 2011, p. 18.

Entretanto, no que concerne ao mercado de trabalho, a predominância ainda é masculina, particularmente, em faixas etárias mais avançadas. Nota-se, por exemplo, que de 55 a 59 anos, 64,64% são homens e 35,365 mulheres, ou seja, quase o dobro. A pesquisa também apontou no sentido da feminização da medicina, seguindo uma tendência mundial, pois, em 30 países estudados, a proporção de mulheres médicas cresceu 30% entre 1900 e 2005 (SCHEFFER, BIANCARELLI e CASSENOTE, 2011).

O crescimento do número de médicos do Brasil apresentado na referida pesquisa foi decorrente de algumas variáveis, dentre elas, a procura significativa pela profissão, que pôde ser constatada, em 2009, pela relação candidato/vaga de 23,3% no vestibular para os cursos de graduação em medicina, uma das maiores taxas identificadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Em Minas Gerais, no vestibular para 2013, o curso de medicina na UFMG contou com 49,77 candidatos por vaga<sup>18</sup>.

A segunda variável citada na pesquisa foi o *boom* de abertura de escolas de Medicina, a partir de 1964. Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2011) reiteraram resultados da pesquisa realizada por Carneiro e Gouveia (2004), na qual se identificou a predominância de médicos graduados em Instituições de Ensino Superior (IES) de natureza pública. As 12 universidades identificadas na pesquisa como as que mais formaram médicos no Brasil foram, nessa ordem:

<sup>18</sup> Disponível em: <[http://web.cpv.ufmg.br/Arquivos/2012/Relacao\\_candidato\\_vaga.pdf](http://web.cpv.ufmg.br/Arquivos/2012/Relacao_candidato_vaga.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2012.

a Universidade Federal de Minas Gerais, a Universidade de São Paulo, a Universidade Federal do Paraná, seguidas de Rio de Janeiro, Ceará, Paraíba, São Paulo, Bahia, Juiz de Fora, da Universidade de Pernambuco, da Universidade Federal de Pernambuco e da Universidade Severino Sombra (Vassouras, Rio de Janeiro).

Quanto aos tipos de cursos de pós-graduação realizados pelos médicos, observaram-se variações comparando-se com pesquisa anterior empreendida por Machado (1996). A realização de pós-graduação *lato sensu* (residência médica e especialização) diminuiu, a *stricto sensu* (mestrado e doutorado) apresentou evidente aumento e o estágio de pós-doutorado permaneceu praticamente inalterado (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004). Constataram-se 29 principais opções de especialidades em cursos de especialização médica, sendo a medicina do trabalho a opção mais escolhida (15,9%), seguida da cardiologia (8,7%) e da administração hospitalar (6,0%) (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004).

Tais resultados mostraram que a formação continuada do médico ainda é focada em áreas tradicionais da profissão, pois, somaram 78,1% das escolhas, incluindo-se nesse grupo a cardiologia. A medicina do trabalho e a administração hospitalar, que participaram com 21,9% das opções por especialização, são áreas consideradas menos tradicionais pelos autores (op. cit). Destaca-se que a administração hospitalar foi opção de significativa parcela dos profissionais participantes da pesquisa, figurando como a terceira mais procurada para a especialização. Tal fato denota o interesse do profissional por um conteúdo complementar, que tende a significar um meio para suprir deficiências da formação técnica de base no exercício da profissão em funções de gestão.

O investimento do Conselho Regional de Medicina, especificamente em São Paulo (CREMESP) e Minas Gerais (CRM-MG), bem como do Conselho Federal de Medicina (CFM) em pesquisas sistemáticas sobre a profissão e os profissionais médicos é um indicador do nível de estruturação dessa profissão no Brasil. Tais investimentos das organizações da classe permitem inferir que ampliar e aprofundar o conhecimento sobre a categoria que representam possibilita subsidiar ações para fortalecimento e defesa de interesses da profissão. Cabe lembrar que no século XXI, “[...] o poder das profissões tornou-se muito mais amplo, regulado essencialmente pelos pares, em associações profissionais e com a anuência do Estado” (AREOSA e CARAPINHEIRO, 2008, p. 86).

O estudo das profissões e da formação dos profissionais neste século situa-se em um contexto de ampliação da importância do conhecimento formal. Nesse sentido, os resultados das pesquisas de Carneiro e Gouveia (2004) e Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2011) mostraram que a profissão e a formação do médico brasileiro acompanham a mencionada

tendência. Igualmente o interesse da categoria pelo conhecimento formal no âmbito da administração hospitalar sinaliza também no sentido de interesse dos médicos pelo campo do conhecimento da gestão organizacional.

Sob o amparo do aporte teórico apresentado, e tendo em vista o objetivo da pesquisa, que foi compreender como se configura a identidade de médicos cooperados diretores executivos de uma Unimed, considerando as competências profissionais mobilizadas para o exercício da função, expõe-se, a seguir, a metodologia utilizada no estudo.

## 4 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresenta-se a metodologia adotada para o alcance dos objetivos da pesquisa, sendo seus principais tópicos: a caracterização da pesquisa, os sujeitos da pesquisa, os procedimentos para a coleta de dados, o tratamento e a análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa.

### 4.1 Caracterização da pesquisa

Nesta tese, estudou-se a *configuração da identidade de médicos cooperados diretores executivos de uma cooperativa Unimed localizada em Minas Gerais, considerando as competências profissionais mobilizadas para o exercício da função*. A natureza do problema, assim como o emaranhado de detalhes desse fenômeno conduziram à escolha da abordagem qualitativa, aconselhada por Strauss e Corbin (2009) para investigações desse tipo.

A pesquisa qualitativa no campo das ciências humanas e sociais tem sido uma alternativa difundida, em especial, nas últimas décadas do século XX, tendo em vista as mudanças significativas no âmbito das relações sociais. Isto é consequência, particularmente, das mudanças aceleradas que fazem com que “[...] os pesquisadores sociais defrontem-se, cada vez mais, com novos contextos e perspectivas sociais [o que exige] uma nova sensibilidade para o estudo empírico das questões” de pesquisa (FLICK, 2007, p. 17).

Com tradição na psicologia e nas ciências humanas e sociais, a pesquisa qualitativa tem sido desenvolvida e propagada (MINAYO, 2000, 2002; FLICK, 2007; STRAUSS e CORBIN, 2009) buscando um modo de melhor pensar e compreender a realidade social.

Conforme lembram Strauss e Corbin (2009), nos estudos qualitativos os pesquisadores podem reunir dados por meio de entrevistas e observações, técnicas associadas aos métodos qualitativos. Ao escolher tal abordagem, optou-se por “[...] um processo não-matemático de interpretação, feito com o objetivo de descobrir conceitos e relações nos dados brutos e organizar esses conceitos e relações em um esquema explanatório teórico” (STRAUSS e CORBIN, 2009, p. 24).

Trata-se também de uma pesquisa descritiva, “[...] indicada para a área de ciências humanas e sociais” (MICHEL, 2009, p. 45), pois tem como propósito descrever características de determinado fenômeno (GIL, 1999).

Em função do tema escolhido e da questão de pesquisa apresentada, o método do estudo de caso foi identificado como o mais apropriado, pois possibilitou trabalhar várias dimensões do fenômeno e, conseqüentemente, aprofundar a análise (YIN, 2010). Pode-se dizer que o estudo de caso apresenta como principal virtude a viabilidade de se compreender de forma profunda o fenômeno como um todo, tal como ocorreu no caso estudado.

Neste estudo de caso aprofundou-se o conhecimento a respeito da cooperativa Unimed, cenário do estudo, particularmente, sobre aqueles que são diretamente responsáveis por sua gestão, os médicos cooperados que ocupavam os cargos na direção executiva. A denominação Unimed-Beta foi adotada, com vistas a manter preservado, tanto o anonimato da organização, quanto dos indivíduos entrevistados.

Em dezembro de 2010, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, protocolo n. CAAE - 0396.0.203.203-11. Em janeiro de 2011, foi estabelecido contato com uma Unimed e a organização informou sobre a impossibilidade de realização do estudo nesse cenário.

Assim, em maio de 2011, outro contato foi firmado com uma cooperativa Unimed também destaque em Minas Gerais no que concerne ao porte por número de beneficiários no interior do Estado. Após o projeto se analisado e aprovado, iniciou-se a coleta de dados primários.

#### 4.2 **Sujeitos da pesquisa**

Para analisar como se configura a identidade de cooperados diretores executivos da Unimed-Beta, considerando as competências profissionais mobilizadas para o exercício da função, os sujeitos escolhidos para a pesquisa foram:

- cooperados membros do conselho de administração que ocupavam cargos na direção executiva;
- cooperados membros do conselho de administração, independentemente de exercício na direção executiva;
- cooperados membros dos conselhos fiscal e técnico-ético;
- assessores da diretoria executiva;
- gerente executivo da cooperativa anterior e atual;
- gerentes da cooperativa;
- supervisores da cooperativa.

Dividiu-se o conjunto de 29 sujeitos da pesquisa em dois grupos: sujeitos primários e sujeitos secundários, seguindo denominação de Brito (2004). O primeiro contemplou os quatro médicos-cooperados que exerciam a função de gestores na cooperativa atuando como diretores executivos. Os diretores executivos foram aqueles cuja identidade e as competências se buscou conhecer e, portanto, os sujeitos primários neste estudo. O segundo grupo, denominado sujeitos secundários, foi composto por: quatro cooperados membros do conselho de administração 2009-2012; dois conselheiros fiscais efetivos; cinco membros do conselho técnico e ético; dois gerentes executivos (anterior e atual); um secretário executivo; três assessores da diretoria executiva (jurídico, *marketing* e auditoria médica); seis gerentes e dois supervisores, perfazendo 25 profissionais.

Dada a informação que Unimed-Beta havia contratado um gerente executivo profissional, que trabalhou na organização por quase dez anos, foi solicitada a autorização da direção para entrevistá-lo. A entrevista foi prontamente agendada, apesar de ele já haver se desligado da Cooperativa. Destaca-se que foram entrevistados todos os ocupantes de cargos com função de administração na Cooperativa, com exceção de um conselheiro fiscal e do responsável pela coordenação de recursos humanos, que desligaram-se da organização na fase de coleta de dados.

Houve critérios para inclusão e exclusão dos sujeitos primários, pois tal procedimento é uma forma de tornar a população mais homogênea e possibilitar “[...] eliminar os efeitos de interação entre as variáveis do estudo e outros fatores”, conforme asseveram Contandriopoulos *et al.* (1999, p. 58). Sendo assim, os critérios para inclusão dos diretores executivos foram:

- a) ter ocupado o cargo de conselheiro no conselho de administração da Unimed-Beta, por 8 anos ou mais;
- b) ter ocupado cargo na direção executiva da Unimed-Beta, por oito anos ou mais.

Definiu-se o tempo de oito anos por se considerar que dois mandatos de quatro anos seria um tempo significativo de experiência na função. Desta forma, o não cumprimento de quaisquer dos critérios de inclusão foi o critério para exclusão dos sujeitos primários.

A seleção dos sujeitos primários foi realizada de acordo com os seguintes procedimentos: inicialmente fez-se uma tabela contendo o nome de todos os membros do conselho de administração do ano de fundação da Cooperativa até 2011, os períodos de mandato de cada um deles nesse conselho e os cargos ocupados na diretoria executiva, bem

como o tempo, em anos, quando fosse o caso. Obedecendo aos critérios definidos, foram identificados quatro médicos cooperados diretores executivos para compor o grupo de sujeitos primários. Estes tiveram seus nomes substituídos por letras de A a D, visando a garantir o anonimato. A relação dos sujeitos primários e os requisitos correspondentes que fundamentaram sua escolha estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3  
Sujeitos da pesquisa

Diretor Executivo	Tempo de atuação no Conselho de Administração, em anos	Tempo de atuação na Direção Executiva, em anos
A	24	24
B	19	19
C	15	11
D	12	9

Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

Para inclusão dos sujeitos secundários, foram estabelecidos os seguintes critérios:

- a) ser membro do Conselho de Administração, por quatro anos ou mais, à época da coleta de dados primários da pesquisa;
- b) ser membro do conselho técnico-ético, desde que por um mandato ou mais;
- c) ser membro do conselho fiscal, desde que por um mandato ou mais;
- d) ocupar função gerencial e/ou de assessoria na cooperativa, à época da coleta de dados primários, e relacionar-se diretamente com a direção executiva no cotidiano do trabalho;
- e) ocupar ou ter ocupado função gerencial e/ou de assessoria, por dois mandatos ou mais, e a desvinculação da cooperativa ter ocorrido em um período inferior a 12 meses.

Como critérios para exclusão de sujeitos secundários foi definido o não cumprimento de quaisquer dos critérios de inclusão.

A definição de critérios de inclusão e exclusão de sujeitos secundários teve por finalidade garantir que os sujeitos secundários fossem pessoas que compartilhassem com os sujeitos primários responsabilidades inerentes à gestão da cooperativa Unimed, cenário do estudo, bem como se relacionassem com eles no cotidiano do trabalho. Essa definição foi

fundamental para o alcance os objetivos da pesquisa e para orientar adequadamente a etapa de levantamento dos dados.

### 4.3 Coleta de dados

A pesquisa estruturou-se por meio do levantamento de dados primários e secundários, visando a ampliar, enriquecer e aprofundar o conhecimento a ser construído. Considerando que a questão que esta tese buscou responder diz respeito a um universo de significados muito particular, restrito ao médico cooperado-diretor executivo de uma cooperativa Unimed que opera planos de saúde em Minas Gerais, os instrumentos para levantamento dos dados foram cuidadosamente escolhidos.

A coleta dos dados primários ocorreu no período de outubro a dezembro de 2011, quando foi aplicado um formulário sociodemográfico (APÊNDICE A) aos 29 sujeitos da pesquisa, isto é, aos quatro sujeitos primários e aos 25 sujeitos secundários. Esse formulário foi respondido por cada sujeito, em horário pré-agendado pela secretaria executiva da Unimed-Beta. O horário e o local foram estabelecidos de forma a criar a possibilidade de maior interação entre o pesquisador e o seu campo de estudos, pois acredita-se que, na pesquisa social,

[...] a relação entre o pesquisador e seu campo de estudos se estabelece definitivamente, [bem como] a visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto aos resultados do trabalho e à sua aplicação (MINAYO, 2002, p. 14-15).

Tal princípio fundamentou a decisão de utilização da entrevista como técnica de levantamento de dados, respaldado também em Minayo (2000, p. 124). Segundo esta autora, esse instrumento cria uma possibilidade de envolvimento entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa que propicia o aprofundamento da investigação. Manteve-se o cuidado de preparar previamente os roteiros, como recomendado por Vergara (2005), com vistas a abordar os pontos que interessavam ser explorados junto aos sujeitos da pesquisa e, conseqüentemente, alcançar um maior grau de profundidade na investigação (MINAYO, 2000; VERGARA, 2005).

Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado com os sujeitos primários (APÊNDICE B) e outro com os sujeitos secundários (APÊNDICE C). As questões buscaram atender aos objetivos específicos da pesquisa, porém, nem todas as categorias temáticas foram previamente estabelecidas, tendo em vista a natureza qualitativa da investigação.

Essa abordagem do campo, ao contrário do que se pode pensar quanto à não-objetividade, é essencial, quando o objeto de estudo trata da subjetividade. O levantamento de dados possibilitado pela “[...] inter-relação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia a dia, as experiências, e a linguagem do senso comum, e é condição *sine qua non* do êxito da pesquisa qualitativa” (MINAYO, 2000, p. 124).

Com a finalidade de garantir a fidedignidade dos dados e favorecer a interação entre o pesquisador e o entrevistado, assim como a incorporação do contexto de produção da entrevista, conforme recomenda Minayo (2002), as entrevistas foram gravadas. Solicitou-se a autorização dos sujeitos da pesquisa para gravá-las, atendendo, assim, às exigências da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), que versa sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Foram realizados oito deslocamentos à cidade onde se situa a Unimed-Beta, sendo que as entrevistas aconteceram na sede da cooperativa (23), em consultórios médicos (2), em clínicas (2) e uma em hospital (1). Uma das entrevistas foi realizada no escritório de uma outra empresa em Belo Horizonte.

A pesquisa documental foi realizada em *fontes internas* (relatórios, estatuto social, regimento, organograma dentre outros) e *fontes externas* (jornais, revistas e informativos). Esse tipo de pesquisa foi essencial, pois possibilitou resgatar informações relevantes sobre o histórico da organização, bem como as transformações, as rupturas, as reestruturações etc., que afetam o dia a dia de trabalho dos cooperados diretores executivos e, portanto, sua identidade e as competências profissionais requeridas para o exercício da função.

No período de levantamento de dados, utilizou-se também um *diário de bordo*, pelo fato de a Unimed, cenário do estudo, ser no interior de Minas Gerais e, portanto, implicar a necessidade de viajar para mergulhar nesse mundo desconhecido. Tratava-se, na verdade, do recurso conhecido como diário de campo, e foi utilizado para registrar percepções, questionamentos, sentimentos, bem como informações não obtidas por meio das outras técnicas adotadas. Com ele, buscou-se relatar o que foi visto, ouvido, vivenciado e refletido na trajetória, sendo tais dados úteis para esclarecer situações que surgiram no campo da pesquisa. Em dezembro de 2011, iniciou-se o tratamento dos dados e, posteriormente, a análise.

#### 4.4 Tratamento e análise dos dados

Os formulários para levantamento do perfil sociodemográfico foram tratados por meio do software *Epi-Info 7*, versão 3.5.3., programa de domínio público utilizado para conduzir investigações epidemiológicas, administrar banco de dados para vigilância em saúde pública e outras tarefas, bem como para aplicações gerais de bancos de dados e estatísticas, caso do perfil dos sujeitos desta pesquisa. Dessa forma, obteve-se o perfil do grupo de sujeitos da pesquisa, isto é, dos médicos cooperados diretores executivos da Unimed-Beta (sujeitos primários), bem como daqueles que se relacionam com eles no cotidiano de trabalho (sujeitos secundários). Os resultados dessa análise serão apresentados no capítulo 5.

Para a análise dos dados coletados por meio das entrevistas utilizou-se a Análise de Conteúdo (AC) (BARDIN, 1977). Cabe ressaltar que o método tem sido correntemente utilizado em estudos qualitativos, dentre os quais sobre temáticas que são centrais na presente tese, como identidade e competências profissionais (BRITO, 2004; PAIVA, 2007; ÉSTER, 2007) dentre outros.

As técnicas de AC se desenvolveram objetivando ir além do senso comum e do subjetivismo na interpretação da comunicação. O que se buscou foi particularmente uma postura crítica em face a documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação (MINAYO, 2000). Operacionalmente, a técnica procura atingir um nível mais aprofundado de análise, isto é, vai além dos significados manifestos. Para tal relaciona as estruturas semânticas (significantes) e as estruturas sociológicas (significados) do que é expresso, articulando “[...] a superfície do texto descrita e analisada com fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem”, conforme lembra Minayo (2000, p. 203).

A análise de conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens. Bardin (1977) a definiu como um

[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

De outra forma, pode-se dizer que a AC é uma articulação entre a superfície do texto (descrita e analisada) e os fatores que determinaram essas características (deduzidos logicamente). Em última instância, entende-se que qualquer comunicação, isto é, qualquer

transporte de significações de um emissor para um receptor, controlado ou não por este, poderia ser decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo.

Bardin (1977) classificou os procedimentos da análise de conteúdo em cinco técnicas<sup>19</sup>, sendo que nesta tese adotou-se a técnica de Análise Categórica, mais especificamente, a técnica de categorização temática. A análise temática é considerada por Bardin (1977, p.153) “[...] a mais rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos - significações manifestas - e simples”. A análise do material coletado seguiu as três etapas recomendadas por Bardin (1977): 1) a pré-análise; 2) a análise/exploração dos dados; 3) o tratamento e a interpretação dos resultados.

O primeiro passo da pré-análise foi a organização do material e a escolha dos documentos a serem analisados. Assim, o conteúdo de gravação de cada uma das 29 entrevistas foi transcrito na íntegra, o que significou que do total de 23 horas e 47 minutos de entrevistas, obteve-se um conjunto de 307 páginas, no formato papel A4, espaçamento simples, margens esquerda e superior 3 cm, direita e inferior 2 cm. Na pré-análise, seguiu-se recomendação de Bardin (1977) de realizar-se uma *leitura flutuante* do material para sistematizar as ideias iniciais. Ao contrário do que possa parecer, essa leitura fez-se de forma precisa e, não, superficial, projetando a teoria para, a partir das primeiras intuições, identificar categorias provisórias.

A segunda fase, *análise/exploração*, constou da categorização dos elementos das entrevistas com os quatro sujeitos primários, bem como os 25 sujeitos secundários, em conformidade com a técnica de análise temática. Os elementos das entrevistas foram classificados por diferenciação e por reagrupamentos, fornecendo representação simplificada dos dados. A exploração do material pressupôs quatro regras para sua eficácia, estabelecidas por Bardin (1977): 1) os dados foram classificados homogeneamente, ou seja, manteve-se o cuidado de não se misturar temas aparentemente semelhantes; 2) o texto foi exaustivamente analisado, ou seja, esgotado em suas informações; 3) um mesmo elemento foi classificado sempre na mesma categoria; 4) os dados subtraídos das mensagens foram alinhados ao conteúdo teórico da pesquisa e aos seus objetivos.

Nessa segunda fase, os dados brutos do material foram codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo. As unidades são os elementos que constituem a

---

<sup>19</sup> Análise Categórica, Análise da Avaliação, Análise da Enunciação, Análise da Expressão e Análise das Relações (BARDIN, 1977).

mensagem, considerados como unidade base da análise. No caso, adotou-se a análise por temas que “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico estudado” (BARDIN, 1977, p. 105).

O processo de categorização foi dividido em duas etapas. A primeira contemplou um inventário, no qual os elementos foram isolados da mensagem; a segunda constou de classificação dos temas, repartindo-se os elementos para garantir certa organização à mensagem. Ressalta-se que “[...] a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. [...] Comporta um feixe de relações que pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo” (MINAYO, 2000, p. 208 ).

Segundo Bardin (1977), no processo de categorização há duas possibilidades: as categorias podem ser fornecidas *a priori* ou não. No caso do presente estudo, ambas foram contempladas, isto é, elementos foram repartidos à medida que encontrados, bem como classificados quando apareceram nas mensagens, seguindo o critério de categorização semântica, ou seja, por categorias temáticas definidas *a priori*. Bardin (1977) sugere como qualidades a serem consideradas para a definição adequada de um conjunto de categorias: a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade, a fidelidade e a produtividade ou resultados obtidos.

Na terceira fase da análise de conteúdo, os resultados foram interpretados qualitativamente, o que possibilitou ir além do conhecimento da autora e examinar também cuidadosamente a vivência do entrevistado. Para tal procedimento, porém, uma preocupação foi constante: a conformidade com o quadro teórico adotado e os objetivos da pesquisa.

No processo de análise temática, dos dados brutos recolhidos com os sujeitos primários e, em seguida, com os secundários, foram identificadas unidades de análise de acordo com os objetivos propostos. Posteriormente, elas foram classificadas por diferenciação e por reagrupamento, estabelecendo-se categorias que possibilitaram estruturar a apresentação e a análise dos resultados.

*A Perspectiva Integrada de Análise - Identidade e Competências Profissionais* (Figura 5, p. 52), elaborada para a análise dos dados desta pesquisa, reuniu os estudos de Dubar (2005) sobre a identidade (Quadro 2, p. 29) e de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000, adaptado por Paiva, 2007) sobre competências profissionais (Figura 4, p. 49), conforme apresentado na subseção 3.2.3.

A seção destinada à metodologia da pesquisa finaliza com os aspectos éticos considerados na trajetória deste estudo. Trata-se de uma variável primordial para a *saúde* de

qualquer sociedade, necessitando ser particularmente considerada no âmbito da academia em estudos que envolvem seres humanos.

#### **4.5 Aspectos éticos da pesquisa**

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e aprovado em 05 de outubro de 2011, sob o número de protocolo CAAE - 0396.0.203.203-11. Os dados foram coletados após a autorização formal dos sujeitos da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A formalização ocorreu no início do horário das entrevistas, após os sujeitos da pesquisa lerem, receberem as explicações por parte da pesquisadora sobre o estudo, bem como esclarecerem as dúvidas. O TCLE foi assinado em duas vias, uma para ser arquivada no Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) e outra para o entrevistado. O documento foi apresentado aos entrevistados já assinado pela pesquisadora e pela orientadora da pesquisa e com todas as folhas rubricadas.

Ressalta-se que, independentemente do teor dos dados coletados, estes serão divulgados junto à Unimed-Beta, bem como no meio acadêmico, via publicação de artigos científicos em periódicos indexados. Ao término do estudo, os dados, que estarão sob a guarda da pesquisadora, serão destruídos, conforme reza a Resolução 196/96.

Respeitando os aspectos éticos mencionados, a coleta de dados foi realizada, e nenhum tipo de constrangimento ou dificuldade por parte dos sujeitos da pesquisa foi identificado durante o processo. Constatou-se menor disponibilidade dos sujeitos secundários médicos para agendar horários, tendo sido necessário reagendar a entrevista com quatro deles, mais de uma vez.

No capítulo 5, a seguir, são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa, os quais estão divididos em cinco seções. Na primeira, apresenta-se a caracterização da Unimed-Beta, isto é, o cenário da pesquisa; na segunda, revela-se o perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa; a terceira seção elucida *quem é* o cooperado diretor executivo da Unimed-Beta; a quarta destina-se à apresentação das competências profissionais dos diretores executivos da Unimed-Beta. Finaliza-se o capítulo 5 expondo aspectos da dinâmica entre a identidade e as competências profissionais mobilizadas pelos diretores executivos da Unimed-Beta para exercício da função.

### 5.1 O cenário da pesquisa

O cenário do presente estudo apresenta características que merecem ser destacadas, com vistas a facilitar a compreensão do ambiente no qual atuam os sujeitos da pesquisa. Dentre elas, ressaltam-se as singularidades da administração em cooperativas; modelos de gestão em sociedades cooperativas; e as particularidades da administração de cooperativa médica que é também reconhecida como empresa operadora de planos de saúde no Brasil. Espera-se, assim, contextualizar o ambiente específico de trabalho dos diretores executivos da Unimed-Beta, sujeitos primários da pesquisa.

#### 5.1.1 Singularidades das sociedades cooperativas

No contexto de transformações experimentadas pela sociedade nas últimas décadas, mereceram destaque os impactos nas organizações, em geral. Em vista disso, importa discutir singularidades das sociedades cooperativas, pois as características desse tipo de organização trazem desafios particulares para seus associados, em especial para aqueles que assumem funções de gestão, caso dos diretores executivos da Unimed-Beta.

A sociedade cooperativa é uma forma de economia coletiva na qual as bases econômicas totais ou parciais dos associados ficam sob a responsabilidade da cooperativa. É um tipo de organização que se sustenta sob a premissa da cooperação, o que significa reunir forças dos associados para alcançar objetivos comuns. Tal atitude implica solidariedade social, em oposição à concorrência (PINHO, 2004). Essa concepção da cooperação abriga dois campos de análise: o sociológico e o econômico. Sob o ponto de vista sociológico,

cooperação significa “[...] uma ação comum que visa à realização de metas desejadas por todos os interessados, quer organizacionais, quer distributivas” (SILVA, 1987, p. 271); sob a ótica econômica

[...] cooperação indica, em geral, qualquer forma de trabalho em conjunto, em contraste com concorrência ou oposição. [...] O termo é empregado para descrever qualquer forma de organização social ou econômica que tem por base o trabalho harmônico em conjunto, em oposição à concorrência (SILVA, 1987, p. 271).

O cooperativismo emergiu como alternativa para trabalhadores enfrentarem as dificuldades surgidas após a Revolução Industrial, quando as condições de trabalho se tornaram precárias na Europa. O marco inicial foi a criação da Cooperativa de Rochdale, na Inglaterra, em 1852, e, nesse processo histórico, o cooperativismo concebeu ideias fundamentais que colocaram o homem como elemento central da doutrina (PINHO, 2004).

Desde a criação da primeira cooperativa até os dias atuais, o contexto geral se modificou de forma expressiva, observando-se a ampliação e a consolidação do movimento cooperativista. Em nível mundial, as cooperativas são congregadas pela *International Co-operative Alliance* (ICA, 2011), que tem como prioridade promover e defender a identidade da cooperativa, assegurando que seja uma forma reconhecida de empresa capaz de competir no mercado. No Brasil, a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB) é o órgão máximo de representação das cooperativas e foi criada em 1969 (OCB, 2011a). Em dezembro de 2010, a OCB congregava 9,01 milhões de cooperados e 298 mil funcionários, vinculados a 6.643 cooperativas, sendo essas distribuídas em treze ramos: agropecuário, consumo, crédito, educacional, especial, habitacional, infraestrutura, mineral, produção, saúde, trabalho, transporte e turismo/lazer (OCB, 2011b).

De acordo com a OCB, reiterando posição da ICA, os conceitos que dão identidade ao cooperativismo são: *cooperar* - unir-se a outras pessoas para conjuntamente enfrentar situações adversas, no sentido de transformá-las em oportunidade e bem-estar econômico e social; *cooperação* - método de ação pelo qual indivíduos ou familiares com interesses comuns constituem um empreendimento, sendo os direitos todos iguais e o resultado alcançado repartido somente entre os integrantes, na proporção da participação de cada um; e *sócios* (ou cooperados) - indivíduo, profissional, produtor de qualquer categoria ou atividade econômica que se associa a uma cooperativa para exercer atividade econômica ou adquirir bens de consumo e/ou duráveis.

O cooperativismo evoluiu e conquistou espaço próprio, tendo como princípios: a adesão livre e voluntária; a gestão democrática; a participação econômica dos sócios; a autonomia e independência; a educação, formação e informação; a intercooperação; e a preocupação com a comunidade (OCB, 2011a). No que tange à organização e administração, dentre outras variáveis, as cooperativas brasileiras são regidas pela Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971<sup>20</sup>. Nela está estabelecida a Política Nacional do Cooperativismo e a definição de cooperativas como “[...] sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas à falência, constituídas para prestar serviços aos associados” (BRASIL, 1971).

A legislação oferece subsídios para a elaboração do estatuto social e demais instrumentos internos para a administração das cooperativas, definido regras para a associação e a desvinculação de seus membros, forma como os conselhos são compostos, funcionamento dos conselhos, atribuições e funcionamento das assembleias (ordinárias e extraordinárias), além de normas que orientam o capital social, assim como as sobras ou as perdas coletivas. A estrutura básica é definida no estatuto social, visando garantir a efetiva administração do empreendimento. Essa estrutura abrange a assembleia dos sócios, o conselho de administração e o conselho fiscal, conforme modelo utilizado pelo Sistema Ocemg/Sescoop-MG<sup>21</sup>, formado pela junção do Sindicato e Organização das Cooperativas do Estado de Minas Gerais (OCEMG-MG) e Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo de Minas Gerais (SESCOOP-MG).

As cooperativas de trabalho médico Unimed nasceram no Brasil na década de 1960, em Santos, São Paulo. À época, o presidente do Sindicato dos Médicos idealizou a fundação de um tipo de organização para competir com a medicina de grupo, que prestava atendimento em ambulatórios, utilizando o trabalho de médicos assalariados. Considerava-se importante que a organização fosse

[...] uma sociedade civil, sem fins lucrativos, totalmente aberta e com livre escolha de médicos e atendimento em consultório, numa relação personalizada, com todas as prerrogativas de cliente particular, como determina o código de ética. A partir dessas metas, [...] concluímos que essa sociedade civil que eu tinha defendido era, na verdade, uma cooperativa (VIVEIROS, 1999, p. 61).

Em 1967, foi criada a Unimed-Santos, apoiada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). A Unimed nasceu com uma proposta de

---

<sup>20</sup> A legislação foi ajustada à Constituição de 1988 e ao Código Civil de 2002.

<sup>21</sup> Disponível em: <<http://www.minasgerais.coop.br/pagina/127/servicos---modelos-de-estatuto.aspx>>. Acesso em: 23 out. 2012.

oferecer atendimento personalizado no consultório particular do médico (VIVEIROS, 1999). O cooperativismo médico se expandiu no Brasil, congregando 326 cooperativas médicas, em 2012, com significativa capilaridade no território nacional. Nos estudos sobre o cooperativismo médico Unimed, elas são tratadas como cooperativas de trabalho médico (ROQUETE, 2002; MONTEIRO, 2005; MALTA, JORGE, 2008; DELGADO, 2010). Desde 1995, a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB) as classifica no ramo saúde (OCEMG/SESCOOP/MG, 2011).

Na trajetória de criação das cooperativas Unimed, observa-se como as instituições que congregam os médicos e, portanto, defendem os interesses da profissão, se articularam e apoiaram direta ou indiretamente a expansão desse sistema de assistência à saúde, caracterizando o que Abbott (1988) denominou como característica do profissionalismo.

Nesse contexto, no final da década de 1980, foi criada a Unimed-Beta, cenário deste estudo, por um grupo de vinte e um médicos. Ela situa-se no interior de Minas Gerais, e foi classificada, em 2011, entre as dez maiores na modalidade *cooperativa médica* no estado em termos de número de beneficiários<sup>22</sup> e de rede credenciada<sup>23</sup>. A Unimed-Beta experimentou uma trajetória evolutiva interessante sob o ponto de vista de expansão no que tange à oferta de oportunidades de trabalho para a categoria médica, bem como de serviços de saúde à população da região.

À época da fundação, a Unimed-Beta apresentava estrutura organizacional simples, isto é, reduzido número de assessores, pequena diferenciação entre as unidades e poucos níveis hierárquicos (MINTZBERG, 2003), sendo a diretoria executiva composta pelos cargos de presidente, vice-presidente, superintendente e tesoureiro. A Cooperativa iniciou suas atividades com aproximadamente 400 clientes, repassados pela Federação das Unimed's e, após dois anos de atividades, sem alcançar os resultados previstos, o presidente e o vice-presidente renunciaram ao cargo em face a pressões e dificuldades encontradas para o cumprimento de metas. Os sócios fundadores se reorganizaram e elegeram dois colegas para ocupar interinamente os cargos em aberto (PROGRAMA DE EDUCAÇÃO COOPERATIVISTA, s.n.t.).

Como nas últimas décadas, a sociedade vem passando por inúmeras mudanças, influenciadas pelo pensamento empresarial que valoriza a economia, as empresas e a gestão, cresceram as demandas pela busca contínua de alternativas que respondam às exigências da

---

<sup>22</sup> Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET\\_CC.DEF](http://www.ans.gov.br/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_CC.DEF)>. Acesso em 18 fev. 2011.

<sup>23</sup> Disponível em: <[http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd\\_canal=56234&cd\\_secao=56218](http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=56234&cd_secao=56218)>. Acesso em: 20 jun. 2011.

inovação e da competitividade das organizações (CHANLAT, 2000). Nesse cenário de pressões, Mintzberg (2007) apontou riscos suscitados, tanto para os negócios, quanto para as pessoas, em particular, os executivos.

Estes vivenciam uma intensa influência coercitiva por produtividade e redução de custos, responsabilização sobre o desempenho de toda a organização, empoderamento, estratégias diversificadas de motivação, enfim, tudo o que é necessário para elevar o desempenho segundo Mintzberg (2007). Por sua vez, nesse contexto, os trabalhadores também foram expostos à pressão por produtividade e por eficiência, conforme destaca o mesmo autor (MINTZBERG, 2007).

O presidente da Unimed-Beta que havia assumido interinamente, em entrevista veiculada no Programa de Educação Cooperativista (s.n.t.), apontou dificuldades vivenciadas no início de suas atividades na função de gestão. Dentre essas, destacaram-se: o pouco apoio dado à Cooperativa por parte dos médicos, os conflitos de interesse entre os diferentes grupos, a dificuldade de os profissionais compreenderem que a medicina estava deixando de ser prática liberal e autônoma, a necessidade de união da categoria profissional para evitar a relação do médico com outras modalidades de operadoras denominadas mercantis.

Este início não foi fácil: uma minoria de colegas apoiava a ideia e compreendia os objetivos. Muitos colegas atendiam outros planos e se recusavam a cooperar com sua própria entidade. Não compreendiam que o futuro chegaria e que só a união da classe possibilitaria um mecanismo de luta e controle do mercantilismo que recairia sobre a medicina. Sem previsão de futuro, individualismo característico de uma classe que sempre foi autônoma, era compreensível essa relutância. Os hospitais se recusavam ao credenciamento da Unimed etc. Colegas de renome faziam críticas contundentes, temendo o óbvio preparado pelo futuro: a medicina deixando de ser prática liberal e autônoma. Estes colegas, enraizados de corpo e alma em seus interesses não conseguiam enxergar a conclusão também óbvia: a união da classe para reorganização e retomada dos convênios ERA A SAÍDA! (PROGRAMA DE EDUCAÇÃO COOPERATIVISTA, s.n.t.).

Nota-se que, desde o início, os médicos encontraram dificuldades para apreender os princípios da sociedade cooperativa e as diferenças existentes entre uma organização cooperativa e outras modalidades de operadoras de saúde como, por exemplo, a medicina de grupo e as seguradoras. Com a criação da Cooperativa, a direção executiva dizia buscar uma alternativa para evitar que o médico se vinculasse como credenciado a qualquer das demais modalidades, nas quais perderia a autonomia, o poder de reivindicação e de participação.

Se a classe perdesse o controle da situação seria vítima do mercantilismo dos planos de saúde, das seguradoras e perderia totalmente sua autonomia, seu poder de reivindicação ou participação (PROGRAMA DE EDUCAÇÃO COOPERATIVISTA, s.n.t.).

A distinção entre a cooperativa médica e as demais organizações, como seguradoras e medicinas de grupo, era pouco compreendida pelos associados, na visão do diretor. Essa diferenciação se pauta, particularmente, no fato de o profissional médico ser proprietário do negócio na sociedade cooperativa e, de forma participativa, cada associado ter direito a um voto nas assembleias gerais quando as principais decisões são tomadas e o destino da organização é definido (BRASIL, 1971; DIAS, 2000; UNIMED-BETA, 2010).

Na seguradora ou na medicina de grupo, o vínculo do médico acontece usualmente por meio de credenciamento. A remuneração é por produtividade e, em geral, não há quaisquer outros direitos e/ou benefícios. Nessas organizações, o profissional não participa das decisões que definem os rumos da organização e, portanto, os destinos de sua atividade profissional. Em outras palavras, é uma forma de vínculo de trabalho que pode ser caracterizado como precário. O médico não é nem dono do negócio nem empregado e, sim, na maioria das vezes, um prestador de serviços pessoa física.

No Brasil, modificações significativas na gestão das organizações aconteceram de forma expressiva a partir da década de 1990. As transformações nos processos de produção e na organização do trabalho em si, decorrentes de aspectos mais amplos, como a internacionalização dos mercados, a reestruturação produtiva, os avanços em tecnologia, a reforma do Estado e questões que se referem à cultura organizacional, exigiram das organizações, independentemente de sua personalidade jurídica, um reposicionamento em face dos modelos tradicionais de gestão. Nesse contexto, Estado, mercado e terceiro setor foram impulsionados a repensar suas práticas de gestão (ROQUETE, BRITO e MELO, 2012).

Os modelos tradicionais de gestão se caracterizavam por princípios como a hierarquia, a especialização por funções, as unidades de comando e os períodos operacionais anuais, por exemplo. Tanto do ponto de vista da gestão, quanto do negócio, porém, essas características tornaram-se insuficientes para atender às necessidades organizacionais do novo contexto, identificados em estudos sobre o tema (BRITO, MONTEIRO e COSTA, 2002; BRITO, 2004; BRITO *et al.*, 2008; CECÍLIO, 2000; ROQUETE, 2002; BERNARDINO e FELLI, 2008).

No bojo dessas transformações, a Unimed-Beta também se mobilizou e buscou se reposicionar. Tendo em vista que o principal instrumento norteador da cooperativa é o estatuto social, a partir de 1999, este foi modificado cinco vezes, mediante aprovação em assembleias gerais extraordinárias. De acordo com o estatuto social (UNIMED-BETA, 2010) na Unimed-Beta, ambiente de trabalho dos diretores executivos, os cooperados se organizam nos seguintes órgãos: a assembleia geral, o conselho de administração, o conselho técnico e ético e o conselho fiscal conforme visto na figura 6.

Figura 6 - Estrutura organizacional de Unimed-Beta



Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

A assembleia geral, que congrega todos os cooperados, é o órgão soberano da Cooperativa. Decide por votação sobre os negócios da organização, toma as resoluções para o desenvolvimento e defesa desta, sendo que suas deliberações se vinculam a todos, ainda que ausentes ou discordantes (UNIMED-BETA, 2010). A legislação cooperativista preconiza que nenhuma assembleia pode contrariar as leis, nelas incluindo-se o estatuto social e o regimento interno das cooperativas (BCB, 2007).

O conselho de administração da Unimed-Beta é o órgão responsável pela administração da Cooperativa. É composto por nove membros, todos eles médicos cooperados, eleitos em assembleia geral, por maioria dos votos dos presentes, para um mandato de quatro anos, sendo obrigatória a renovação de, no mínimo, um terço de seus membros. Estrutura-se da seguinte forma: a) uma diretoria executiva, integrada por quatro médicos cooperados, com os cargos de diretor presidente, diretor superintendente, diretor médico-social e o diretor de mercado e relações associativistas; b) cinco médicos cooperados, com a função de conselheiros vogais, que não podem ter entre si e com os conselheiros técnicos e fiscais, laços de parentesco até o segundo grau, em linha reta ou colateral, bem como estão impedidos de ocupar outros cargos na cooperativa, eletivos ou não.

A competência do conselho de administração, nos limites do estatuto social e das deliberações da assembleia geral, é de planejamento, de gerenciamento, de controle e normativa; da diretoria executiva, nos limites da lei, do estatuto social e das deliberações da assembleia geral e do conselho de administração é de gerenciamento, de execução, de controle e normativa (UNIMED-BETA, 2010). Dentre as atribuições da diretoria executiva, destacam-se:

- I - cumprir e fazer cumprir a legislação, este estatuto social, regimento interno e as deliberações dos órgãos sociais;
- II - executar os atos decorrentes da atribuição do inciso I deste artigo;
- III - viabilizar aos Conselhos de Administração, Técnico e Fiscal o exercício das respectivas atividades;
- IV - ordenar as ações da Cooperativa com vistas a:
  - a) manter os associados informados dessas ações e de seus resultados;
  - b) exercer controle dos serviços prestados e dos bens fornecidos aos associados;
  - c) manter atualizados o Livro de Matrícula, os registros contábeis e patrimoniais e demais livros e registros da Cooperativa;
  - d) fornecer ao Conselho de Administração elementos para elaboração do plano anual de trabalho e do orçamento-programa;
  - e) contratar recursos de terceiros para viabilizar, aos associados, utilização de hospitais e de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia;
- V - manter relacionamento colaborativo e harmônico:
  - a) com o movimento cooperativo e seus órgãos de representação;
  - b) com as comunidades da sua área de ação;
  - c) com os associados, usuários, empregados, prestadores de serviços, fornecedores, poderes públicos, sindicatos e entidades de classe;
  - d) com o mercado (UNIMED-BETA, 2010, p. 14).

As atribuições da diretoria executiva definidas dessa forma denotam que a Unimed-Beta optou pela estratégia de gestão por meio de um conselho de administração constituído por uma diretoria executiva e por membros vogais (BCB, 2007). Tal definição revela que a função de *gestão estratégica* da organização está sob a responsabilidade dos cooperados da diretoria executiva.

Trata-se de um desafio que atravessa o dia a dia desses executivos, imprimindo-lhes responsabilidades pela adaptação, crescimento e perenidade da organização. Desenha-se um ambiente propício para mobilizar capacidades de administração das organizações, em geral, e das sociedades cooperativas, em particular, tendo em vista a necessidade de conciliação da administração de uma cooperativa de trabalho médico que é uma operadora de planos de saúde do segmento de saúde suplementar.

### 5.1.2 Administrando uma cooperativa médica operadora de planos de saúde

A administração de uma organização pressupõe conhecimento de suas características, dentre elas, a personalidade jurídica. No caso da Unimed, trata-se de uma cooperativa de trabalho médico, classificada como cooperativa de saúde pela OCB. A partir da criação da ANS, a Unimed-Beta foi também qualificada como operadora de planos de saúde na modalidade *cooperativa médica*, conforme mencionado anteriormente. Portanto, passou a ser formalmente orientada por duas diferentes lógicas: a do cooperativismo - Unimed, OCB, OCI etc. - e a lógica do mercado de empresas do subsistema de saúde suplementar, via regulação da ANS.

O ramo saúde do cooperativismo no Brasil é dividido em dois segmentos: a) cooperativas de profissionais de saúde que se dedicam à preservação e recuperação da saúde humana, congregando profissionais de áreas como medicina, odontologia, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem e terapia ocupacional; b) cooperativas de usuários, compostas por usuários de serviços de saúde que buscam qualidade, atendimento rápido a preços mais acessíveis que os oferecidos no mercado (OCEMG/SESCOOP/MG, 2011, p. 10). Em dezembro de 2010, o cooperativismo de saúde contava com 246.265 cooperados e 56.776 funcionários, atuando em 852 cooperativas distribuídas pelo território nacional (OCEMG/SESCOOP/MG, 2011).

Nesse contexto de legitimidade do cooperativismo da saúde, a partir de meados da década de 1990, ou seja, antes da regulamentação do mercado de planos e seguros privados de saúde, a cooperativa Unimed-Beta desenvolveu e comercializou um plano mais ousado para a época - o plano coparticipativo, conforme relatado no Programa de Educação Cooperativista (s.n.t.). Por plano coparticipativo entende-se um produto desenvolvido pela Unimed-Beta

com o objetivo principal de reduzir o custo da mensalidade para o usuário, em relação ao plano de pré-pagamento, cujos valores, considerados altos, dificultavam a comercialização. O plano, no entanto, não reduzia o nível de cobertura e tampouco limitava os procedimentos de riscos. Nessa modalidade, o usuário pagava uma mensalidade bem inferior ao plano de pré-pagamento estabelecido por faixa etária e, de acordo com a utilização, participava com 50% do pagamento de consultas, exames e procedimentos ambulatoriais realizados, seguindo a tabela da Unimed, cobrados através de cobrança específica. para os casos de internação, a cobertura era total (UNIMED DO BRASIL, 1999, p. 125).

Observa-se que o principal o objetivo explícito desse plano foi reduzir o custo da mensalidade em relação ao plano de pré-pagamento, cujos valores dificultavam a comercialização. Segundo a proposta, o plano inovador não previa a redução do nível de

cobertura e, explicitamente, também não limitava os procedimentos. A cobertura seria total nos casos de internação e o usuário pagaria uma mensalidade diretamente inferior.

A criação do plano coparticipativo possibilitou o crescimento significativo da Unimed-Beta no que se refere ao faturamento e ao número de clientes. Se, em dezembro de 1994, a receita mensal da Cooperativa era de cem mil reais, em 1995, cresceu para quinhentos mil, em 1996, para um milhão, significando um aumento de 900% em trinta e seis meses. Com a reeleição da diretoria, em 1996, o ritmo de crescimento foi mantido, chegando a 50.000 beneficiários no final de 1997 (UNIMED-BETA - GERÊNCIA COMERCIAL, 2011).

A esse respeito, salienta-se que, a partir de 1998, transformações expressivas ocorreram no campo da saúde suplementar no Brasil, decorrentes da regulamentação do segmento (BRASIL, 1998) e de novas regras estabelecidas pela ANS (BRASIL, 2000a). Constatou-se, a partir de então, um aumento da competitividade e, conseqüentemente, da pressão por modernização das operadoras de saúde, visando a adequação, a sobrevivência e até mesmo o crescimento dessas organizações.

O tema regulamentação da saúde passou a merecer a atenção dos estudiosos sob diferentes perspectivas (ALMEIDA, 1998; ROQUETE, 2002; MALTA *et al.*, 2004; SATO, 2007; BAHIA, 2008; OCKÉ-REIS, 2008; SANTOS, MALTA e MERHY, 2008). Apesar de as discussões serem controversas, reconheceu-se que “a estrutura [desse mercado] se alterou após o novo regime regulatório, embora seu impacto não esteja adequadamente analisado” (RIBEIRO *et al.*, 2008, p. 1.478).

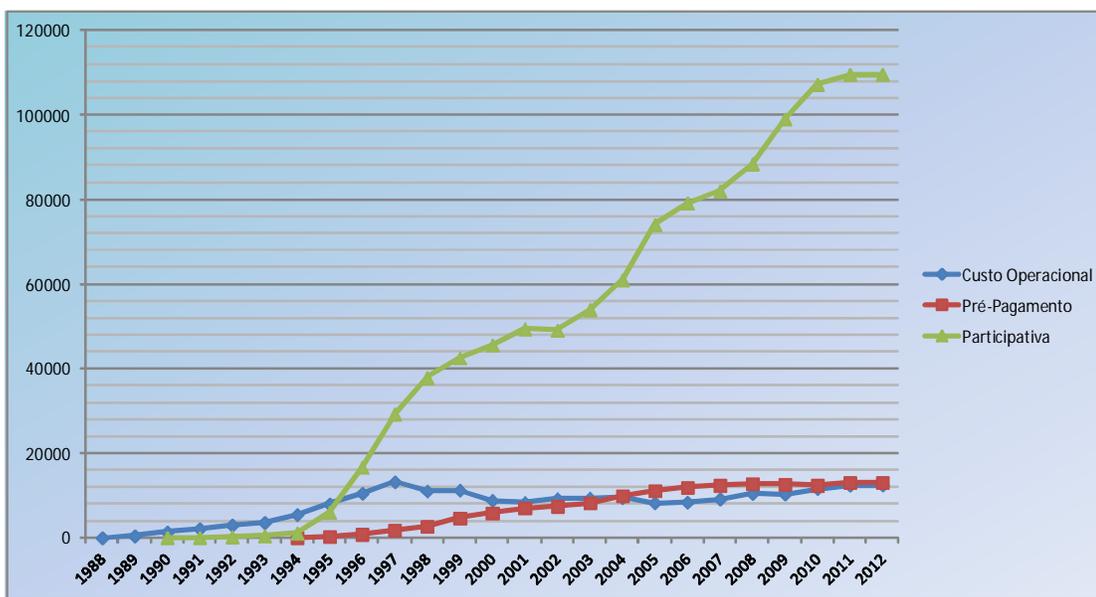
Especificamente na perspectiva da administração de cooperativas médicas, pesquisa realizada em uma Unimed de Minas Gerais, em 2002, mostrou que a adaptação dessa organização ao contexto de mercado regulamentado demandou a transformação da cooperativa estudada em diferentes dimensões de análise organizacional: estratégia, estrutura, tecnologia, cultura, política e humana, delineadas por Motta (2001). Os resultados do estudo permitiram verificar que a regulamentação estatal do segmento de saúde suplementar no Brasil foi um impulso para a profissionalização e a modernização administrativa da referida cooperativa (ROQUETE, 2002).

Dentre as dificuldades enfrentadas por essa organização para adaptar-se ao mercado regulamentado, destacaram-se as transformações que as novas regras trouxeram e o aumento de custos, bem como a implantação de uma contabilidade específica para ser apresentada à ANS, tendo em vista a Unimed ter sido classificada como operadora de saúde. Paralelamente, foi mantida a contabilidade da organização como cooperativa. Nesse macrocontexto, a alternativa proposta pelos médicos diretores executivos foi reestruturar de forma radical a

organização e mudar o modo de gestão, para que a cooperativa conseguisse se adaptar, sobreviver e crescer (ROQUETE, 2002; ROQUETE e MELO, 2003).

No cenário da regulamentação dos planos e seguros privados de saúde no País (Lei n. 9.656/98), pode-se dizer que a criação do plano coparticipativo significou um diferencial para a Unimed-Beta. Nesse conturbado contexto, a evolução de dois tipos de planos de saúde comercializados pela Cooperativa, o coparticipativo e o pré-pagamento, assim como o custo operacional da Unimed-Beta possibilitam visualizar os resultados obtidos como mostra o gráfico 2.

Gráfico 2 - Evolução dos planos de saúde coparticipativo e pré-pagamento e custo operacional da Unimed-Beta



Fonte - Unimed-Beta - Gerência Comercial, 2011.

A curva expressivamente ascendente do plano coparticipativo, o crescimento pouco significativo da adesão ao plano de pré-pagamento e a leve queda e posterior estabilização do custo operacional da Cooperativa demonstram a importância desse produto para a adaptação, sobrevivência e crescimento da Unimed-Beta. Ao lançá-lo, a Cooperativa se antecipou estrategicamente, pois, conforme constatou Roquete (2002), esse tipo de plano de saúde passou a ser comercializado por outras operadoras a partir da regulamentação de 1998.

Nesse contexto, a Unimed-Beta manteve o crescimento de sua carteira de clientes, distribuídos em contratos individuais (pessoa física) e coletivos ou empresariais (pessoa jurídica). A média de evolução mensal da carteira de beneficiários, no período de junho de

2000 a dezembro de 2011, mostrou diferenças entre pessoa física e jurídica, bem como na variação mensal em ambas as carteiras. Uma série de variáveis pode ter interferido nessas variações. Em que pese certa estagnação em 2010, ressalta-se que a média mensal de crescimento vem sendo mantida em ambas as carteiras: 7,48% pessoa física e 9,82% pessoa jurídica, sendo a média geral de crescimento mensal de 9,08% como se vê na tabela 4.

Tabela 4  
Evolução do número beneficiários por tipo de contrato (06/2000 A 12/2011)

UNIMED DIVINÓPOLIS C.T.M LTDA - EVOLUÇÃO BENEFICIÁRIOS DESDE 06/2000 ATÉ 12/2011									
CONTRATOS PESSOA FÍSICA				Evolução Ano	Total	Jan	Dez	Evolução Ano	
jun/00	11.771		dez/00	13.059	10,94%	jun/00	39.709	41.981	5,72%
jan/01	14.164		dez/01	17.452	23,21%	2001	43.131	47.438	9,99%
jan/02	17.579		dez/02	18.897	7,50%	2002	47.645	52.724	10,66%
jan/03	18.973		dez/03	20.069	5,78%	2003	52.961	58.538	10,53%
jan/04	20.146		dez/04	21.663	7,53%	2004	59.093	66.749	12,96%
jan/05	21.958		dez/05	24.372	10,99%	2005	69.702	83.027	19,12%
jan/06	24.434		dez/06	25.173	3,02%	2006	83.600	90.100	7,78%
jan/07	25.074		dez/07	25.030	-0,18%	2007	90.229	96.662	7,13%
jan/08	25.014		dez/08	26.006	3,97%	2008	97.473	105.817	8,56%
jan/09	26.441		dez/09	28.478	7,70%	2009	106.209	118.416	11,49%
jan/10	28.395		dez/10	28.422	0,10%	2010	118.984	119.010	0,02%
jan/11	28.422		dez/11	31.021	9,14%	2011	129.218	135.728	5,04%
Média da Evolução Mensal (Pessoa Física)				7,48%		Média Evolução Mensal Geral			9,08%
CONTRATOS PESSOA JURÍDICA				Evolução Ano					
jun/00	27.938		dez/00	28.922	3,52%				
jan/01	28.967		dez/01	29.986	3,52%				
jan/02	30.066		dez/02	33.827	12,51%				
jan/03	33.988		dez/03	38.469	13,18%				
jan/04	38.947		dez/04	45.086	15,76%				
jan/05	47.744		dez/05	58.655	22,85%				
jan/06	59.166		dez/06	64.927	9,74%				
jan/07	65.155		dez/07	71.632	9,94%				
jan/08	72.459		dez/08	79.811	10,15%				
jan/09	79.768		dez/09	89.938	12,75%				
jan/10	90.589		dez/10	90.588	0,00%				
jan/11	100.796		dez/11	104.707	3,88%				
Média da Evolução Mensal				9,82%					

Fonte - Unimed-Beta - Gerência Comercial, 2011.

Ainda se referendo ao crescimento, nota-se que o investimento da Unimed-Beta em duas carteiras de clientes foi diferenciado. Em 2000, havia 11.771 contratos com pessoa física, que foram ampliados para 31.012, em 2011, significando um aumento de 264%; em contratos com pessoa jurídica, o aumento foi expressivo: de 27.938 contratos, em 2000, a Cooperativa passou para 104.707, em 2011, o que mostra um crescimento de 374,7%.

No decorrer de quase três décadas de história, a Unimed-Beta ampliou sua carteira, ultrapassando 135.000 beneficiários, em dezembro de 2011. Há predominância de planos empresariais ou corporativos (77,1%), um pouco acima da realidade nacional, pois, em junho/2011, a proporção de planos de saúde corporativos no Brasil era 75,7% (ANS, 2011).

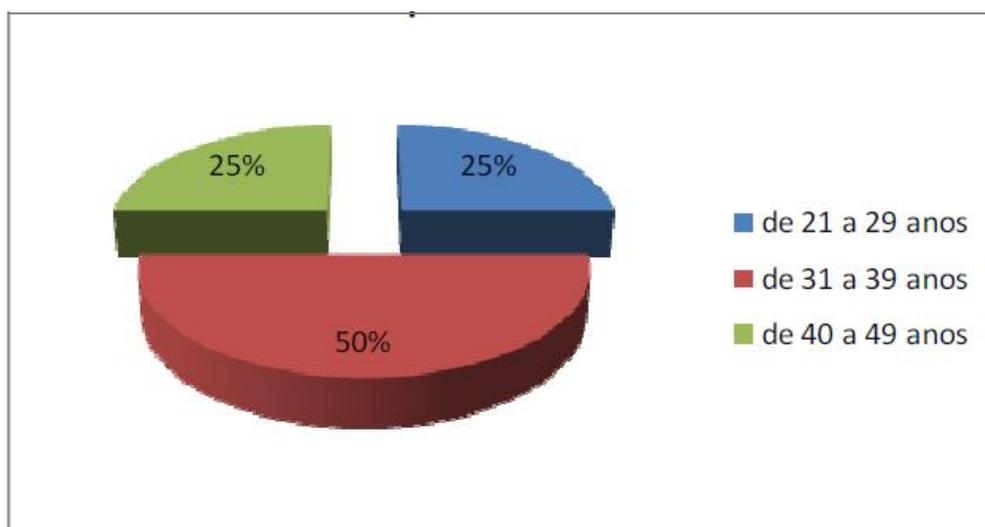
Em 2005, a Unimed-Beta cresceu 19% e foi considerada *Destaque em Gestão* no Estado. Cabe destacar que as 58 maiores operadoras (todas com mais de 130 mil beneficiários de planos de assistência médica), das quais oito têm mais de um milhão, concentram 60,0% do total de beneficiários do País (FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012).

Ao longo de sua trajetória, a Unimed-Beta contou com funcionários contratados para colaborar com os médicos na administração da cooperativa, contingente que aumentou de acordo com as necessidades e possibilidades. Ao iniciar as atividades na década de 1990, contava com apenas um funcionário; em 1991, quatro pessoas estavam contratadas e, desde então, o número de funcionários cresceu continuamente, chegando a 166 trabalhadores com vínculo empregatício, em outubro de 2011.

No que se refere à remuneração desses profissionais, a Unimed-Beta situa-se entre as cinco maiores cooperativas do ramo saúde no que concerne ao salário médio por empregado, atingindo o montante de R\$2.151,61 em dezembro de 2010 (OCEMG/SESCOOP/MG, 2011).

Quanto ao número de associados, o crescimento da cooperativa Unimed-Beta também foi contínuo desde a fundação. Em dezembro de 2011, para prestar assistência a mais de 135 mil beneficiários, a Cooperativa contava com quase 600 médicos cooperados (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Evolução do quadro social da Unimed-Beta



Fonte - Dados de Pesquisa, 2011.

Destaca-se, em particular, a expansão do número de médicos o que ocorreu após a criação e comercialização do plano coparticipativo, em 1994. Em 1995, passaram a trabalhar na Cooperativa mais 159 médicos. Em 2000, associaram-se mais 162 profissionais, conforme

dados disponibilizados pela Unimed-Beta. Tal evolução mostra que no conturbado contexto pós-regulamentação, a Cooperativa continuou a ampliar a oferta de trabalho para o profissional médico.

O cenário pós-regulamentação, que foi caracterizado pela criação de inúmeras regras e demandas por parte da ANS, não impediu o enfrentamento dos desafios por parte da Cooperativa. Esta mostrou-se capaz de se adaptar, sobreviver e crescer. No macrocontexto da saúde suplementar, a cooperativa, cenário da pesquisa, continuou a cumprir a missão de gerar oportunidade de trabalho para o profissional médico, caracterizando o profissionalismo (ABBOTT, 1988) da categoria. Entende o autor, que a diferença entre as profissões e as condições sociais e econômicas de aplicação de seu conhecimento está diretamente relacionada com a amplitude da autonomia que poderiam exercer em face do controle dos clientes, do capital e do Estado.

No que tange à proporção médico/beneficiários, quando a Unimed-Beta foi fundada, havia um médico para 19 beneficiários; em 2011, essa relação passou a ser de um médico para 225,7 beneficiários. Segundo Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2011), no Brasil foi identificada a relação de um médico para 1,95 mil habitantes<sup>24</sup>, com diferenças regionais significativas. Por exemplo, na região sudeste do País, havia concentração de 2,61 médicos por 1.000, enquanto na região norte era de 0,98. Minas Gerais apresentava 1,97, o que reflete uma concentração maior que a nacional. A apresentação desses dados visa mostrar aspectos genéricos da demografia médica no Brasil, não permitindo, porém, maior aprofundamento da análise, pois

[...] tratar como iguais unidades de um universo tão complexo quanto heterogêneo, se mostra insuficiente para orientar uma política de saúde capaz de resolver as distorções especialmente em países como o Brasil, de extenso território, com disparidades socioeconômicas regionais, com grandes diferenças no acesso e na oferta de profissionais, equipamentos e tecnologias e com intensos conflitos entre o público e o privado na saúde, que impõem desigualdades no financiamento, na destinação de recursos, na gestão e na prestação de serviços. Tudo isso repercute diretamente na concentração ou disponibilidade de médicos (SCHEFFER, BIANCARELLI e CASSENOTE, 2011, p. 28).

Como ocorre com as organizações, em geral, também nas cooperativas, à medida que crescem e se tornam mais complexas, há a tendência na alteração da estrutura, com a criação de outros órgãos como conselhos e comitês de associados, bem como para a contratação de profissionais para o nível operacional (CRUZIO, 2000). Nesse sentido, Davis e Bialoskorski

---

<sup>24</sup> Cálculo realizado a partir de um total de 371.788 médicos registrados no Brasil, de acordo com dados dos CRMs/CFM, de 2011 e da base populacional nacional do IBGE (IBGE, 2010), totalizando 190.732.694 de habitantes (SCHEFFER, BIANCARELLI e CASSENOTE, 2011).

Neto (2010) advogam que, em parte significativa das cooperativas brasileiras, a administração ainda é de responsabilidade dos próprios associados; as funções de conselheiros de administração e de diretores executivos são ocupadas por cooperados, ocorrendo em cooperativas de maior porte experiências de contratação de um superintendente para a gestão operacional.

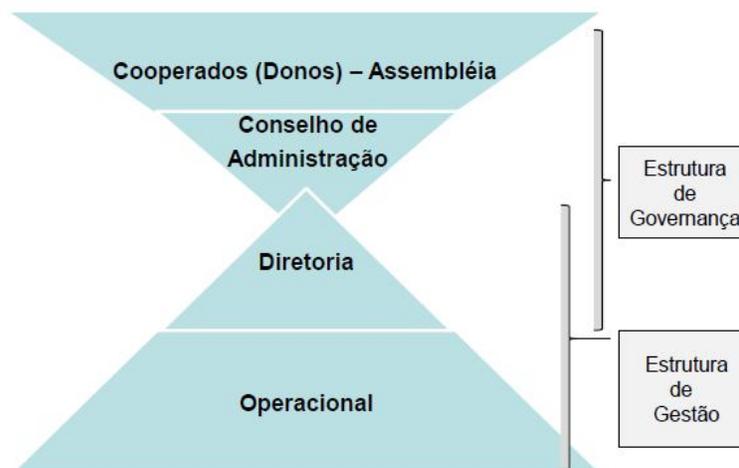
As funções de conselheiros de administração e de diretores executivos são ocupadas por cooperados. Acrescem-se à esse fato, variáveis como ramo, porte, grau de exposição à competitividade, assim como características de cada cooperativa relacionadas com valores pessoais dos cooperados e institucionais. Assim, há a possibilidade de emergirem diferentes alternativas para abordar a administração de uma cooperativa.

Davis e Bialoskorski Neto (2010) apresentam três modelos de gestão do cooperativismo: *funcionalismo público* (no qual a lógica se aproxima da gestão pública), *líder carismático fundador* (no qual o líder é a fonte da gestão) e *gestão coletiva* (quando os trabalhadores são os sócios proprietários) citando Davis (2004).

O modelo *líder carismático fundador* é o mais comum no Brasil segundo Davis e Bialoskorski Neto (2010). Não obstante, os pesquisadores identificaram que esse “[...] líder não permite que ocorram opções de liderança e, frequentemente, o líder fundador da cooperativa tem problemas de desempenho, tanto na delegação de poder, quanto na indicação sucessória” (DAVIS e BIALOSKORSKI NETO, 2010, p. 8). Por diferentes razões, os modelos deixam a desejar em termos de resultados econômicos e sociais, sendo a principal dificuldade relacionada com a governança.

O tema governança tem sido central nas discussões no âmbito da academia e da gestão de cooperativas. De acordo com Pereira (2011), a administração de cooperativas divide-se em duas estruturas internas: a de governança e a de gestão. Os cooperados (donos), representados em assembleias, conselho de administração e diretoria executiva fazem parte das duas estruturas, excetuando-se das atividades operacionais conforme mostra a figura 7.

Figura 7 - Estrutura de administração em cooperativas



Fonte - PEREIRA, 2011, p. 37.

Atribuições e responsabilidades de cada órgão, em ambas as estruturas, e as competências necessárias ao bom desempenho dessas funções dependem do tamanho e do grau de evolução da cooperativa. Entretanto, no entender do Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (SESCOOP, 2007), o aprimoramento de todos os órgãos, assim como dos profissionais (conselheiros, dirigentes, cooperados, gerentes, funcionários, consultores e demais colaboradores) envolvidos com a administração é essencial.

Há diferença de atribuições e de legitimidade entre diretorias executivas nas quais os associados assumem a gestão e aquelas exercidas por profissionais contratados para essa função (PEREIRA, 2011). O referido autor identifica quatro variáveis para a análise dessa legitimidade: a) legitimidade de representação, conhecimento e identificação com o quadro social; b) capacidade empreendedora; c) conhecimento do negócio quanto a aspectos comerciais e concorrenciais; d) domínio de ferramentas de gestão e de controle de riscos. É o que se vê no quadro 3.

Quadro 3 - Legitimidade dos representantes nas cooperativas

Conselho de Administração (CA) Diretoria Executiva (DE)	Legitimidade de representação, conhecimento e identificação com o quadro social	Capacidade empreendedora	Conhecimento do negócio quanto a aspectos comerciais e concorrenciais	Domínio das ferramentas de gestão e de controle de riscos
DE → Somente Membros do CA	ALTO	ALTO	BAIXO	BAIXO
DE → Apenas Associados	ALTO	ALTO	BAIXO	BAIXO
DE → Profissionais não Associados	MÉDIA	MÉDIA	ALTO	ALTO
DE → Membros do CA e Associados	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO

Fonte - PEREIRA, 2011, p. 38.

Nos casos em que a diretoria executiva é composta por membros do conselho de administração e por associados, simultaneamente, a legitimidade é alta nas quatro variáveis: legitimidade de representação, conhecimento e identificação com o quadro social; capacidade empreendedora; conhecimento do negócio quanto a aspectos comerciais e concorrenciais e domínio das ferramentas de gestão e de controle de riscos. Entretanto, quando a diretoria executiva é composta somente por membros do conselho de administração, os diretores apresentam baixa legitimidade no que tange ao conhecimento do negócio quanto a aspectos comerciais e concorrenciais, bem como do domínio das ferramentas de gestão e de controle de riscos.

No que tange à Unimed-Beta, a situação assemelha-se ao segundo caso. Houve um esforço dos médicos diretores executivos no sentido de compensar o baixo conhecimento do negócio e domínio das ferramentas de gestão e de controle de riscos, pois contrataram um profissional de mercado, com larga experiência em gestão, que atuou juntamente com a direção, de 2000 a 2010. Tal medida visava compensar a baixa legitimidade nas variáveis conhecimento do negócio quanto a aspectos comerciais e concorrenciais, bem como domínio das ferramentas de gestão e de controle de riscos, contribuindo para a boa *performance* da gestão da Unimed-Beta no contexto pós-regulamentação.

Tais considerações mostram particularidades da administração das sociedades cooperativas que atuam também como operadoras de saúde, o que tem levado estudiosos,

órgãos representativos do cooperativismo, administradores, bem como instituições governamentais a tratarem a administração desse tipo de organização à luz da governança corporativa (BCB, 2007; CORNFORTH, 2004; DAVIS, 2004; DAVIS e BIALOSKORSKI NETO, 2010; PEREIRA, 2011; BIALOSKORSKI NETO, BARROSO e REZENDE, 2010; SESCOOP, 2007; SILVA *et al.*, 2005; VENTURA, FILHO e SOARES, 2009; ZYLBERSZTAJN, 1994).

Os conceitos de governança corporativa colocaram foco, inicialmente, nas organizações empresariais ou mercantis. No Brasil, as iniciativas da governança se iniciaram para atender demandas de grandes empresas privadas, quando se criou, em 1994, o Instituto Brasileiro de Conselheiros de Administração (IBCA). Em 1999, o IBCA passou a ser chamado de Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC, 2011) e, desde então, o órgão vem reciclando e ampliando o escopo de atuação. Em 2009, lançou a 4ª edição do Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa, em formato abrangente para possibilitar a adaptação às organizações do Terceiro Setor, públicas e cooperativas. Segundo o Código, governança corporativa é

[...] o sistema pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre proprietários, Conselho de Administração, Diretoria e órgãos de controle. [...] Os princípios e práticas da boa Governança Corporativa aplicam-se a qualquer tipo de organização, independente do porte, natureza jurídica ou tipo de controle (IBGC, 2009, p. 19).

A abordagem da administração de cooperativas à luz da governança corporativa leva órgãos de representação das cooperativas a adaptarem orientações do IBGC à realidade desse tipo de organização. Assim, governança corporativa em cooperativas, denominada *governança cooperativa* é

[...] o sistema pelo qual as cooperativas e organizações cooperativistas são dirigidas e autogeridas. Envolve o relacionamento entre cooperados, conselheiros fiscais, conselheiros de administração, diretores, executivos, auditores, colaboradores em geral, além do público externo (SESCOOP, 2007, p. 13).

As finalidades das práticas de governança nas cooperativas são: a) permitir a transparência da administração da cooperativa e o comprometimento dos cooperados; b) facilitar o desenvolvimento e a competitividade dos negócios cooperativos; c) praticar a autogestão como forma de perenidade no mercado; d) obter os melhores resultados econômicos e financeiros; e) proporcionar melhoria da qualidade dos serviços ao quadro

social; f) aplicar a responsabilidade social como integração da cooperativa com a sociedade civil (SESCOOP, 2007).

A governança cooperativa é contribuição relevante para a compreensão das práticas de gestão em sociedades cooperativas. Trata-se, portanto, de cenário ou ambiente que apresenta especificidades e se torna espaço particular na construção de identidades e mobilização de competências de todos que nela atuam, em particular, dos cooperados diretores executivos, interesse do presente estudo. No que tange às cooperativas Unimed, agregam-se especificidades decorrentes da dupla tipificação da organização. Criadas como cooperativas de trabalho médico, após a regulamentação do segmento de saúde suplementar passaram a ser classificadas também como operadoras de saúde, o que leva à instigante busca por conhecer o perfil sociodemográfico daqueles que estão à frente na gestão desse tipo de organização.

## **5.2 Perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa**

A caracterização do perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa foi relevante para a análise da identidade e das competências profissionais dos diretores executivos da Unimed-Beta, haja vista a importância dos aspectos socioculturais na produção e reprodução de suas práticas sociais (BRITO, 2004). Essa caracterização contribuiu para a compreensão da identidade e das competências profissionais mobilizadas pelos diretores executivos da Unimed-Beta para o exercício da função.

Os sujeitos foram divididos em dois grupos: primários e secundários (BRITO, 2004). Os primários são aqueles sobre os quais se analisou como se configura sua identidade, considerando as competências profissionais mobilizadas para o exercício da função de diretores executivos da Unimed-Beta; os secundários são os que convivem com os sujeitos primários no cotidiano de trabalho e, no caso, correspondem à totalidade da equipe gerencial e de assessoria da Cooperativa.

Por essa razão, o perfil sociodemográfico de ambos os grupos foi elucidado e será apresentado separadamente, primeiramente considerando os sujeitos primários e, em seguida, os secundários. O formulário utilizado para o desenho do perfil contemplou três conjuntos de variáveis: relativas ao cargo ocupado na organização, à qualificação profissional e aos aspectos pessoais dos sujeitos da pesquisa. Os resultados revelaram particularidades de cada um dos grupos de sujeitos, o que pode ser observado por meio da distribuição percentual de variáveis relativas a cada um dos grupos de variáveis. Para facilitar a compreensão, adotaram-

se siglas: Sujeitos Primários (SP); Sujeitos Secundários Médicos (SSM); e Sujeitos Secundários Não-Médicos (SSNM).

### 5.1.1 Perfil sociodemográfico dos sujeitos primários

No que tange ao tempo na organização, 75% dos sujeitos primários encontram-se vinculados à Unimed-Beta como cooperados há 16 anos ou mais e 25% há mais de 20 anos, refletindo significativo tempo de trabalho na assistência à saúde. Ao analisar o tempo dos diretores executivos no cargo, observou-se que os quatro estão há doze anos ou mais desempenhando funções de direção na Unimed-Beta, o que é considerado um tempo expressivo de trabalho na gestão da cooperativa. Como o estatuto social da Unimed-Beta (UNIMED-BETA, 2010) não limita o número de vezes que os diretores podem ser reeleitos, a permanência nos cargos de direção por várias administrações é possível. O grupo, que está há três mandatos à frente da Unimed-Beta, se reelegeu, em 2012, para o período, 2012-2016.

A permanência de cooperados em cargos de Direção por períodos extensos é motivo de controvérsias. Se, por um lado, o tempo e a experiência possibilitam o aprendizado sobre a gestão (HILL, 1993), por outro, há o risco de se dificultar a transição para sucessores (DAVIS e BIALOSKORSKI NETO, 2010). Esse é um ponto que merece ser avaliado em conjunto com outras variáveis e não isoladamente. O tempo de trabalho na cooperativa e como diretor executivo Unimed-Beta sinaliza o delineamento de um espaço especial, tanto para a configuração da identidade (DUBAR, 2005), quanto para o desenvolvimento de competências (CHEETHAM e CHIVERS, 1996, 1998, 2000, adaptado por PAIVA, 2007).

No aspecto jornada formal de trabalho diária na organização, 50% dos sujeitos primários afirmaram trabalhar quatro horas e 50% mencionaram carga horária distinta; um deles informou trabalhar três horas e meia e o outro não indicou um tempo formal de trabalho diário. Assim, pode-se dizer que, do ponto de vista de 75% dos sujeitos primários, a jornada formal de trabalho nas funções da diretoria executiva da Unimed-Beta situa-se entre três horas e meia e quatro horas.

Sobre a jornada real de trabalho diária, 75% dos sujeitos primários informaram dedicar quatro horas à função de direção da Unimed-Beta e 25% mais de seis horas.

Ao serem questionados sobre a flexibilidade da jornada de trabalho na Unimed-Beta, 100% dos sujeitos primários responderam que sim. Sobre essa flexibilidade de horário de trabalho, mencionaram:

“...como diretor a jornada flexível de trabalho é inerente ao cargo, pois temos frequentemente reuniões variadas, em horários variados” (SP 2)<sup>25</sup>.

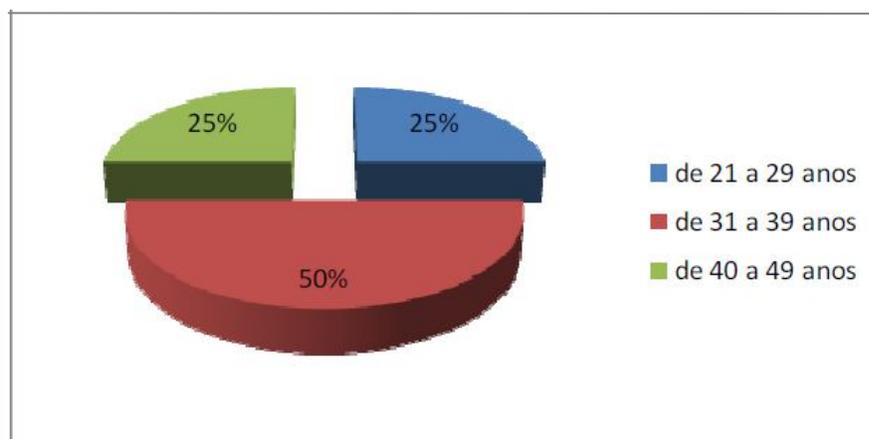
“...[flexibilidade de horário] é liberdade, e o que importa são os resultados” (SP 1).

“... no caso da profissão principal, médico, [a flexibilidade de horário] ajuda na possibilidade de administrar horários para o trabalho e as reuniões” (SP 4).

Os sujeitos primários compreendem a jornada de trabalho diária flexível como condição para o exercício da função de gestão na Unimed-Beta pelo fato de terem liberdade para atuarem concomitantemente como médicos na assistência e como gestores na Cooperativa. A esses respeito destacam que a profissão principal é como médico, sendo a flexibilidade de horário um facilitador para a conciliação das atividades, o que se traduz como expressão da identidade biográfica do diretor executivo como médico.

No que tange a aspectos relacionados à qualificação profissional, 100% dos sujeitos primários se graduaram em medicina, sendo que 50% há mais de trinta anos e 25% há mais de quarenta anos. Sendo assim, a Unimed-Beta tem como diretores executivos médicos cooperados com tempo significativo de formados e, portanto, de experiência na assistência, profissionais *seniores*, como se vê no gráfico 4.

Gráfico 4 - Tempo de formado dos sujeitos primários



Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

A despeito da senioridade identificada, ao serem inquiridos sobre a realização de algum curso de formação gerencial, 75% deles informaram não ter realizado. Um dos

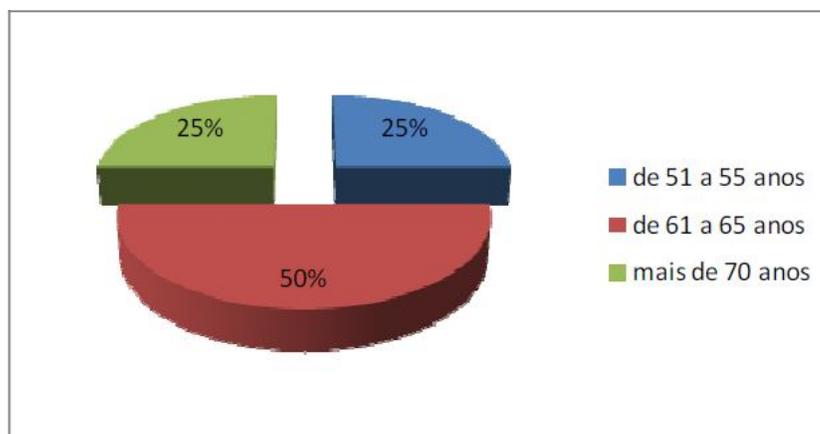
<sup>25</sup> Nesta e nas demais transcrições das entrevistas, não houve preocupação com o uso do padrão formal da língua escrita, preservando-se a espontaneidade coloquial da fala dos entrevistados.

diretores mencionou ter cursado um *Master Business Administration* (MBA) na Fundação Getúlio Vargas, em 2004.

A esse respeito cabe salientar que a formação de base do médico se orienta pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em medicina (BRASIL, 2001). Tais diretrizes não contemplam conteúdos voltados para assumir a gestão. Ademais, os cenários de prática médica não privilegiam conhecimentos e habilidades nesse campo (STELLA *et al.*, 2009). Considerando o exposto, é interessante notar que somente um dos diretores buscou formação complementar em gestão e gestão hospitalar.

Sobre os aspectos pessoais, foram identificadas características comuns dos diretores executivos da Unimed-Beta: 100% são do sexo masculino, 100% são casados, bem como 75% têm mais de 60 anos de idade, conforme pode ser observado no gráfico 5.

Gráfico 5 - Faixa etária dos sujeitos primários



Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

Ressalta-se que as características pessoais identificadas e comuns aos sujeitos primários possuem capacidade de influenciar a configuração identitária do referido grupo, com destaque para suas escolhas e relações estabelecidas.

Indagados sobre a existência de outro vínculo empregatício ou a realização de alguma outra atividade remunerada, 100% dos sujeitos primários afirmaram que sim, sendo tal resultado condizente com pesquisa sobre a profissão do médico no Brasil, realizada por Carneiro e Gouveia (2004), segundo a qual o número de atividades exercidas por esses profissionais variava entre quatro e seis ou mais. Ao especificarem organizações onde exerciam a(s) outra(s) atividade(s) citaram: hospital, clínica própria, Governo Federal, empresário em outro segmento de mercado. Um deles é aposentado. Tal resultado condiz com

característica da profissão no Brasil, quando os médicos desempenham atividades em diferentes tipos de organização tanto no setor público quanto no privado, concomitantemente (SCHEFFER, BIANCARELLI e CASSENOTE, 2011).

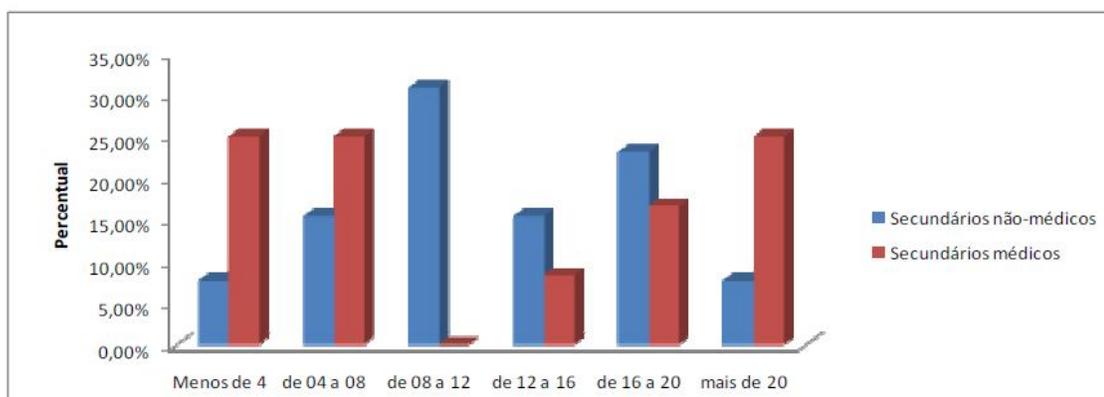
Estas são as características gerais dos diretores executivos da Unimed-Beta, levantadas por meio do questionário sociodemográfico. Para a concretização dos objetivos do estudo identificou-se também o perfil sociodemográfico dos sujeitos secundários, isto é, *outros significativos* que interagem com os sujeitos primários no cotidiano do trabalho na Cooperativa.

### 5.2.2 Perfil sociodemográfico dos sujeitos secundários

Os sujeitos secundários contemplam dois subgrupos: sujeitos secundários médicos (SSM), doze cooperados, e sujeitos secundários não-médicos (SSNM), treze profissionais com função gerencial na Unimed-Beta. Tal decisão foi tomada ao se constatar que ambos apresentaram particularidades, tanto nos relatos das entrevistas, quanto nas respostas ao questionário que elucidou o perfil do grupo.

Quanto ao tempo de trabalho na Unimed-Beta, 69,3% dos sujeitos secundários não-médicos estão vinculados à Cooperativa há mais de oito anos; 50% dos secundários médicos há menos de 8 anos, denotando estabilidade dos funcionários, concomitante ao crescimento do número de cooperados, como mostra o gráfico 6.

Gráfico 6 - Tempo dos sujeitos secundários na organização (em anos)

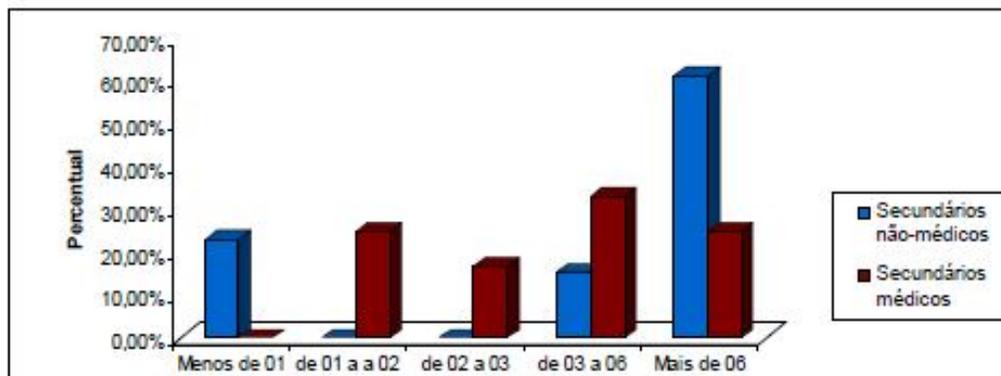


Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

Ao analisar o tempo no cargo atual, 61,5% dos sujeitos secundários não médicos estão há um tempo igual ou superior a seis anos, o que mostra relativa experiência na função; no

caso dos sujeitos médicos, 58,3% estão no cargo atual há mais de 3 anos. É o que se vê no gráfico 7.

Gráfico 7 - Tempo dos sujeitos secundários na função atual (em anos)

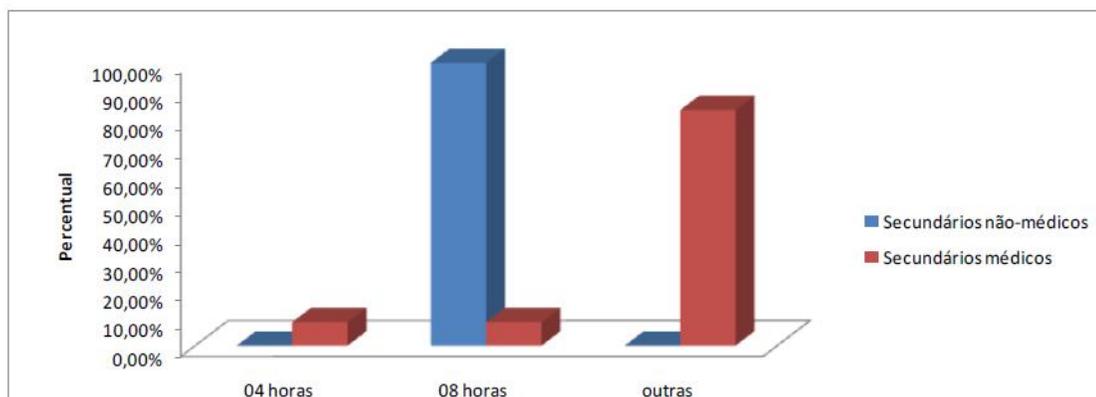


Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

Tendo em vista que os cargos ocupados pelos sujeitos secundários não-médicos são de gestão e/ou assessoria, destaca-se que essa equipe gerencial vem atuando por um período de tempo significativo na cooperativa. Por sua vez, o tempo dos sujeitos secundários médicos na atual função está distribuído de forma dilatada, o que pode ser explicado pelo fato de eles comporem conselhos e, portanto, estarem vinculados a tempos de mandato estatutariamente limitados. Em outros termos, tempos menores desse grupo na função são justificáveis, mas, mesmo assim, cabe observar que 58,3% informaram estar na função há mais de três anos.

Sobre a jornada formal de trabalho, 100% dos sujeitos secundários não-médicos informaram trabalharem oito horas diárias; por sua vez, 83,3% dos sujeitos secundários médicos mencionaram outras jornadas formais de trabalho, isto é, nem quatro nem oito horas diárias; cabe complementar que o estatuto social (UNIMED-BETA, 2010) não define a carga horária diária de trabalho para os médicos em função de direção ou nos conselhos (Gráfico 8).

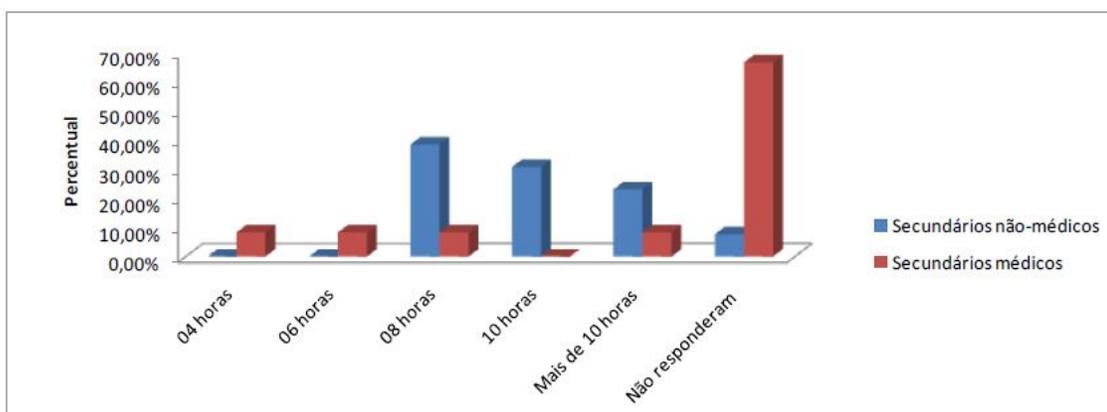
Gráfico 8 - Jornada formal de trabalho diária dos sujeitos secundários



Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

Sobre a jornada real de trabalho diária, 53,8% dos sujeitos secundários não médicos responderam trabalhar dez horas ou mais e 66,8% dos sujeitos secundários médicos não responderam, assim como outros responderam quatro, seis, oito e mais de dez horas (8,3% cada) (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Jornada real de trabalho diária dos sujeitos secundários

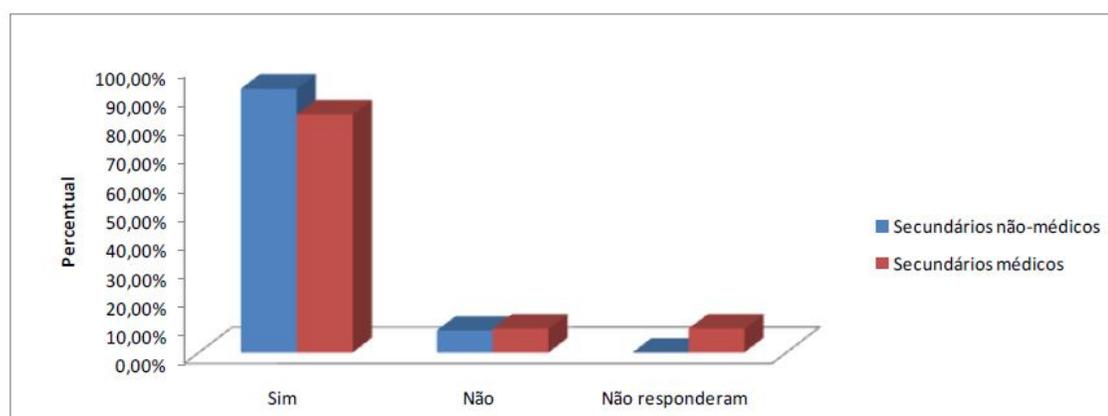


Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

Tendo em vista as informações sobre jornada formal e real de trabalho diária fornecidas pelos SSM's observa-se que há pouca clareza ou indefinição de horário de trabalho para esse grupo que desempenha funções de administração e/ou conselheiros na Cooperativa.

Ao serem questionados se a jornada de trabalho é flexível na Unimed-Beta, 83,4% dos sujeitos secundários médicos e 92,3% dos sujeitos secundários não médicos responderam que sim, como pode ser visto no gráfico 10.

Gráfico 10 - Flexibilidade na jornada de trabalho dos sujeitos secundários



Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

O grupo de sujeitos secundários médicos entende que a jornada de trabalho flexível possibilita a conciliação da profissão com as atribuições inerentes à administração da Cooperativa. Sobre a flexibilidade de horário eles disseram:

“...bom, pois não preciso alterar minha agenda de trabalho no consultório” (SSM 25).

“...fundamental para não prejudicar minhas atividades como médico” (SSM 24).

“...é positiva, pois ajuda a adequação do horário de trabalho dos participantes na cooperativa” (SSM 18).

Para os médicos cooperados em funções nos conselhos, a jornada de trabalho flexível é fator determinante, pois permite que conciliem o exercício da medicina com as atividades como conselheiros na Cooperativa, viabilizando, assim, sua participação na administração da Unimed-Beta. No caso dos sujeitos secundários não médicos, a opinião sobre a jornada de trabalho diária flexível se apoia em outras razões, particularmente, em aspectos inerentes às atividades próprias da gestão como mostram suas respostas ao questionário.

“Ajuda na resolução e conclusão de processos que, às vezes, requerem uma concentração maior e para êxito o desenvolvimento fora do horário normal traz melhores resultados (SSNM 14).

“A flexibilidade no horário me permite atender melhor aos clientes externos e à equipe de trabalho” (SSNM 16).

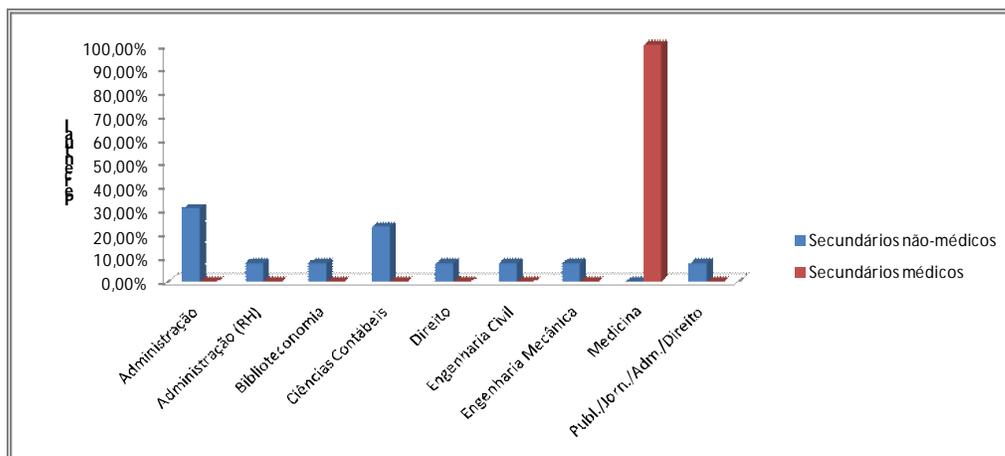
“Há flexibilidade no sentido de não marcação de ponto, e eu mesmo controlo uma compensação de extrapolação de jornada em determinado dia com a redução em outro (SSNM 5).

“Facilita o trabalho, pois há dias em que tenho que ficar após o horário ou sair mais cedo, em função de algum evento” (SSNM 22).

Ao responderem sobre a jornada de trabalho diária, os dois grupos de sujeitos secundários permitiram a identificação de distinções em sua percepção sobre o significado do trabalho na Cooperativa. Para os sujeitos secundários médicos, a medicina é o trabalho principal e a gestão da Unimed-Beta, da qual são proprietários, uma atividade que buscam conciliar; em oposição a isso, para os sujeitos secundários não-médicos, o trabalho na gestão da Cooperativa é a atividade principal. Tal configuração confirma uma das particularidades dessa forma de sociedade, isto é, o duplo papel do associado: como médico cooperado, proprietário da Cooperativa, e como prestador de serviços dessa organização.

No que se refere à qualificação profissional, na variável graduação, uma parcela significativa dos sujeitos secundários não-médicos são graduados em cursos no campo das ciências sociais aplicadas (69,2%): administração (38,4%) e ciências contábeis (23,1%); isso denota que parte significativa da equipe gerencial e de assessoria da Unimed-Beta apresenta qualificação profissional condizente com funções que exerce (gráfico 11).

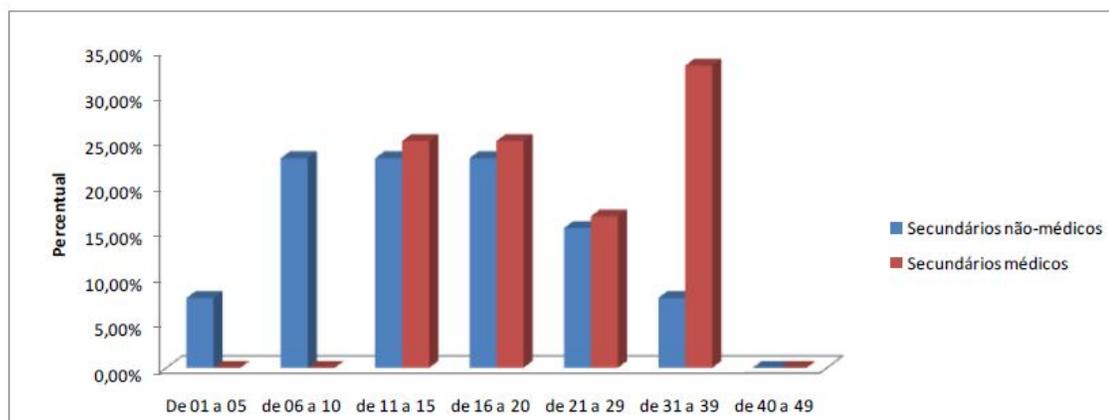
Gráfico 11 - Graduação dos sujeitos secundários



Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

No que se refere ao tempo de formado, 46,2% dos sujeitos secundários não-médicos e 50% dos sujeitos secundários médicos têm entre dez e vinte anos de formados; porém, 33,3% dos respondentes desse último grupo formaram há 31 anos ou mais (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Tempo de formado dos sujeitos secundários (em anos)

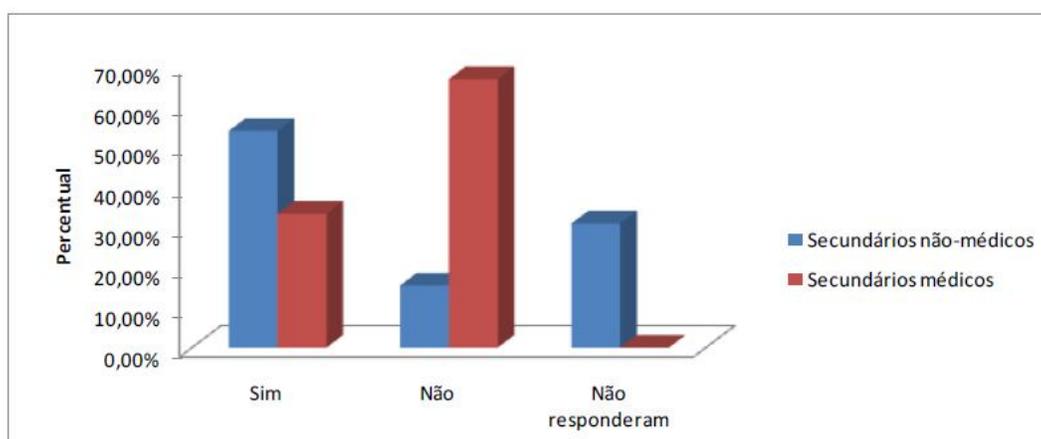


Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

Tal situação indica que a composição dos conselhos da Unimed-Beta congrega médicos com diferentes tempos de formados, havendo significativa (33,3%) presença de profissionais *seniores*. Esse arranjo tende a favorecer a participação dos médicos cooperados com diferentes perspectivas de compreensão, tanto das atividades da assistência, quanto daquelas próprias da gestão.

Sobre cursos de formação gerencial, 53,8% dos sujeitos secundários não-médicos responderam sim e 66,7% dos sujeitos secundários médicos disseram não (Gráfico 13).

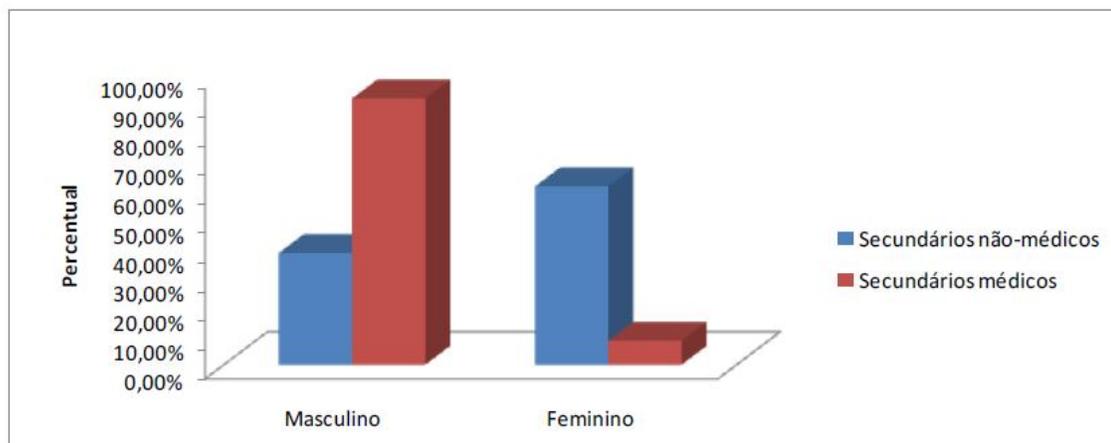
Gráfico 13 - Formação gerencial por sujeitos secundários



Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

Sobre as variáveis pessoais, 91,7% dos sujeitos secundários médicos são do sexo masculino e 61,5% dos sujeitos secundários não-médicos do sexo feminino (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Sexo dos sujeitos secundários



Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

No que concerne à Unimed-Beta, as fronteiras entre os sujeitos médicos (masculino) e os sujeitos não-médicos (feminino) denotam aspectos da própria profissão de base da cooperativa, ou seja, a medicina, hegemonicamente masculina. Estudo coordenado por Carneiro e Gouveia (2004), no qual foi demonstrado que 69,8% dos médicos no Brasil são do sexo masculino, condiz com a participação masculina desses profissionais encontrada na Unimed-Beta. Ressalta-se que a profissão médica era predominantemente masculina até 1970, razão pela qual o mercado deve permanecer com maioria de homens por duas décadas ou mais (SCHEFFER, BIANCARELLI e CASSENOTE, 2011).

Entretanto, no Brasil, a partir de 1970, constatou-se “[...] um crescimento constante das mulheres no mercado, subindo para 23,47%, em 1980, 30,80%, em 1990, 35,82% em 2000, até atingir 39,91%, em 2010. [...] Observa-se, assim, uma tendência de crescimento da população de mulheres médicas” (SCHEFFER, BIANCARELLI e CASSENOTE, 2011, p. 20).

Ainda sobre a variável sexo, comprovou-se que a situação dos médicos cooperados ocupando funções de representação dos associados nos conselhos da Unimed-Beta, apresenta fronteiras significativas, pois entre esses doze médicos há somente uma médica. Considerando-se que “[...] as mulheres que exercem a Medicina representam, hoje, cerca de 1/3 do total de médicos no Brasil, isto é, para cada médica existem aproximadamente 3

médicos” (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004, p. 137), a relação de 1/12 nos conselhos da Unimed-Beta é um dado que se destaca.

Cabe lembrar uma passagem registrada no *diário de bordo*, quando a autora foi recebida por essa médica para realizar a entrevista e agradeceu comentando a importância do encontro com a única mulher nos conselhos da Cooperativa, a profissional, surpresa, afirmou que não se lembrava disso. Na entrevista, se reportou ao fato.

“Eu vou te confessar uma coisa, antes de você ter me falado isso eu nunca tinha prestado atenção (risos). Me chamou atenção na hora que você me falou. Para mim eu nunca tinha notado isso, não me chamou a atenção o fato de eu ser a única mulher a estar no conselho” (SSM 26).

Caberia questionar se para fazer parte do *mundo médico masculino*, em geral, e do *mundo médico masculino de uma Unimed*, em particular, a médica precisaria utilizar alguma estratégia identitária, isto é, não *prestar atenção* que é mulher. Se a identidade biográfica (para si) e a identidade relacional (para o outro) da profissional não são coincidentes, que estratégias identitárias seriam necessárias para reduzir essa diferença?

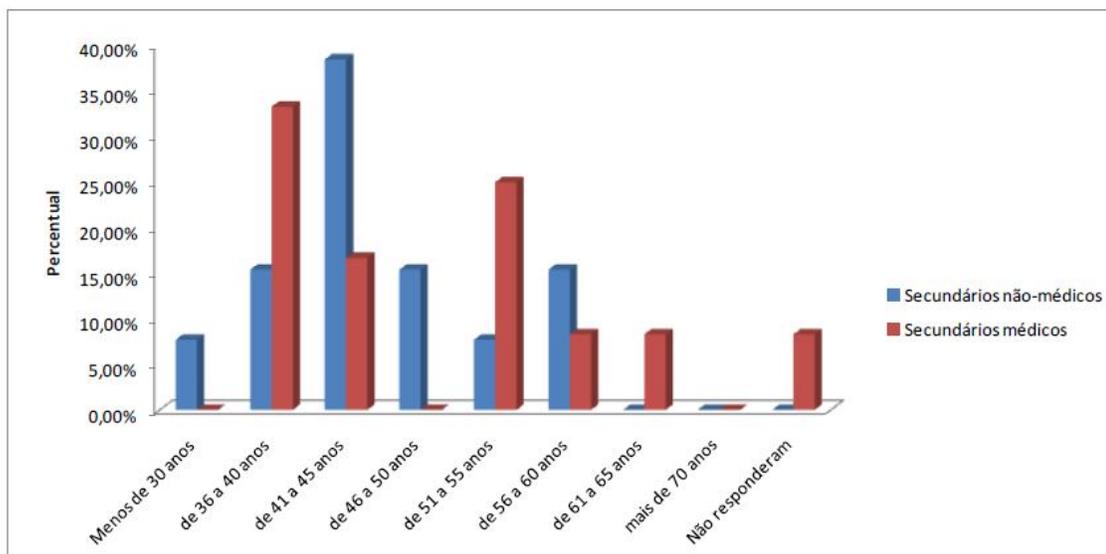
No entender de Dubar (2005), há duas formas de estratégias identitárias possíveis:

as transações externas entre o indivíduo e os outros significativos que visam acomodar a identidade para si à identidade para o outro [denominadas transações objetivas; e as transações subjetivas, que são] transações internas ao indivíduo, entre a necessidade de salvaguardar uma parte das suas identificações anteriores (identidades herdadas) e o desejo de construir para si novas identidades no futuro (identidades visadas) procurando assimilar a identidade-para-outro à identidade para si (DUBAR, 2005, p. 140).

Em que pese a temática não ser objetivo explícito da presente pesquisa, essa realidade encontrada no cenário de estudo merece destaque, bem como o fato de somente seis médicas haverem representado os associados na trajetória dessa Unimed: uma como diretora executiva e as demais como conselheiras.

No que tange à idade, 50% dos sujeitos secundários médicos e 53,9% dos sujeitos secundários não médicos apresentam idade entre 36 e 45 anos, faixa etária predominante na Unimed-Beta (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Faixa etária dos sujeitos secundários



Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

Considerando-se a variável estado civil, a maioria dos sujeitos secundários da pesquisa (100% dos médicos e 69,2% dos não-médicos) são casados, aspecto que reflete uma característica da identidade dos dois grupos. Tal situação denota a responsabilidade da Cooperativa, tanto com cooperados, quanto com funcionários, pois a sobrevivência de muitas famílias estão vinculadas aos resultados positivos da gestão dessa organização.

Sondados sobre a existência de outro vínculo de trabalho ou a realização de alguma outra atividade remunerada naquele momento, 100% dos sujeitos secundários médicos responderam afirmativamente, situação esperada, pois o número de atividades exercidas por esses profissionais varia entre quatro e seis ou mais (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004). Ao especificar a organização onde exerciam a(s) outra(s) atividade(s), os doze sujeitos secundários médicos mencionaram: consultório (três); Secretaria Estadual de Saúde (dois); hospitais (oito); Prefeituras Municipais (três); outros planos de saúde (um). Há uma diversidade de organizações nas quais os médicos exercem outras atividades, além da Unimed-Beta, destacando-se que muitos deles trabalham no setor público, no privado e no filantrópico de saúde, simultaneamente, e há predominância da organização hospitalar. Em contrapartida, 84,6% dos sujeitos secundários não-médicos informaram não exercer outra atividade remunerada.

O perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa, primários e secundários, que representam praticamente 100% da equipe de gestão da Cooperativa, descrito nesta seção, é o

pano de fundo sobre o qual os diretores executivos da Cooperativa se revelaram. Como esses ocupam a função há mais de duas décadas nessa cooperativa de trabalho médico Unimed, as dimensões contextuais do trabalho tornam-se importante espaço de configuração de sua identidade.

À luz dessas dimensões contextuais, desvenda-se *quem é o cooperado diretor executivo da Unimed-Beta*, elucidando a forma como esses indivíduos se veem - identidade para si - e a forma como são vistos por aqueles com os quais compartilham o cotidiano do trabalho na Unimed-Beta - identidade para o outro - na perspectiva de análise da identidade proposta por Dubar (1997, 2005).

### **5.3 Quem é o cooperado diretor executivo da Unimed-Beta?**

Esta seção se dedica a revelar quem são os elementos-chave da pesquisa, isto é, os diretores executivos de uma cooperativa de trabalho médico e operadora de saúde, Unimed-Beta, situada no interior de Minas Gerais. Para tal, a seção está estruturada em três subseções que contemplam: as dimensões contextuais do trabalho, a identidade social real - identidade para si e a identidade social virtual - identidade para o outro dos diretores executivos da Unimed-Beta.

O conteúdo apresentado é oriundo de dados primários, coletados por meio de entrevistas com os sujeitos da pesquisa, visando analisar a configuração da identidade social de médicos cooperados diretores executivos da Unimed-Beta. A partir desta seção, a discussão se processa à luz da perspectiva integrada de análise - identidade social e competências profissionais - elaborada para esta tese, com base em Dubar (1997, 2005) e Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000), adaptado por Paiva (2007) apresentada na seção 3.2.3.

#### **5.3.1 Dimensões contextuais do trabalho na visão dos diretores executivos**

As dimensões contextuais do trabalho, na visão dos diretores executivos, foram delineadas considerando os níveis de análise propostos por Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000): *ambiente de trabalho*, que contempla a cooperativa Unimed como espaço de possibilidades e limitações para o diretor executivo; e *contexto do trabalho*, que se refere às condições físicas, culturais e sociais relacionadas ao diretor na Unimed-Beta e afetam seu desempenho. Tendo em vista o sistema de saúde no Brasil, foi incluído o *macrocontexto*, com vistas a apreender aspectos particulares do subsistema de saúde suplementar.

Destaca-se que as três dimensões contextuais do trabalho dos diretores executivos da Unimed-Beta, o macrocontexto, o ambiente de trabalho e o contexto do trabalho são *locus* privilegiados, tanto da configuração da identidade, quanto da mobilização de competências profissionais para o exercício da função. Assim, nesta subseção, eles são tratados separadamente e, na sequência, para facilitar a compreensão. Cabe lembrar que, na prática, as dimensões contextuais se articulam de forma dinâmica.

A função de direção executiva de uma Unimed apresenta particularidades, pois acontece sob influência de dimensões contextuais. No que tange à *dimensão macrocontextual*, os diretores apontaram o distanciamento entre organizações privadas que prestam assistência no segmento suplementar de saúde e o planejamento global das ações nesse campo no Brasil. Eles entendem que as regras, a legislação, a contabilidade, dentre outros fatores do macroambiente, acarretam dificuldades para a gestão da Unimed-Beta.

“Hoje as empresas, as instituições de saúde estão isoladas do contexto político, da programação governamental adequada, ou melhor, da função de cada uma. Acho que está mais ou menos cada um por si. Eu acho que as regras, as leis, a contabilidade, a legislação, a receita, as regras do País, elas estão, muitas delas, exageradas e confusas. Não tem uma pessoa que tem um domínio disso” (SP 4).

O depoimento do SP4 explicita a necessidade de domínio de regras, leis e contabilidade. Isto demanda conhecimentos que extrapolam os conteúdos curriculares da formação em medicina e, na prática, são exigidas dos gestores das cooperativas de trabalho médico que operam planos de saúde. Aponta-se a inexistência de uma única pessoa que domine a legislação, bem como demais fatores relacionados com a gestão da operadora, entendendo-se que eles decorrem de ações do Estado, por meio da ANS. Dirigir organizações do subsistema de saúde suplementar, pós-regulamentação, configura-se como um desafio para os diretores executivos da Unimed-Beta, tendo em vista a necessidade de qualificação para adequar os procedimentos da operadora às modificações exigidas pela legislação (STELLA *et al.*, 2009; ROQUETE e MELO, 2003; BRASIL, 2002).

O distanciamento entre organizações privadas que prestam assistência, via segmento suplementar, e o planejamento global das ações de saúde do Brasil apontado pelos entrevistados, pode ser analisado sob a ótica de Albuquerque *et al.* (2008). Segundo os autores, “[...] o mercado de planos privados de saúde no Brasil é ainda pouco conhecido e considerado no planejamento do sistema de saúde no país” (Albuquerque *et al.*, 2008, p. 1.429). A participação das organizações, bem como dos beneficiários nas discussões de temas de interesse daqueles que são diretamente envolvidos está em construção, tendo em vista o

fato de a ação do Estado sobre o segmento se dar por meio de uma agência reguladora, o que, de acordo com Sato (2007), pressupõe independência.

Na visão dos sujeitos primários da pesquisa, o macrocontexto da saúde suplementar impõe relações da direção executiva da Cooperativa com o Poder Judiciário e órgãos de Defesa do Consumidor. São contatos decorrentes de conflitos surgidos entre a Cooperativa e os beneficiários, particularmente, após a regulamentação do segmento. Tais conflitos advêm, dentre outros aspectos, de questões relacionadas com contratos de planos de saúde assinados antes da Lei n. 9.656/98, que não cobrem todos os procedimentos dos contratos regulamentados, isto é, assinados após a legislação, mas que são exigidos pelo usuário na justiça e, muitas vezes, autorizados pelos juízes, via liminar.

“Os usuários foram se adaptando ao novo plano [regulamentado], obedecendo à norma, e isso diminuiu as possibilidades de atrito, que ainda persistem até hoje. A gente tem procurado fazer tudo da melhor maneira possível para evitar problemas, por causa de questões judiciais. Hoje, mesmo você tendo contrato, falando que você [Unimed-Beta] tem o direito, os juízes não estão entendendo desta forma. Então, não adianta. A gente tem tido esses embates aí, está perdendo, perde na justiça. Vem liminar você tem que dar, vamos dizer assim, aquilo que não está contemplado no contrato, porque aqueles planos que não foram adaptados continuam valendo” (SP1).

Dentre as dificuldades enfrentadas pela direção da Cooperativa na relação com os beneficiários, estão demandas por parte daqueles que são portadores de planos de saúde não regulamentados. A coexistência de contratos com direitos diferenciados “[...] pode ser apontada como a maior fonte de conflitos do processo regulatório: a convivência de dois ‘mundos’, com regras contratuais bastante distintas e possibilidades regulatórias também distintas, [é uma situação que provoca] enfrentamento cotidiano entre operadoras, Judiciário e órgão de defesa do consumidor” (SANTOS, MALTA e MERHY, 2008, p. 1.468).

No que tange ao *ambiente de trabalho*, isto é, às condições físicas, culturais e sociais da Unimed-Beta, três momentos evolutivos foram destacados pelos diretores como significativos: a fundação; o crescimento significativo, após a criação e comercialização do plano coparticipativo, na década de 1990, com aumento e diversificação do número de beneficiários e expansão do contingente de cooperados; bem como transformações ocorridas pós-regulamentação, mais especificamente, de 1998 até 2011.

De acordo com os diretores, o cooperativismo era pouco conhecido quando a Unimed-Beta foi criada. As notícias veiculadas sobre outras cooperativas médicas fundadas no estado de São Paulo sinalizavam, porém, ser essa uma alternativa de enfrentamento da realidade que

se configurava, criando melhores possibilidades de trabalho para o médico, e evitando-se o domínio do mercado de trabalho pelas seguradoras e demais convênios.

“Na época, a gente tinha notícias de várias UnimedS funcionando em São Paulo, em Santos, em outras cidades de São Paulo. O sistema estava crescendo e achamos por bem também fazer o mesmo e tentar montar uma coisa que seria nossa, uma cooperativa que seria de médicos, evitando, inclusive, a influência, o domínio do campo médico pelas seguradoras médicas. A gente conhecia pouco de Unimed. A Unimed que tinha por aqui era só a Unimed de Belo Horizonte, e a gente tinha pouca noção do que era Unimed, o que era cooperativismo médico, mas as UnimedS estavam brotando nas maiores cidades, então optamos por aceitar a fundação e ver o que iria acontecer” (SP2).

Uma das dificuldades apontadas pelos diretores que influencia a gestão da cooperativa médica está relacionada com práticas na assistência. Por parte do médico, a total autonomia para decidir sobre a utilização de recursos, vinculada à remuneração por procedimento - *fee for service* - e por parte do usuário o livre acesso ao serviço de saúde das operadoras, criaram um ambiente propício para se confundir necessidade e interesse. A falta de *protocolos* que organizem a utilização dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis e, portanto, limitem a utilização indevida, foi citada como falha do modelo assistencial vigente.

“Hoje, nós temos muito a trabalhar essa questão de necessidade e interesse. Às vezes o usuário, o médico quer fazer muita coisa pelos seus interesses não pela ciência, pelas necessidades. Um dia, nós vamos ter que protocolar isso, encaminhar, mudar um pouquinho o modelo. Nosso modelo hoje também é um modelo falho. Nosso modelo hoje é muito assistencial, o médico tem muita autonomia, faz o que quer, nem todos, pois a maioria é coerente; e o usuário também faz o que quer. Nosso modelo hoje está assim, quando mais faz mais se recebe; eu faço o que quero. Nosso modelo vai ter que passar também por um protocolo científico” (SP4).

O histórico padrão de remuneração dos profissionais de saúde, em particular do médico, é um desafio para a Unimed-Beta. Ele diz respeito à forma de contratação e remuneração de serviços médicos, mais especificamente, à prática de recebimento de honorários por serviços prestados (*fee-for-service*) herdada do sistema previdenciário (RIBEIRO *et al.*, 2008). Essa prática poderia, pelo menos teoricamente, fazer aumentar os ganhos dos médicos na proporção do volume de atendimentos prestados, induzindo à utilização indevida dos serviços e comprometendo os resultados econômicos da organização. Postula-se que “[...] na ausência de restrições ético-morais e de regulações gerenciais externas, os médicos tenderiam a produzir mais serviços que os necessários” (GIRARD, CARVALHO e GIRARD, 2007, p. 55).

Ao mencionar que *o médico tem muita autonomia, faz o que quer*, o SP4 abordou um tipo de comportamento do cooperado que, além de outros aspectos de ordem ética, colocaria

em risco a estabilidade econômica da Cooperativa. No que tange ao beneficiário *fazer o que quer*, trata-se do uso dos serviços de forma não controlada externamente, prática existente mesmo antes da regulamentação do setor. Os planos de saúde denominados pré-pagamento, com cobertura sem limites, autorizavam serviços demandados pelo cliente, sem restrições dentro do contratado. Tal procedimento favoreceu a prática desse uso conforme as preferências daqueles que buscam o serviço.

Os conceitos de necessidade e de demanda foram definidos em estudo clássico (JEFFERS, BONANNO e BARTLETT, 1971). Necessidade refere-se à quantidade de serviços e recursos que os médicos entendem que um indivíduo deva utilizar para manter sua saúde, considerando-se o conhecimento disponível no campo científico; demanda, por sua vez, diz respeito à liberdade de escolha do indivíduo em função de suas preferências. Havendo lacuna entre necessidade e demanda, mecanismos podem ser criados para reduzi-la (JEFFERS, BONANNO e BARTLETT, 1971). Em 1994, a Unimed-Beta decidiu pela implantação do copagamento, que é um mecanismo para controle da demanda por serviços de saúde.

No copagamento, o beneficiário fica responsável pelo pagamento de parte do custo total do prestador, ou seja, ocorre um compartilhamento do risco. Isso já é bastante comum em países onde o setor supletivo opera há algum tempo, com a adição de fatores de moderação aos contratos de planos de saúde (SATO, 2007, p. 59).

A alternativa adotada para “[...] promover uma utilização responsável” (UNIMED-BETA, 1999, p. 125) dos recursos diagnósticos e terapêuticos por parte dos beneficiários, o plano coparticipativo, trouxe resultados positivos para a Cooperativa, que puderam ser constatados no relato de um dos diretores executivos.

“O pessoal gostou, as empresas gostaram, porque esse plano, o interessante dele é que ele regula os gastos do próprio usuário. A pessoa, quando vai fazer uma consulta, vai fazer um exame, ele pensa um pouco mais porque ele vai participar da despesa, ele não ganha tudo de mão beijada, entendeu? Quer dizer ele não é um plano pré-pago; é um plano meio pós-pago. Então ele participa naquilo que é dele, então ele pensa duas vezes” (SP.2).

A criação do plano coparticipativo pela Unimed-Beta foi uma resposta estratégica da direção da Unimed-Beta (FLEURY e FLEURY, 2001). A iniciativa antecipou a solução para um problema, que se tornaria evidente após controles estabelecidos pelas regras da ANS, a partir de 2000. Trata-se da criação da realidade futura de uma organização na perspectiva de Drucker (2000).

Segundo os entrevistados, na trajetória Unimed-Beta, dificuldades e desafios foram enfrentados e superados, sobressaindo: o inicial desconhecimento do cooperativismo e a necessidade de aprendizado sobre esse tipo de sociedade; a criação do plano coparticipativo, na década de 1990, produto que viabilizou o crescimento da Cooperativa e a geração de trabalho para os médicos; e a comercialização desse produto antes da regulamentação, ocorrida em 1998, o que favoreceu a redução de conflitos com o usuário e o Judiciário, pelo fato de ter sido bem aceito pelas empresas e por inibir a utilização de serviços e, portanto, reduzir custos.

Além de questões macrocontextuais e do ambiente de trabalho, também foram identificados pelos entrevistados aspectos que remetem ao *contexto do trabalho*, ou seja, à dimensão do cooperado gestor. Na visão de diretores da Unimed-Beta, ser médico cooperado é resultado de uma demanda dos médicos em decorrência da expansão do número de empresas no subsistema suplementar de saúde. Trata-se de um tipo de organização na qual o médico é o *dono* do negócio e, portanto, dirige, decide e transforma, o que é entendido como uma tranquilidade, pois a cooperativa Unimed possibilita a defesa e a luta pela profissão.

“As Unimeds cresceram e estamos aqui. Ser médico cooperado hoje é quase uma necessidade por causa do sistema em funcionamento no País inteiro, através de vários planos de saúde, muitas seguradoras de saúde, várias empresas de plano de saúde. Então, a cooperativa foi uma necessidade. É uma empresa, mas é uma empresa nossa, a gente é dono, a gente é que dirige, a gente que resolve, a gente que muda; então, a gente que trabalha nela, acho que é uma tranquilidade que temos para nos defender e lutar pela profissão” (SP 2).

Ser médico cooperado é também considerado como algo moderno, difundido nos países de primeiro mundo. Entende-se como uma combinação entre cooperação e profissionalismo, pois todos trabalham e o resultado é proporcional à produtividade de cada um. Na visão da direção, os médicos cooperados sentem-se satisfeitos com a Unimed-Beta.

“Médico cooperado é coisa moderna. Se nós pudéssemos todo mundo ser cooperado, na Europa e nos países de primeiro mundo a cooperação é muito maior que no Brasil. A ideia de cooperação e profissionalismo é muito melhor. Na Alemanha, nós temos 70%, parece-me, da população são cooperados. Isso eu estou falando dados mais ou menos; no Brasil é 5% da população. Então, a cooperação se todo mundo trabalha e divide, faz-se um rateio entre os médicos, quem trabalha muito ganha muito e quem trabalha pouco ganha pouco. É uma coisa muito boa que tende a ser mais homogêneo. E os médicos estão satisfeitos com a Unimed aqui” (SP3).

Segundo depoimentos, ser diretor executivo da Unimed é ter espírito participativo e cooperativista, bem como compreender a Cooperativa como uma possibilidade de trabalho diferente daquelas oferecidas por outros planos de saúde ou convênios.

“Eu tenho esse espírito mais participativo, mais cooperativista. Então eu acho que, embora eu tenha uma visão diferente dos outros colegas que a gente convive, nessa trajetória médica e assistencial da gente trabalhando, a gente viu nascer o cooperativismo médico como uma alternativa aos outros planos de saúde, aos convênios” (SP1).

Na visão dos diretores executivos da Unimed-Beta, a cooperativa é uma alternativa de trabalho para o médico, preconizada desde a criação do Sistema Unimed no Brasil (VIVEIROS, 1999; CAMPOS, 2006). Entretanto, alerta-se para o fato de que há a necessidade de se “[...] promover a educação cooperativista, pois o entendimento real da cooperação é fundamental para o devido reconhecimento e desenvolvimento sustentado do Sistema” (BORGES e PIMENTEL, 2008, p. 216).

Os diretores executivos mesclam as atividades na função de direção da Unimed-Beta com aquelas concernentes à assistência aos beneficiários. Essa dupla função contempla espaços de atuação que diferem no que diz respeito aos aspectos socioculturais. Como prestadores de serviço da Cooperativa, há uma tendência de os cooperados, diretores executivos, se pautarem nos interesses individuais, isto é, na produtividade e na remuneração; por outro lado, como diretores executivos e responsáveis pelos resultados da Unimed-Beta, a tendência seria de visar o interesse do conjunto de associados, favorecendo a manifestação de interesses que são coletivos, ou seja, as sobras e os investimentos no próprio negócio.

O macrocontexto (saúde suplementar), o ambiente (Unimed-Beta) e o contexto do trabalho (cooperado, diretor executivo) são dimensões do espaço profissional do médico cooperado, diretor da Unimed-Beta, que contribuem para o processo de configuração de sua identidade profissional e, portanto, social, produto da articulação entre dois processos: a *identidade para si* e a *identidade para o outro* segundo Dubar (1997, 2005).

### 5.3.2 Identidade social real - *identidade para si*

Na perspectiva de análise adotada neste estudo, a identidade real dos diretores executivos da Unimed-Beta foi apreendida por meio de *atos de pertencimento*, expressos por eles próprios nas entrevistas. Segundo Dubar (2005), os atos de pertencimento exprimem o tipo de homem (ou de mulher) que o indivíduo quer ser. Trata-se, portanto, de conhecer a

*identidade para si* desses indivíduos, inserida em seu *processo identitário biográfico*, no qual a formação escolar e profissional, o trabalho e o emprego assumem lugar de destaque.

Para compreender a identidade real do cooperado diretor executivo da Unimed-Beta, fez-se uma imersão em sua trajetória identitária, nomenclatura identificada em Coutinho (2009), e referenciada em Demazière e Dubar (2006), que contempla uma dimensão temporal: o passado (formação, experiência anterior e trajetória na Unimed-Beta), o presente (exercício profissional atual na Unimed-Beta e fora dela) e o futuro (expectativas relacionadas ao trabalho).

#### 5.3.2.1 *Formação, experiência anterior e trajetória na Unimed-Beta*

Por meio das entrevistas com os diretores executivos da Unimed-Beta, foi possível evidenciar características identitárias comuns ao grupo. As respostas à primeira questão da entrevista, que tratava de uma solicitação para que os diretores se apresentassem respondendo à pergunta norteadora *quem é o (nome do Diretor entrevistado)?*, permitiram identificar características profissionais e pessoais apresentadas no quadro 4. Para preservar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, eles foram identificados como diretores A, B, C e D.

Quadro 4 - Características identitárias dos diretores executivos da Unimed-Beta

<b>Aspectos Profissionais</b>	<b>Diretor A</b>	<b>Diretor B</b>	<b>Diretor C</b>	<b>Diretor D</b>
Sou...	Médico	Médico	Médico	Médico
Formei na ....	UFMG	UFMG	UFMG	UFMG
Fiz residência em...	Anestesia	Clínica Médica	Pediatria	x
Especializei em...	Medicina do Trânsito	Cardiologia	Medicina do Trabalho	x
Fiz MBA em ...	Gestão Hospitalar	x	x	x
Trabalho ....	Além da medicina, tenho uma importadora de farinha de trigo	No consultório; para o Ministério da Saúde; na Unimed; deixei de dar plantão.	x	x
<b>Aspectos Pessoais</b>	<b>Diretor A</b>	<b>Diretor B</b>	<b>Diretor C</b>	<b>Diretor D</b>
Nasci em ....	x	x	Carmo do Cajuru	x
Tenho ....	61 anos	x	71 anos	x
E....	x	Casei, tenho seis filhos, todos estudantes universitários, já formaram, só um não fez UFMG, dois aliás, um fez Viçosa, o outro está fazendo CEFET.	x	x

Fonte - Dados de pesquisa, 2011.

Ao se apresentarem, os diretores ressaltaram aspectos profissionais. Todos iniciaram a apresentação dizendo que são médicos, o que mostra o significado do trabalho médico em suas vidas. Se não é a única variável, trata-se de um aprendizado ao longo da vida profissional, pois a medicina é uma profissão historicamente valorizada na sociedade (DONANGELO, 1975; COELHO, 1999; LAMPERT, 2008).

Tendo em vista que, em um mundo fragmentado, permeado por ambiguidades (BAUMANN, 2005, 2007), no qual as referências se perdem e deixa-se de sentir a centralidade de agências de socialização como a família, a escola (TOURAINÉ, 2007) e, inclusive, o trabalho (BENDASSOLLI, 2006), questionamentos identitários poderiam surgir como presumes Dubar (2005, 2009) e Kaufmann (2004). Entretanto, em sua apresentação, os diretores manifestaram seu pertencimento e identificação com a medicina de forma enfática.

Quanto à residência médica, os diretores A, B e C citaram a anestesia, a clínica médica e a pediatria. Estas três especialidades reúnem 25,76% dos especialistas no Brasil, ou seja, um quarto dos profissionais titulados por especialidade, sendo que 13,31% se referem à pediatria, 7,25% à anestesia e 5,20 à clínica médica segundo Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2011).

O diretor A informou ter se especializado também em medicina do trabalho, opção que congrega 4,43% dos especialistas brasileiros na pesquisa citada; já o diretor C informou ser especialista em medicina do trânsito, especialidade que reúne 0,90% dos médicos nesse mesmo estudo.

Somente o diretor A mencionou ter realizado um MBA na área de gestão, particularmente, em gestão hospitalar, escolha que ocupou o 3º lugar como opção dos médicos no estudo de Carneiro e Gouveia (2004). Nota-se que esse mesmo profissional se apresentou também como empresário, sendo proprietário de uma importadora de trigo, o que denota a experiência em gestão. Nessa apresentação inicial, os demais não mencionaram outras atividades.

Aspectos pessoais foram evidenciados de forma incipiente durante a apresentação. Se, no questionário, os quatro diretores informaram serem casados, ao se apresentarem na entrevista, somente um deles reiterou essa condição. Em que pesem questionamentos sobre a possível perda de centralidade do trabalho (BENDASSOLLI, 2006), para esse grupo, a profissão e, conseqüentemente, o trabalho, ocupam lugar central em sua trajetória identitária.

Somente o diretor B manifestou atos de pertencimento à agência socializadora família, falando do lugar de pai. Em seu relato, informou ter seis filhos e destacou que todos fizeram a formação universitária, quatro deles na UFMG. Considerando o lugar de destaque da UFMG como instituição formadora, o relato traduz-se como sentimento de realização pessoal.

O diretor D se apresentou de forma diferente dos demais. Poucas informações foram fornecidas, tanto no aspecto profissional, quanto pessoal. Sua apresentação foi mais uma reflexão, após a reação de surpresa que disse ter experimentado em face da pergunta *quem é o (nome do entrevistado)?*, conforme mostra sua fala.

“Ah, aí você me pegou de surpresa (risos entrevistado). [Nome] é um médico, mas até chegar a essa condição teve bastante história, e acho que ser médico é uma coisa boa. Acho que custa muito na vida da gente, ajuda a gente a enxergar mais. Então, hoje, acho que sou uma pessoa madura, que consegue entender bastante coisas; cada dia aprendendo mais e aprendendo a fazer as melhores escolhas, cada vez mais” (DIRETOR D).

Em que pesem poucos dados profissionais e pessoais, a apresentação do diretor D mostra traços de um indivíduo com bom nível de autoconceito e autoestima. Ele se percebe de forma positiva e dessa maneira se apresentou, procurando transmitir uma *imagem positiva*. Não se pode esquecer que, conforme destacam Cheetham e Chivers (1998), reiterando afirmação de Schön (1983), a *reflexão* é uma competência crucial para todos os profissionais, sendo importante para o seu desenvolvimento. Giddens (2002), por sua vez,

centra sua teoria da identidade na refletividade, ou seja, considera o eu como resultado da ação reflexiva.

Se anteriormente os indivíduos contavam com os ritos de passagem para sustentar as transformações, em um mundo no qual faltam referências, o eu se modifica em decorrência do processo reflexivo. Este é que possibilita a construção da identidade, articulando transformações pessoais e sociais. Assim, o “[...] indivíduo capaz de hoje não só tem um autoentendimento desenvolvido, mas é capaz de harmonizar preocupações presentes e projetos futuros com uma herança psicológica do passado” (GIDDENS, 2002, p. 167).

No caso, trata-se de uma *reflexão-sobre-ação*, ou seja, um tipo de reflexão posterior à atividade, na qual o diretor D refere-se à importância da vivência na vida profissional do médico para o amadurecimento e o aprendizado, possibilitando, cada vez mais, fazer opções melhores.

A trajetória dos diretores executivos da Unimed-Beta, segundo seus relatos, foi construída de maneira relativamente comum para todos os membros do grupo em alguns aspectos: eles estudaram medicina em Belo Horizonte, formaram-se na UFMG, fizeram especializações e se instalaram em uma cidade do interior de Minas Gerais. Na trajetória, trabalharam em diversos locais, realizando atividades em diferentes áreas. Um relato mostrou as possibilidades de trabalho para esse médico, residente no interior de Minas Gerais.

“Eu, trabalhando como profissional no Hospital X, como clínico cardiologista no meu consultório, em 1980 eu entrei para o INAMPS atendendo na área de clínica médica; eu conciliava o emprego e as atividades dentro do hospital, quando eu vim para cá, o hospital X já era um hospital que estava em processo de expansão, criando o CTI; eu fui o primeiro coordenador do CTI do hospital X. Por lá eu fiquei uns 15 anos trabalhando no CTI, dando um plantão de clínica médica no hospital; nesse meio tempo eu tive por um período como presidente da Associação Médica Regional. Eu e mais um grupinho conseguimos reunir 100 médicos e compramos o hospital X; eu e mais três colegas participamos da diretoria do hospital; eu era o diretor presidente e conseguimos levantar o hospital, não deixar que ele fechasse. Fiquei lá por oito anos, oito anos como diretor presidente, foi quando eu me candidatei a participar da diretoria da Unimed” (SP1).

A descrição do SP1 remete a uma característica do profissional médico, conforme já constatava Donangelo (1975) na década de 1970. Seu trabalho pode ser exercido em diversos espaços, com diferentes formas de vinculação, isoladamente ou de forma combinada; um médico pode trabalhar no consultório particular e/ou em clínicas, e/ou em hospitais, e/ou com grupos médicos. Tal combinação pode ocorrer no setor público, no privado e no filantrópico, cabendo ainda a figura do profissional autônomo, do empregado e do empresário médico.

O relato mostra também que o médico constrói sua trajetória combinando espaços de autonomia, como diretor de um hospital, e de submissão hierárquica, no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). As concepções de Donangelo (1975) e Coelho (1999) de que a medicina, enquanto profissão liberal, é muito mais um ideal de profissão ou uma aspiração por total autonomia profissional do que de fato uma profissão liberal mostraram-se reiteradas.

A inserção profissional dos médicos desse grupo na cidade onde trabalham se mostrou estreitamente relacionada com a participação e/ou contatos dos mesmos com instituições como a Associação Médica, o Hospital das Clínicas, a Federação das Unimed's de Minas Gerais, bem como relacionamentos com colegas e preceptores da residência, segundo seus relatos. Se, por um lado, tal situação se caracteriza como resultado de *networking*, estratégia reconhecidamente válida para alavancar serviços profissionais (KOTLER, HAYES, e BLOOM, 2002), por outro, faz parte do sistema de profissionalismo (ABBOTT, 1988).

O relato de um dos médicos sobre sua trajetória possibilitou compreender como a identificação com espaços de socialização são determinantes na construção da identidade. Estimulado pelo pai a estudar Medicina, interessava-se mais por esportes do que pelo estudo. Entretanto, ao ter consciência de que ao finalizar os estudos voltaria para sua cidade natal e iria atender os amigos e conhecidos, passou a se dedicar mais aos estudos e à futura profissão.

“Fiz medicina até por sugestão do meu pai e cuidei de ter uma boa formação, embora na época acadêmica, da faculdade, que eu estudei na UFMG, eu não era tão ligado e preocupado com a profissão, com a formação profissional não. Mas me formei bem, me dedicava muito a esportes e depois fiz uma residência; e na residência, ai sim, eu me preocupei mais profissionalmente porque eu sabia que eu queria voltar para [cidade natal]. Eu tinha muitos conhecidos, muitos amigos, para cuidar da melhor possível deles, eu tinha que ter uma boa formação” (SP4).

Pelo relato, o diretor executivo diz ter modificado o comportamento para retornar à cidade natal, onde iria consolidar sua carreira profissional. Trata-se de uma estratégia para a negociação identitária, pois “[...] implica fazer da qualidade das relações com o outro um critério e elemento importante da dinâmica das identidades” (DUBAR, 2005, p. 141).

A vinculação dos médicos como cooperados da Unimed-Beta aconteceu como resultado de seus relacionamentos com colegas. Todos eles, de alguma forma, foram convidados a participar da direção da Unimed-Beta por influência de relacionamentos profissionais e por reconhecimento por parte de seus pares.

“Quando eu me candidatei a participar da diretoria da Unimed não chegou a ter disputa porque o Dr. [presidente] conseguiu me colocar na equipe, na chapa da diretoria e não teve concorrência; aí então nós passamos a trabalhar aqui” (SP1).

“Foi o Dr.X que era presidente da Federação das Unimeds de Minas Gerais, e já meu conhecido lá; ele foi preceptor no hospital X onde eu fiz minha residência; então, ele me convidou para participar dessa primeira diretoria, fundamos a Unimed nesta época” (SP2).

“Fui tendo bastante reconhecimento como clínico geral, como médico internista. Um ano após eu estar trabalhando em [nome da cidade], tive a oportunidade de participar da direção da Unimed, a qual eu já participava desde a fundação como sócio cooperado; fui convidado assim, até por acaso, para cobrir uma gestão, e fui eleito interinamente para iniciar na Unimed, cumprir esse final de gestão” (SP4).

A participação na cooperativa, entidade criada como alternativa para as dificuldades vislumbradas à época pelos médicos, bem como a aceitação por parte deles do convite para assumir funções de gestão, configuram-se, de acordo com o preconizado por Dubar (2005), como categorias de identificação dos médicos consideradas atraentes ou protetoras profissionalmente. Um dos diretores mencionou não ter planejado assumir funções de gestão na Unimed-Beta.

“Eu fui conduzido profissionalmente, não tive um planejamento correto para ser [diretor]; então fui conduzido a ser diretor da Unimed” (SP4).

À época em que foram convidados para assumir o cargo de diretor executivo, três entrevistados manifestaram motivações para aceitarem, a despeito de não ter havido um planejamento por parte desses primeiros membros da diretoria. Eles destacaram como razões para assumirem os cargos o fato de o Sistema Unimed estar crescendo no Brasil, a possibilidade de evitar que a categoria médica fosse *dominada* pelas seguradoras, a amizade com o presidente eleito e o interesse em ajudá-lo e, inclusive, o acaso ou mesmo a coincidência.

“Na época a gente tinha notícias de São Paulo de varias Unimeds funcionando, em São Paulo, em Santos em outras cidades de São Paulo. O sistema estava crescendo e achamos por bem também fazer o mesmo e tentar montar uma coisa que seria nossa, uma cooperativa que seria de médicos, evitando, inclusive, igual eu já falei, a influencia, o domínio do campo medico pelas seguradoras médicas” (SP2).

“Foi a amizade com o [presidente] em apoiá-lo. Nós somos amigos, gostava dele, ele era uma pessoa integra, então falei, vou entrar e colaborar com ele. Essa foi a ideia” (SP3).

“Foi um pedido dos colegas, porque a Unimed se iniciou e a direção inicial, não estava conseguindo dar prosseguimento. Não havia ninguém querendo a direção ou receoso de pegar a direção. Ai me propuseram, me ofereceram, todo mundo me indicando, me pedindo e eu não neguei. O pessoal falou que me ajudava e eu aceitei

ser o diretor. Iniciei na Unimed dessa forma. Um pouco por acaso, um pouco por coincidência, pois eu cheguei meio atrasado na reunião, eu quase me esqueci da reunião, foi por acaso” (SP4).

Ao longo da trajetória de exercício na função de gestão da Unimed-Beta, por razões não explicitadas, em um momento um grupo de cooperados fez oposição explícita à direção, lançando a candidatura nas eleições. Entretanto, não chegou a haver disputa, pois o conflito foi administrado por meio de negociação, tendo sido resolvido com o aceite por um cooperado representante da oposição ao convite do presidente para que ocupasse um cargo na diretoria executiva da chapa da situação.

“Eu me candidatei a participar da diretoria da Unimed, mas não chegou a ter disputa porque o [presidente] conseguiu me colocar na equipe, na chapa da diretoria e não teve concorrência; aí nós passamos a trabalhar aqui” (SP1).

A estratégia adotada pelo diretor executivo para a solução do conflito também se traduz como um mecanismo de preservação da identidade construída (DUBAR, 2005). Nesse sentido, destaca-se que há riscos, tanto para a cooperativa, quanto para o indivíduo, quando a permanência dos cooperados nos cargos de direção acontece por longos períodos, como é o caso da Unimed-Beta. Preparar a sucessão seria uma alternativa a ser considerada pelos diretores, valendo, tanto para a perspectiva da organização, quanto do próprio cooperado gestor. No caso desse último, tal estratégia visaria minimizar os efeitos de uma possível ruptura no processo identitário biográfico, conforme pondera Erikson (1987), preservando-se de uma fase de crise decorrente de brusca mudança na trajetória profissional.

A experiência de trabalho na direção da Cooperativa foi relatada pelos sujeitos primários como geradora de reconhecimento por parte de terceiros. A cooperação, princípio fundamental da organização na qual eles atuam, foi considerada como um aspecto positivo, que se soma à capacidade técnica profissional na visão do diretor. Na trajetória na Unimed-Beta, o diretor se vê como alguém que aprendeu a cooperar, fazer algo mais que as atribuições e atividades que demandam capacidade técnica, o que agregou valor à profissão.

“Quando a gente começa a cooperar, a gente começa ter um outro tipo de reconhecimento, além da capacidade técnico-profissional; na cooperação, as pessoas sentem também que é uma moeda de troca, importante, não é só o financeiro; também acho que nunca coloquei isso em primeiro lugar; sempre procurei fazer as coisas corretamente, servir e ter os resultados por consequência. Hoje entendo que ajudar é ser cooperativo, isso também agrega mais valor à minha profissão” (SP4).

Os elementos que contribuíram para a configuração identitária dos diretores executivos da Unimed-Beta, apresentados até então, dizem respeito à sua história pessoal e profissional, e referem-se ao passado desses profissionais. Para compreender essa construção, far-se-á uma imersão no momento presente desse grupo, considerando o exercício profissional atual, na visão deles próprios.

### 5.3.2.2. *Exercício profissional atual dos cooperados diretores executivos na Unimed-Beta e fora dela*

Os entrevistados manifestaram seus sentimentos sobre como é ser diretor executivo da Unimed-Beta. Eles destacaram a tranquilidade e a segurança no cargo, citando motivos para tal como: ter feito um bom trabalho, a cooperativa estar crescendo, a gestão ser transparente, pois há prestação de contas aos associados em reuniões e assembleias, bem como a busca por fazer o melhor e a cooperativa continuar crescendo.

“Eu me sinto bem, tranquilo, seguro, não tenho problemas não. A gente tem crescido, é transparente em tudo, tem reuniões, tem assembleias gerais, em tudo a gente presta conta junto aos cooperados” (SP2).

“Tranquilo. Porque sempre preocupamos com transparência, sempre. Então nós não temos o *rabo preso* com ninguém. Então a gente fica tranquilo, tentando fazer o melhor, mas com bastante tranquilidade, cada vez querendo crescer mais. Sempre a minha meta, eu particularmente sou assim, acredito que a diretoria também toda seja, é transparência, é mostrar tudo” (SP3).

Tal segurança e tranquilidade dizem respeito também à possibilidade de o diretor continuar trabalhando na assistência e, portanto, de ter contato com a classe médica e com os usuários. Essa situação é própria da cooperativa de trabalho médico e, como pode ser extraído de suas falas, traz para o cooperado gestor a oportunidade de também manter contato direto com a realidade sobre a qual atua.

“Continuar atendendo é importante; não ficando somente como gestor, como executivo, para poder acompanhar e sentir os anseios da classe, dos usuários. Então, sempre dentro de possibilidades, eu acho que, como cooperativa de trabalho médico, você tem que continuar trabalhando e não ficar somente como um executivo, porque, se não, você vai perdendo o contato” (SP1).

Se, por um lado, a dupla atuação do médico cooperado gestor pode ser traduzida como um desafio, por outro é vista por ele como uma alternativa para manter contato com a atividade-fim da cooperativa. Isto pode ser explicado pela possibilidade que a cooperativa de

trabalho médico Unimed oferece ao cooperado gestor de atuar em diferentes níveis da estrutura organizacional: o nível da governança e o da gestão, comum às cooperativas, conforme advoga Pereira (2011), mas também o nível da assistência ou do serviço prestado ao usuário como relataram seus diretores.

Na perspectiva de análise da identidade biográfica (DUBAR, 2005), pode-se dizer que o ambiente de trabalho do cooperado gestor - a Unimed-Beta - é uma dimensão contextual significativa. Estar como diretor executivo de uma cooperativa Unimed por período de tempo expressivo significa transitar por espaços de identificações que esse tipo de função oferece, e experimentar diferentes lugares significativos no processo da construção identitária. Como acredita Dubar (2005), importa a caminhada entre a identidade herdada (passado) e a identidade visada (futuro) e, no caso dos diretores de uma cooperativa médica, essa forma singular de trajetória que, na visão deles próprios, possibilita o sentimento de realização profissional e pessoal.

“Como diretor eu me sinto até realizado, bastante realizado, porque eu acho que conseguimos fazer uma coisa boa. Eu me sinto realizado profissionalmente e até vamos falar assim um pouco lisonjeado, embora eu não sou muito de sentir dessa forma, mas me sinto até um pouco lisonjeado porque as pessoas elogiam” (SP4).

Ao mesclar a atuação na governança, na gestão e na assistência de uma Unimed, o diretor executivo apreende a realidade das dimensões contextuais de uma forma particular, tendo em vista as práticas de trabalho diversificadas que esse tipo de organização oferece e a disponibilidade exigida pela função. Sua identidade biográfica se configura na relação com os funcionários, com os usuários, com os cooperados, bem como com prestadores de serviço (pessoa jurídica), como é o caso de hospitais e clínicas.

Nesse contexto relatado pelo diretor como permeado de cobranças e reivindicações por parte de terceiros, é preciso estar preparado, estar *sempre ligado* para conseguir dar respostas àqueles com os quais se convive no cotidiano, o que faz a vida ser atribulada.

“Ser diretor é estar disponível, é ter que esse contato bilateral com os colaboradores, com os funcionários da Unimed, acho que seria até tri, não é só bi não, com os usuários, cada dia mais exigindo, ciente dos seus direitos, cobrando, procurando, reclamando. Então você tem que estar sempre preparado para isso. E, por outro lado, os nossos cooperados que têm interesses próprios, que querem trabalhar e, às vezes, alguns procuram tirar proveito próprio de alguma coisa, em termos de codificação de procedimentos; os hospitais, as clínicas do mesmo jeito estão sempre questionando, ahh, tá pouco, precisa reajustar aqui e ali, então é uma mistura grande de reivindicações, então, você tem que estar sempre assim ligado para poder dar uma resposta a essas questões que aparecem no dia a dia. Então é uma vidinha bem atribulada” (SP1).

“Depois eu fui entender que [ser diretor da Unimed] é uma coisa de muito prestígio” (SP4).

Apesar das atribuições, a função é considerada como um espaço de prestígio/*status*. No entender de Tajfel (1982) e Tajfel e Turner (2004), aspectos da autoimagem de um indivíduo, que derivam das categorias sociais que ele percebe como pertencente, constituem sua identidade no âmbito organizacional. As identificações nesse contexto definem os indivíduos como semelhantes ou diferentes, como *melhores* ou *piores* que integrantes de outros grupos. Os relatos dos diretores mostram dois componentes desse processo de identificação. No primeiro, evidencia-se o componente cognitivo que ocorre por meio da autodefinição e autocategorização do sujeito como pertencente a um grupo; no segundo, o valorativo que está relacionado com o valor atribuído ao grupo por grupos externos.

O cooperado gestor é também demandado a lidar com particularidades do *jeito de ser* da categoria médica, isto é, sua profissão vista com a *lente* do gestor. Ao vivenciar essa experiência, o diretor revela seu olhar sobre a realidade e, particularmente, sobre opções que gerações mais novas de médicos fazem no mercado de trabalho. Ele relata apreender e ter condições de contribuir com a gestão, ao conviver com colegas que oferecem oportunidade a diferentes experiências, tanto dentro, quanto fora da Unimed-Beta.

“Nessas andanças minhas aí de auditorias, eu vejo muito médico recém-formado trabalhando em Programa de Saúde da Família (PSF), ganhando relativamente bem, mas só como pé de meia, esperando, aproveitando o tempo e estudando para tentar passar numa residência médica. Talvez depois que ele fizer essa residência, em termos financeiros, nem vai ganhar tanto quanto ganhava como médico do PSF. Mas é aquela questão cultural do médico que ainda persiste; que ele quer ser profissional respeitado com especialidade. Então, conhecendo essas coisas todas, a gente convivendo com os colegas, a gente tenta passar essa experiência esse conhecimento para que a gente possa lidar melhor com as questões que aparecem” (SP1).

No entender do diretor, o PSF tem sido utilizado pelas novas gerações de médicos como trabalho provisório, no qual ele pode fazer um *pé de meia* e ir trabalhando até conseguir passar na prova para se tornar um *médico especialista*<sup>26</sup>. São aspectos da profissão que, na visão do diretor, influenciam o comportamento das novas gerações. Entende-se a especialidade médica como uma questão própria da medicina e como um valor da profissão.

Sobre esse aspecto, Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2011) constataram que 44,9% dos médicos em atividade no país são generalistas; e concordam que “[...] num mercado que

<sup>26</sup> De acordo com Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2011, p. 55), médico especialista “[...] é aquele que possui título oficial em uma das 53 especialidades médicas reconhecidas no Brasil; [por sua vez, médico generalista] é todo aquele que não possui título formal de especialista”.

supervaloriza a especialização, incentivada também pelas deficiências da graduação, o generalista não é devidamente valorizado” (SCHEFFER, BIANCARELLI e CASSENOTE, 2011, p. 76). Apesar de os autores não chegarem a conclusões sobre a escassez ou o excesso de médicos por especialidade, eles afirmam que “[...] os generalistas podem ser um contingente regulador do sistema de saúde, tanto atuando na atenção primária - fundamental para o perfil epidemiológico do País e para as necessidades do sistema de saúde - como [...] se especializando para suprir carências localizadas” (SCHEFFER, BIANCARELLI e CASSENOTE, 2011, p. 76).

Em que pese essa perspectiva apontada pelos estudiosos, observou-se que as políticas de acesso do profissional médico na Unimed-Beta exigiam como requisito a comprovação de residência médica reconhecida pelo MEC ou o título de especialista por meio de concurso da respectiva sociedade de especialidade vinculada à Associação Médica Brasileira.

“A gente exige qualificação que é um dos requisitos básicos para entrar na Unimed. Às vezes tem algum colega que até questiona, ahh, mas porque que eu não posso... Não, porque a gente tem as normas que tem de ser obedecidas e a gente faz questão que isso seja cumprido, ou seja, para entrar na Unimed tem que ter título de especialista reconhecido pela sociedade brasileira de especialidades, ou residência reconhecida pelo MEC” (SP1).

Essa visão do diretor é fruto de sua trajetória biográfica, que reflete no seu posicionamento como profissional. Como médico graduado na década de 1970, o SP1 vivenciou a sistematização e valorização da especialização profissional no Brasil, e reproduz na Unimed-Beta. Ele entende que hoje o médico seja dependente da residência para sobressair no mercado de trabalho.

“Eu que já tenho mais tempo de formado, 1973. Nessa época começou a se valorizar residência médica. Antes o médico acompanhava um profissional gabaritado e fazia aquela especialidade. Mas já em 1974, 1975, começavam as residências ter esta força. Hoje, realmente as pessoas formam e ficam na dependência de fazer residência médica para conseguir sobressair no mercado” (SP1).

Tal questão profissional pode ser abordada por ângulos diversos, dentre os quais a reprodução de valores e práticas da profissão, que se traduzem também como poderes e forças dentro da própria categoria, vivenciadas em uma realidade de trabalho que apresenta suas peculiaridades no Brasil. Houve uma hierarquização nas especialidades, fruto de fatores conjunturais como avanços tecnológicos, perfil de morbi-mortalidade da população e um sistema de saúde fragmentado, o que pressupõe abordar a questão com precaução. O Brasil conta com um sistema de saúde público-privado

[...] fragmentado, que busca responder à saúde coletiva e ao mesmo tempo atender demandas espontâneas de pacientes e interesses particulares de prestadores e segmentos empresariais”. [Nestas circunstâncias] acentuou-se a pressão sobre os serviços médicos especializados [...] a remuneração dos especialistas é geralmente maior do que a dos generalistas o que explica, em parte, a corrida à especialização (SCHEFFER, BIANCARELLI e CASSENTE, 2011, p. 57).

No que tange ao cotidiano do trabalho do diretor executivo, observou-se, pelos relatos dos entrevistados, que há uma distinção entre o prescrito e o real, utilizando-se como parâmetro deste último o estatuto social da Unimed-Beta (UNIMED-BETA, 2010). Se nesse documento as atividades estão distribuídas entre as diferentes funções de direção, na prática, o dia a dia dos diretores acontece de forma diferente. Foi ressaltada a importância da disponibilidade, mesmo quando o diretor não está presente fisicamente na Cooperativa, havendo a necessidade de conciliar o trabalho na função com outras atividades, havendo também a opção de o cooperado gestor se concentrar na função específica e definir a rotina.

“Olha como nós somos quatro diretores dá para dividir bem as responsabilidades, mas é uma pessoa, um diretor, ele tem que conciliar a atividade dele como diretor, e ele é diretor 24 horas por dia, apesar de muitas vezes não ficar presente na instituição esse tempo todo, mas a qualquer hora você é acionado” (SP1).

“Então eu passo de manhã para adiantar algumas coisas, as coisas mais urgentes tipo pagamentos principalmente, [...] para liberar as coisas mais urgentes e fico de modo geral de 10:00h até mais ou menos 12:00h por aí. Volto à tarde, depois de 13:00h e fico, de modo geral, o quanto necessário, de modo geral mais umas duas três horas. À tarde, a gente, além de continuar esses sistemas de atualização de avaliação de compras, de pagamentos, a gente também acompanha o sistema via internet e tal, correspondências. Então, é uma jornada de trabalho assim de algumas horas que a gente tem que fazer para poder estar por dentro” (SP2).

Dentre as atividades desempenhadas pela diretoria executiva também estão algumas relacionadas com a confiança conquistada, e que se traduzem como reconhecimento, na visão deles próprios, bem como pela valorização do trabalho realizado. Tais sentimentos são compreendidos como decorrentes dos resultados alcançados pela direção executiva na gestão da cooperativa ao longo do tempo, frutos de reuniões, diálogo e planejamento conjunto. Dentre as atividades citadas, no relato seguinte do diretor emergiu a importância de haver nessa cooperativa uma pessoa que possa ir *puxando, assumindo e assinando embaixo*.

“É claro que, quando a gente consegue apontar o caminho e o caminho está dando certo, então eles [cooperados] vão acreditando e vão te dar mais valor, e vão te apoiando mais e vão acreditando sempre cada vez mais no que você está falando. Raramente as pessoas desaprovam o que você está falando, o que você está fazendo, porque eles já viram isso, os resultados estão surgindo, estão sempre acontecendo. É assim a gestão da cooperativa, o dia a dia, é de muita reunião, de muito diálogo, de planejamento conjunto. Mas tem que ter uma pessoa puxando e assumindo, e

assinando embaixo, resolvendo os principais problemas e assumindo os problemas que surgem; então, basicamente, na cooperativa é assim” (SP4).

Davis e Bialoskorski Neto (2010), em estudos sobre governança cooperativa, constataram que o modelo *líder carismático fundador* é o mais comum no Brasil em cooperativas agroindustriais de grãos, café e leite. Em suas pesquisas, os autores identificaram que essas organizações “[...] normalmente são administradas por um líder, geralmente participante da fundação da cooperativa, que permanece no poder por um longo período de tempo, apresentando problemas significativos no processo de delegação de poder e de sucessão (DAVIS e BIALOSKORSKI NETO, 2010, p. 8).

À luz desta perspectiva de análise, a realidade encontrada na Unimed-Beta se assemelha com a das cooperativas do Brasil citadas pelos autores. Estudar a identidade biográfica implica desvendar como os diretores da Unimed-Beta relatam sua história, utilizando-se para tal o que dizem de si próprios. O que se constatou no relato anterior do diretor foi o significativo sentimento de pertencimento / identificação como figura central na dimensão contextual de trabalho do cooperado gestor.

O diretor executivo também tem responsabilidades inerentes ao conselho de administração, do qual é membro, juntamente com mais cinco conselheiros vogais. É prevista uma reunião ordinária mensal (UNIMED-BETA, 2010), e o tempo de atuação dos diretores nesse espaço de atividade variou entre 12 e 24 anos.

Os diretores mostraram uma visão diferenciada de sua participação nessa instância da Unimed-Beta, cuja competência, “[...] nos limites da lei, [do] Estatuto Social e das deliberações da Assembleia Geral, é de planejamento, de gerenciamento, de controle e normativa” (UNIMED-BETA, 2010, p.11). Um deles relatou como é composto o conselho de administração, como as eleições têm acontecido, as rotinas de reuniões e destacou que o conselho funciona bem e o processo decisório nessa instância da Cooperativa se dá por votação.

“O conselho de administração é formado por nove pessoas, dos quais quatro fazem parte da diretoria. Eu faço parte da diretoria e a diretoria faz parte do conselho, ou seja, somos nós quatro mais cinco. Então, os cinco são votados nas eleições também, e sempre são colegas bem-vindos, sempre. Então nós reunimos uma vez por mês, conselho de administração e diretoria. Mas funciona bem, tranquilo, trazemos os problemas, resolvemos, sempre foi por uma votação, a maioria vence. Então é muito tranquilo” (SP3).

Nesse relato, o SP3 explicita a forma como as eleições vêm ocorrendo na Unimed-Beta e justifica a permanência do grupo na função por vários mandatos. Como o estatuto social

define que a cooperativa “[...] será administrada por um Conselho de Administração composto de 09 (nove) associados, com mandato de 04 (quatro) anos, sendo obrigatória a renovação de, no mínimo, 1/3 (um terço) de seus membros” (UNIMED-BETA, 2010, p. 10), a renovação tem acontecido somente entre os vogais, praticamente desde a fundação da Unimed-Beta.

Apesar da permanência dos diretores por, no mínimo, 12 anos no conselho de administração da Unimed-Beta, os relatos deles mostraram mais atenção com as responsabilidades do cargo de direção. Entretanto, avaliaram a participação no conselho como positiva e levantaram questões tratadas nas reuniões, dentre elas aspectos do processo decisório sobre as relações entre os médicos da Unimed-Beta, prestadores e usuários.

“Eu vejo essa minha participação como positiva, porque eu sempre levo essas discussões quando envolve muitas reclamações de profissionais ou reclamações de usuários contra profissionais, contra hospitais, contra clínicas e tudo. Então, isso aí, a minha função mais básica é essa, é uma das funções que eu tenho. Então eu sempre levo ao conselho de administração as argumentações, ouço, e a gente decide em conjunto qual a melhor forma de conduzir, de levar. Então eu acho que é um relacionamento muito bom, não tenho tido muitos problemas não” (SP1).

Um relato sobre a participação dos diretores executivos no conselho de administração possibilitou conhecer um pouco mais sobre diferenças que marcam suas trajetórias identitárias e a configuração de suas identidades nesse contexto. O diretor elucidou a posição central que ocupa na condução da Cooperativa. Ele manifestou sentir-se tranquilo nessa posição, compreendido e apoiado pelos pares, agindo de forma democrática, e atuando em um conselho em que ele considera opinar, discutir, compartilhar e trabalhar com respeito e liberdade.

“Minha participação no conselho de administração sempre foi tranquila. Eu puxo muito as ideias, as pautas, discussões. O conselho de administração também opina muito. Minha participação é de, vou falar assim, é de colocar ideias para serem avaliadas, ideias que eu acho necessárias para a gente continuar a nossa trajetória, a nossa viagem, nosso objetivo, chegar. O pessoal, eu acho que acostumou a entender a nossa forma de ver as coisas, de forma que hoje existe assim muito compartilhamento, existe muito respeito, existe muita liberdade, discussão, sabe. Eu acho bastante democrática, eu acho” (SP4).

O cotidiano do trabalho como diretor executivo é mesclado com outras atividades consideradas importantes pelos entrevistados e que são desenvolvidas em espaços significativos de identificação. As atividades profissionais, somadas aquelas desenvolvidas como médico na assistência e na gestão da Unimed-Beta, bem como a responsabilidade com a família, foram destacadas como elementos da *vida corrida* desses diretores. Apesar disso, o diretor preocupou-se com a definição das atividades, rotinas, horários, bem como com a

contratação de uma boa assessoria, que foram citados como variáveis facilitadoras do trabalho na direção da Unimed-Beta.

“Não somos só diretor executivo aqui, nós temos nossa vida profissional também. Então, por isso que é uma vida corrida. Além disso, tem família, tem que olhar. Então é corrido, porém, nós dedicamos, nós padronizamos, nós temos rotinas. Então nós viemos nos horários certos, temos uma assessoria boa, preocupamos com isso” (SP3).

É interessante notar que o trabalho do médico dentro e fora da cooperativa médica, possibilita a configuração de sua identidade de acordo com SP1. Se, como médico atuando diretamente com o paciente, ele pode ser considerado até *muito egoísta*, como gestor ele é impulsionado a desenvolver estratégias para a garantia do trabalho, superando potenciais ameaças, diga-se, rupturas, provocadas pela concorrência.

“Ser diretor da Unimed é realmente enfrentar um desafio particularmente na minha área pela experiência que eu tive de assumir o hospital [nome do hospital], de conviver com médicos, de sentir a reação do médico que tradicionalmente, ele é, eu vou usar uma palavra assim um pouco, é muito egoísta. Ele dentro do seu consultório com os seus pacientes, ele se sente entre aspas como se fosse *o dono do paciente*. É então assim participar de uma sociedade criada para levantar um hospital, a gente dependia de um hospital, porque a gente precisava trabalhar” (SP1).

A afirmação de que dentro do consultório o médico se sente *dono do paciente* está relacionada à autonomia profissional, apontada por Freidson (2009), ou seja, a capacidade de uma profissão se autorregular. Trata-se de uma característica determinante do poder de uma profissão, no caso a medicina, amplamente reconhecido historicamente. Há que se ressaltar que na dimensão contextual da saúde suplementar no Brasil, as organizações médicas vêm se manifestando contra as operadoras de saúde por reconhecerem sua interferência nessa autonomia.

Um movimento de paralisação de atividades dos médicos, em 2012, reiterou a posição da categoria em defesa da autonomia profissional. Entidades representativas da classe organizaram, mais uma vez, manifestação contra os controles interpretados como imposição das operadoras de planos de saúde.

Um dos objetivos da suspensão [das atividades médicas eletivas] é protestar contra a forma desrespeitosa com que os médicos e os pacientes estão sendo tratados por várias empresas de planos de saúde. Muitos planos de saúde interferem diretamente no trabalho do profissional, criam obstáculos para a solicitação de exames e internações (AMMG, 2012<sup>27</sup>).

---

<sup>27</sup> Disponível em: <<http://www.ammg.org.br/detalhe.php?codArt=2243#.UGUV5T9mqtY.mailto>>. Acesso em: 26 set. 2012.

Tal articulação pode ser interpretada também como forma de se preservar a identidade profissional da categoria médica formada historicamente, tendo em vista que as identidades profissionais não são adquiridas, mas construídas e reconstruídas ao longo da vida, no próprio percurso profissional segundo Dubar (2001). Como a identidade é constituída na trajetória do indivíduo e concordando que o percurso incorpora espaços de identificação além do espaço profissional, indivíduos que assumem as mesmas atividades de trabalho podem estruturar diferentes identidades profissionais.

Em outros termos, o grupo de cooperados gestores da Unimed-Beta é composto por profissionais *seniores*, cujas alternativas de atuação na profissão se modificaram ao longo do tempo e, portanto, as experiências são particulares em alguns aspectos. A possibilidade de atuar em atividades variadas no início da carreira como, por exemplo, realizando plantões hospitalares e trabalhando em setores como Centro de Tratamento Intensivo (CTI), para um profissional *sênior*, com a clientela formada, surgem opções como a de transferir essas atividades para colegas mais novos.

“Eu fiquei bem uns 15 anos trabalhando no CTI, e dando plantão de clínica médica no hospital. Então, fui fazendo essa minha clientela; aí depois, à medida que o tempo passa, vão aparecendo novos colegas, então a gente vai deixando. Atualmente, eu não dou mais plantão” (SP1).

Com a maturidade profissional, o médico pode selecionar atividades que prefere desempenhar e deixar de realizar aquelas que são desgastantes física e emocionalmente como é o caso de plantões de clínica médica em hospitais e o trabalho em CTI. Por sua vez, os mais jovens, no início da carreira, se dispõem a assumir essas atividades.

Tendo em vista as diferentes possibilidades de construção identitária no percurso, observou-se que a atuação como gestor da cooperativa de trabalho médico pode ocupar lugar especial na vida daqueles que permanecem por longos períodos na função. Ao falarem sobre como é ser médico e ser diretor executivo da Unimed-Beta, alguns relatos possibilitaram perceber o valor que é dado por eles à medicina como vocação e como atividade principal; trata-se de uma profissão prazerosa e bonita, rentável e reconhecida, que oferece oportunidade de ajudar às pessoas.

“Ser médico eu acho que é a vocação mesmo, que eu acho a principal, porque você vai ser médico enquanto você estiver na ativa” (SP1).

“O médico é uma profissão, além de bonita... e médico é uma profissão muito prazerosa, bonita, te rende bem financeiramente, te dá um prazer muito bom você

está ajudando as pessoas; é uma profissão remunerada, reconhecida. Então, é uma profissão ainda digna, boa, e gostosa de estudar e de poder ajudar as pessoas” (SP3).

Nesses relatos, os diretores reiteram o significado da profissão médica como fundamental para sua construção identitária. Os atos de pertencimento manifestos possibilitam identificar fatores propulsores do movimento realizado entre a identidade herdada e a identidade visada, relacionados à motivação e a características de personalidade desses indivíduos, tais como a busca por satisfação pessoal e a possibilidade de bom retorno financeiro, o que, em conjunto, visa o reconhecimento social. Como afirma Dubar (2005), a identidade profissional é parte da construção pessoal de uma trajetória, na qual está presente a capacidade de o indivíduo realizar seus desejos.

Trata-se, portanto, de um espaço no qual o indivíduo vivencia o “[...] confronto dos desejos de reconhecimento num contexto de acesso desigual, movediço e complexo” (DUBAR, 1997, p. 115). Não se trata apenas da escolha de uma profissão, mas da “[...] construção pessoal de uma estratégia identitária que mobilize a imagem de si, a avaliação de suas capacidades e a realização de seus desejos” (DUBAR, 1997, p. 150).

Ao se posicionar como diretores executivos da Unimed-Beta, os entrevistados expressaram sentimentos de pertença de forma menos enfática. As atividades na gestão foram mencionadas como boas e interessantes para quem tem a oportunidade e o dom. Contudo, o sentimento de pertença é transitório.

“O ser diretor, no caso de Unimed, é passageiro. É uma experiência interessante, boa; quem tem essa oportunidade, quem tem o dom, eu acho que é muito interessante, mas é passageiro” (SP1).

A dimensão contextual cooperado gestor foi relatada também como sendo tranquila, mas, em muitos momentos, muito complexa, gerando condições de trabalho que extrapolam o ambiente Unimed-Beta e, até mesmo, interferem na vida pessoal. De acordo com o SP4, trata-se de uma experiência ambígua que pode levar o indivíduo a ficar bitolado<sup>28</sup>, mas ao mesmo tempo, traz recompensas.

“Ser gestor de um plano de saúde é muito complexo, e isso, às vezes, incomoda mais, toma mais conta da vida pessoal da gente. A gente é mais bitolado. Mas ao mesmo tempo, no final a gente vê a recompensa de um trabalho que esta sendo realizado. Acho que é muito compensador profissionalmente como gestor. Eu acho que estou muito satisfeito com isso, nas duas áreas, médica e aqui na direção também. Estou bem satisfeito, estou motivado, me sinto assim recompensado.

<sup>28</sup> Bitolado é aquele “[...] que tem visão ou compreensão muito limitada” (DICIONÁRIO, 2004).

Realizado, eu não falo realizado porque a gente ainda tem planos de fazer mais coisas, a gente nunca pode falar que está realizado” (SP4).

Ao falar que está bem satisfeito, motivado e recompensado como gestor de uma operadora de saúde, o diretor mostra que sua identidade está sendo construída e reforçada no decorrer de uma experiência que lhe possibilitou diversificação da atividade profissional, conforme sinalizado na perspectiva de análise da identidade biográfica (DUBAR, 2005). No processo de socialização na vida adulta, a ocupação é destacada por Strauss (1999) como elemento fundamental para compreender a construção identitária.

Desse lugar vivenciado no presente, resultado de uma trajetória, o SP4 menciona suas expectativas, o que remete à configuração identitária na confrontação com incertezas cuja projeção de si no futuro é explicitada (DUBAR, 2005).

### *5.3.2.3. Expectativas relacionadas ao trabalho dos cooperados diretores executivos da Unimed-Beta*

Os médicos que assumiram a função de gestão na Unimed-Beta em sua formação de base, a medicina, não foram preparados para as atividades demandadas (BRASIL, 2001; STELLA *et al.*, 2009). Por sua vez, nenhum planejamento prévio foi realizado para que exercessem as atribuições dos cargos de direção que passaram a assumir na cooperativa médica. Sendo assim, a construção de uma identidade profissional na função de gestão está sendo configurada na vivência proporcionada pelas diferentes dimensões contextuais de trabalho presentes em suas trajetórias biográficas.

Os médicos cooperados enfrentaram desafios e se depararam com possibilidades, quando iniciaram a trajetória na direção da Unimed-Beta. Os elementos constituintes de sua identidade, pautados na formação e na atividade como médicos, possibilitaram o desenvolvimento de estratégias de ação face ao futuro.

Em que pese a experiência em dimensões contextuais comuns, o percurso desses médicos, na visão deles próprios, foi singular. Sendo assim, recuperam-se simultaneamente, os relatos sobre aspectos do início da trajetória e aqueles relacionados com expectativas futuras. Retomando Dubar (2005) e Demazière e Dubar (2006), a finalidade é articular de onde os médicos partiram (identidade herdada) e onde vislumbram chegar (identidades visadas), considerando a trajetória.

Inicialmente, abordam-se motivações dos médicos cooperados para assumirem a direção na Unimed-Beta, na visão deles próprios. O desconhecimento das responsabilidades e das dimensões e complexidade da função que aceitaram assumir foi um ponto ressaltado.

“Um ano após eu estar trabalhando em [nome da cidade], tive a oportunidade de participar da direção da Unimed, na qual eu já participava desde a fundação como sócio cooperado; fui convidado assim, até por acaso, para cobrir uma gestão e fui eleito interinamente cumprir esse final de gestão. Os resultados foram aparecendo e, praticamente, eu fui conduzido profissionalmente. Não tive um planejamento correto para ser [diretor]. Então, fui conduzido a ser diretor da Unimed” (SP4).

“Primeiro foi até uma brincadeira, começamos tinha vinte e poucos cooperados só, pouca responsabilidade. Nem sabia da responsabilidade que deveria ter, igual nós temos hoje. Eu nem tinha noção de que seria. Ele, o [nome do presidente], me convidou no início, tinha vinte cooperados mais ou menos, eu nem sabia direito o que era. ‘Ah vem cá’, ele falou assim, ‘estou precisando de uma ajuda sua’. Então, vamos, vamos lá. Então era muito tranquilo. Então eu vim. Os primeiros anos nem sabia o que era direito, e aí fui aprendendo” (SP3).

“Não era um ideal que eu tinha proposto para mim. Então, eu assumi, tomei essa decisão, e comecei a conviver mais com médicos ver essas dificuldades, essas características próprias que a gente começa a observar. E isso me motivou a participar da Unimed como um local em que a gente tem esse contato com o médico e tentar fazer com que realmente o médico se sinta dono da cooperativa Unimed. Então eu acho mais como um desafio” (SP1).

No que concerne às motivações, Bergamini (2006, p. 162) acredita que “[...] um objetivo atingido, isto é, uma necessidade atendida, origina outros objetivos que, por sua vez, vão perpetuar o ciclo motivacional”. Pode-se, assim, compreender porque, mesmo enfrentando dificuldades e não tendo clareza inicial das atribuições do cargo, os diretores se mantêm na função por longo período de tempo.

Cabe ressaltar que Dal Magro e Coutinho (2008), estudando empreendimentos cooperativos, identificaram que o processo autogestivo implica reconhecer o outro “[...] como alguém que partilha de um projeto comum, é igual e possuidor das mesmas capacidades, condições e direitos; mas para que o sujeito reconheça no outro essas características, é necessário que consiga reconhecê-las, também, em si próprio (DAL MAGRO e COUTINHO, 2008, p. 708).

As transformações nas dimensões contextuais do trabalho, experimentadas por eles ao longo da trajetória biográfica, possibilitaram o surgimento de diferentes anseios quanto ao futuro profissional. Assim, explicitaram o desejo de continuar atuando na medicina, mas, também inseriram a preocupação em preparar-se para a aposentadoria.

“No futuro eu me vejo como já estou me preparando, me adaptando para minha aposentadoria. Eu acho que a gente tem um tempo útil. Eu tenho reduzido minhas

atividades profissionais como médico no meu consultório. Na Unimed eu acredito que, talvez, no máximo mais um mandato, não tenho maiores pretensões. Eu acho que já fiz aquilo que eu podia fazer, e tudo tem a hora. Então, tem que preparar mesmo para aposentar. Eu acho que já passou a época de matar um leão por dia. Família criada, os filhos encaminhados. Não sou muito ligado na questão financeira. Então, isso me dá uma tranquilidade para pensar em reduzir minhas atividades e viver uma vidinha tranquila, pajear neto” (SP1).

No entender de Erikson (1987, p. 211), a “[...] identidade nunca é criada como uma conquista, como algo estático ou imutável, mas é como um senso de realidade do Eu sempre a ser revisitado dentro da realidade social”. Nessa ótica, a aposentadoria representa um aspecto da realidade objetiva que tende a renovar as preocupações da identidade, caso dos diretores, tendo em vista a idade cronológica.

Contudo, eles também projetaram expectativas de continuarem por mais tempo como gestores da Unimed-Beta, mesclando a certeza de manter a função pela confiança no reconhecimento pelo trabalho. Tal reconhecimento decorre do crescimento e sucesso da Cooperativa, culminando com a reeleição do grupo em 2012.

“Me vejo aqui mesmo. A gente tem ainda algum tempo pela frente, e continuo em atividade, tanto fora da Unimed, como em outros hospitais e tudo. E vejo que provavelmente vou continuar assim, evidentemente, se a saúde permitir, os percalços da vida permitirem, devo continuar na Unimed. Tem eleição no ano que vem também; é uma incógnita, a gente não sabe, mas como a gente está bem, como estamos bem, a empresa está bem, está crescendo, talvez não tenha nenhum problema a gente continuar aqui. E fora daqui ainda pretendo continuar mais um algum tempo” (SP2).

Pode-se dizer que essa seria uma visão de curto prazo no que diz respeito à carreira profissional, tendo em vista que as entrevistas foram realizadas em período inferior a 12 meses antes da eleição mencionada pelo diretor. Ele demonstrou em seu relato buscar manter a continuidade de uma identidade profissional, reforçando um sentimento de pertencimento a essa “[...] coletividade estruturada em torno do processo [...] de sua gestão técnica e social” (DUBAR, 1997, p. 292).

Uma perspectiva de médio prazo também foi identificada, conciliando-se o trabalho na Unimed-Beta com a atividade fora dela. Entretanto, a esse respeito, o Diretor disse pretender mudar sua forma de atuação, saindo da parte operacional (anestesia) para a administração da atividade assistencial, que ficaria a cargo de um filho. Isto denota a continuidade da identidade profissional construída.

“Nós não somos eternos aqui não. Eu não sei até quando nós vamos ficar nessa Unimed aqui. Mas, no futuro, eu como médico, já tenho 61 anos de idade, já estou começando a descansar um pouco. Meu filho é anestesista, vou redistribuir, vou ficando mais na administração” (SP3).

Em uma perspectiva de longo prazo, os diretores mencionaram que a experiência na função de direção possibilitou uma projeção de si no futuro que vai além da atuação na medicina no âmbito da assistência. Ao agregar saberes e contando com o amadurecimento, relataram vislumbrar também outras formas de atuação por meio de consultorias, de divulgação da experiência em atividade docente ou, ainda, de participação em outros espaços da dimensão contextual saúde complementar como especialista.

“A gente vai amadurecendo. As opiniões da gente são melhores, são mais bem avaliadas, entendeu? O hospital me considera muito. Todos os dias o dono do hospital me liga. Somos proprietários do hospital, mas de uma pequena parte. O maior dono me liga todo dia pedindo conselho, me dando uns conselhos, e a gente vai ficando mais respeitado com o tempo” (SP3).

“No futuro eu me vejo trabalhando ainda na área médica sempre, um pouco menos na área médica, continuar trabalhando sempre, nunca eu achei que eu fosse largar a medicina. Também me vejo assim no meu meio ambiente mesmo escrevendo alguma coisa; dar aula na minha área de ultrassom, já pensei também. Me vejo mais assim... Eu já tive até uma tendência política, em ser político. Mas depois, ao longo desse trabalho meu, eu achei que esse trabalho meu talvez tenha mais alcance social, do que alguma atividade política que eu fosse me enveredar. Posso ter atuação de política social, ajudar; penso talvez eu aproveite para alguma coisa, essa política social de saúde, saúde complementar mesmo, porque acabou que eu, sem querer, me tornei um especialista em saúde complementar. Então, eu posso talvez ajudar, posso assessorar alguma coisa nesse sentido” (SP4).

Alguns aspectos merecem ser analisados nos relatos do SP3 e SP4. No primeiro, o diretor informou ter participação minoritária em cotas de prestadores de serviços do sistema, especificamente, um hospital. É mais uma atividade que, juntamente com a cooperativa operadora de saúde Unimed, caracteriza-se como empreendimento privado da área da saúde e, portanto, diz respeito a sua configuração identitária. Trata-se de uma forma de socialização antecipatória, na concepção de Merton (1957, p. 227), que é o “[...] processo pelo qual um indivíduo aprende e interioriza os valores de um grupo (de referência) ao qual deseja pertencer. Esta socialização ajuda-o a impor-se no grupo”.

No segundo depoimento, o diretor mencionou seus sonhos, que contemplam de forma clara resultados da experiência vivida na função. Apesar de a medicina ser a profissão que sempre será exercida, como ele afirmou, a função de gestão na cooperativa e operadora de saúde Unimed foi um espaço significativo na configuração de sua identidade. Essa identidade reconfigurada é o que possibilitou ao SP4 vislumbrar uma atuação futura em política social, pois, mesmo sem planejar, ele se tornou um especialista em saúde complementar.

No processo identitário biográfico dos diretores executivos da Unimed-Beta, a formação profissional e o trabalho assumiram lugar de destaque, por serem, conforme destaca

Dubar (2005), áreas primordiais de identificações sociais dos indivíduos. Sendo um processo essencialmente subjetivo, pôde-se conhecê-lo por meio da assimilação do conteúdo da trajetória de vida desses diretores e da maneira como eles fizeram o relato de sua experiência, caminhando da identidade herdada para a identidade visada.

A análise das identidades nessa trajetória pressupõe que se conheça também aspectos relacionados com os processos de reconhecimento social dos quais os os diretores são alvo. Sendo assim, elucidou-se a visão deles sobre as relações com os *outros significativos* (pessoas e estruturas).

#### 5.3.2.4 A identidade relacional para si na visão dos diretores executivos

A identidade biográfica de um indivíduo é alicerçada a partir da avaliação e da autodefinição que ele tem sobre si mesmo, isto é, como ele se vê e também como acredita ser visto pelos demais (DUBAR, 2005). A esse respeito, identificou-se junto aos diretores executivos da Unimed-Beta, sua visão a respeito do relacionamento com os membros da equipe de trabalho da Cooperativa.

Quanto ao relacionamento com membros dos conselhos, os entrevistados manifestaram-se afirmando ser tranquilo, respeitoso, bom, com todos eles. Foram unânimes em ressaltar a qualidade desses relacionamentos, pautados em um convivência pacífica, harmoniosa, democrática e cooperativista.

“É uma relação muito boa, é tranquila, a gente está sempre fazendo as reuniões e a gente ouve muito, e sente que é ouvido também, toma decisão em conjunto, acho muito democrático, muito cooperativista, muito tranquilo para relacionar” (SP1).

“Uma relação muito boa. Sempre procurei ter uma relação boa porque eu acho que a gente aqui na Unimed [nome da cidade] tem essa característica de não ter muita rixa política, sabe. A ligação com os conselhos todos é muito harmoniosa, respeitosa, a gente não menos preza, a gente respeita, é respeitado também, então à convivência é muito harmoniosa com os conselhos” (SP4).

Da mesma forma, os diretores falaram sobre o relacionamento com os demais membros da equipe de trabalho da Unimed-Beta. Em sua visão, as relações também são boas, de confiança e de respeito, o que possibilita delegar; eles destacaram que o ambiente da Cooperativa é salutar, sendo, portanto, confortável para se trabalhar.

“Com os que eu convivo eu considero, assim, que é um bom relacionamento, de respeito, de confiança, que eu acho que isso é importante, e de delegar, você confia,

“você delega; depois para frente se por ventura tiver alguma coisa, você toma as decisões, mas o relacionamento é bom” (SP1).

“Muito tranquilo, muito bom, muito salutar. Essa é uma das coisas boas da Unimed. Eu trabalho em um ambiente salutar, um ambiente que tem muito respeito, todo mundo se respeita muito. Então isso é muito bom, é um ambiente que você se sente confortável” (SP3).

Entretanto, ao falarem sobre o grupo em que têm mais facilidade para se relacionar, os diretores citaram o conselho de administração, explicando que, dentre outras razões, por conviverem mais, se reunirem mais. Também foi mencionado que esse é o grupo com quem a direção mais conta, sendo destacado que os demais conselhos (técnico ético e fiscal) são autônomos, razão pela qual ficam dissociados da função da direção.

“O que eu mais tenho facilidade seria com o conselho administrativo do qual eu faço parte e com a diretoria, é lógico. No conselho administrativo também tenho amigos particulares, é bem tranquilo. Apesar de que os outros são também com tranquilidade. Mas nós somos mais íntimos, porque nós nos reunimos mais” (SP3).

“O conselho de administração praticamente ele está no dia a dia nosso. Então, o conselho de administração sempre foi talvez o meu apoio principal. Os outros, eles são assim independentes, sempre foram independentes. Então, fica um pouco mais dissociado do meu trabalho especificamente. Então, são mais independentes. A gente discute, mas existe até, às vezes, até por ter essa autonomia, essa independência, ficam um pouco mais dissociados da minha função. Então, tenho mais abertura, mais convívio, mais simpatia, mais apoio e mais convívio com o conselho de administração” (SP4).

Ao se referirem às dificuldades nos relacionamentos com grupos da Unimed-Beta, os diretores tenderam a afirmar que não há problemas com nenhum dos grupos no trabalho. Entretanto, foram observadas ambiguidade ao mencionarem outros conselhos, particularmente, o conselho fiscal, ficando evidente a existência de discordâncias e conflitos, os quais são resolvidos de forma democrática, na visão deles próprios.

“Dificuldades seriam mais por falta de convivência mesmo, por falta de convivência, mas quando você precisa relacionar, conviver, eu acho que não é muito conflituoso não” (SP1).

“Eu nunca senti dificuldade nos outros grupos, sabe. Acho que eles têm o papel a cumprirem. Eu acho que é importante a colocação deles, mesmo que em alguns momentos eles se posicionem de forma que a gente acha incorreta. Mas isso também é democrático. A gente tem de estar lá argumentando, e as melhores argumentações é que devem vencer. Nunca tive dificuldade com o conselho fiscal. eles fizeram, às vezes, até ajudaram bastante em alguns momentos. Muitas vezes eles erraram, eles mesmos reconhecem e retornam a argumentação, as provas” (SP4).

Tendo em vista que a “[...] competência do conselho fiscal é de fiscalização de todas as atividades da Cooperativa [e que esse deve ser] composto por 3 (três) membros efetivos e 3

(três) suplentes, com mandato de 1 (um) ano, [...] sendo permitida a reeleição de apenas 02 (dois) dos seus membros, considerados em conjunto os efetivos e os suplentes” (UNIMED-BETA, 2010, p. 20), é previsível que haja conflitos em suas relações com a direção executiva. Assim, a despeito de terem mencionado a existência de conflitos, os mesmos não se caracterizam como entraves e fazem parte do cotidiano.

Na visão de um diretor, a qualidade dos relacionamentos com os conselhos é decorrente de características da Unimed-Beta. Ela é considerada como uma organização aberta, transparente, em que não há muita *politicagem*; os cargos de direção sempre foram ocupados por pessoas idôneas, que se preocuparam em levar a cooperativa para frente e promover bons resultados. Também foi mencionado que, em muitos momentos, a atuação e os questionamentos de outros grupos contribuem com a Cooperativa.

“A Unimed aqui é uma Unimed muito aberta. Todas as cartas estão em cima da mesa. Essa característica, aqui não há muita politicagem, os diretores, meu colegas da diretoria sempre tiveram comigo pessoas muito idôneas. Nunca teve pessoa enrolada vamos falar assim, com outras intenções, a não ser mesmo levar isso para frente, esses trabalhos e promover bons resultados. Então isso facilitou muito. Isso facilita muito. E assim também imagino que os conselhos todos que passaram, com esse espírito, raramente houve pessoas que participaram do conselho para defender o lado pessoal. Então, em decorrência disso raramente ocorreram atritos, raramente ocorreram dificuldades. Eu acho que eles têm esse papel também, isso é importante deles terem atuação e questionamento que isso contribui, em muitos momentos, contribui mesmo, realmente contribui com a cooperativa” (SP4).

Tendo em vista a visão positiva dos relacionamentos que mantêm com seus pares e colegas de trabalho, compreende-se que sua construção identitária dos diretores está sobre a égide de relações no trabalho de qualidade. Sobre esse aspecto, Dubar (2005, p. 141) considera essencial “[...] fazer da qualidade das relações com o outro um critério e um elemento importante da dinâmica das identidades”.

A respeito da imagem que o diretor executivo acredita que as pessoas tenham sobre ele, os mesmos relataram que conquistaram a confiança e a credibilidade porque estão realizando um bom trabalho e alcançando resultados; entendem que, por estarem no caminho certo, são seguidos pelos demais em um processo considerado como democrático, pois há liberdade para que os outros questionem e façam sugestões.

“Eu acho que as pessoas confiam em mim, principalmente pelo fato de eu, minha área é a financeira, eu já sou bem conhecido na cidade. Eu acho que tenho um lugar, um nome.. Então, eu acho que as pessoas confiam em mim por causa do cargo, da responsabilidade, da minha pessoa. Eu sou tranquilo, eu acho que eles me consideram bem, confiam em mim” (SP2).

“Eu penso que as pessoas acreditam no que a gente está fazendo, porque já tem um resultado do que a gente fez. Então eu acredito que eles acham que a gente está no

caminho certo, e que eles seguem. Acreditam também que o processo é democrático, que eles têm liberdade de dar sugestão, questionar. Então, quanto a minha pessoa, eu acho que eles veem como uma pessoa que ainda tem capacidade de fazer alguma coisa e de dar resultado” (SP4).

A visão positiva do outro foi reiterada por um dos diretores como resultado do trabalho realizado na direção e apresentada de forma simbólica. O entrevistado entende ser visto pelos demais como *técnico de futebol*; alguém responsável por conseguir resultados positivos e que ocupará a função de direção somente enquanto a Unimed-Beta estiver dando lucro, ou seja, agradando os cooperados, a *torcida*.

“O que pode acontecer com a nossa chapa inteira é quererem mudar a própria diretoria. Para isso, basta ter prejuízo. No dia que tiver prejuízo, é igual técnico de futebol; enquanto está ganhando está beleza; perdeu duas, três partidas querem pegar o técnico. Às vezes, coloca-se um técnico até pior, igual está o Cruzeiro, o Cruzeiro agora tirou um técnico dele razoavelmente bom, pondo outro lá. Vai ter de mudar, porque tem de dar satisfação para a torcida. Então, nós temos que dar satisfação para nossos médicos, que seria nossa torcida, e tem dar o lucro. Agora, deu prejuízo pode ter certeza que eles querem mudar a diretoria” (SP3).

A configuração de identidade profissional do médico cooperado como diretor executivo da Unimed-Beta depende, portanto, da transação subjetiva entre identidade herdada e identidade visada, que apresenta como alternativas a continuidade (ou ruptura) e da transação objetiva entre identidade incorporada e identidade atribuída pelos outros significativos, como preconiza Dubar (2005). É importante lembrar que o equilíbrio nesse processo dual dependerá dos resultados que o grupo alcançar à frente da cooperativa, com vistas a atender aos anseios da categoria médica. Na cooperativa de trabalho, legitima-se a organização da profissão médica, e caracteriza-se um espaço de construção identitária.

Para complementar a *identidade relacional para si* dos diretores executivos da Unimed-Beta, buscou-se a compreender como ele diz perceber o reconhecimento por parte dos outros significativos (pessoas e estrutura). Trata-se de elucidar as formas de recompensas do contexto do trabalho, cooperado diretor executivo, que ele incorporou na trajetória, na visão deles próprios.

Os diretores se sentem recompensados pelo fato de a empresa estar crescendo, as pessoas que lá trabalham estarem satisfeitas, os médicos que chegam à cidade desejarem se associar à Unimed e com a participação de filhos, como médicos cooperados. Essas formas de recompensa trazem satisfação pessoal e orgulho, mesmo com a remuneração não sendo vantajosa, na visão da direção.

“Em termos de empresa, de gestor é você sentir que a empresa está crescendo, que as pessoas que estão trabalhando com você estão satisfeitas, que os médicos que chegam na cidade, todos que chegam, estão doidos para entrar para a Unimed, então isso é muito, muito bom” (SP1).

“Então, esse crescimento... então, a gente está crescendo, está faturando, e, cada dia tem mais funcionários, empregos para funcionários, e novos cooperados entrando para Unimed, novos credenciamentos. E tudo então isso dá uma satisfação pessoal para gente, tanto o trabalho que a gente está fazendo, que a cooperativa está fazendo. Não só sou eu, a equipe né. Então isso evidentemente traz uma satisfação pessoal pra gente. Não é só o financeiro, não é o financeiro, também é o conjunto de coisas” (SP2).

“Agora é prazeroso. Você saber que está ali. Hoje eu tenho um filho médico; o filho médico é cooperado também. Eu fico orgulhoso de saber que ele está na minha empresa, na nossa empresa, que a Unimed é nossa, né” (SP3).

Os entrevistados entendem que a cooperativa de trabalho médico Unimed não recompensa o diretor executivo financeiramente dentro dos parâmetros do mercado. Na visão deles, o salário que recebem não condiz com a responsabilidade exigida por uma organização do porte da Unimed-Beta no que concerne ao faturamento. Entretanto, apesar de essa realidade ser comum nas Unimed's, segundo seus relatos, eles ponderaram que, na Cooperativa deve ser assim mesmo. Acrescentaram que um diretor executivo conseguiria viver bem com o salário que recebe na Unimed-Beta, mas não teria condições de fazer uma poupança.

“O salário que eu tenho, se eu contar numa empresa fora o meu salário eles vão rir. O tempo que eu dedico. Eu só ganho cinco mil reais aqui para ser um diretor há dezoito anos. Quer dizer, qualquer empresa com um faturamento desse, acredito eu que o salário seja de uns trinta mil reais. O meu salário é cinco, do [nome do presidente] é dez mil, aproximadamente isso. A recompensa financeira é pouca” (SP3).

“A Cooperativa não remunera muito não, sabe. E assim que tem que ser, eu acredito. As cooperativas elas não remuneram um gestor como um executivo da empresa. Isso é normal. A gente mesmo acha que deve ser assim também. Então, financeiramente não tem muita recompensa não. Dá para a gente viver bem; mas você não consegue fazer uma poupança, pelo que a gente tem visto aí pelas Unimeds. Tudo bem. Mas você vive bem” (SP4).

As teorias motivacionais já constataram que a motivação para o trabalho contempla razões diversas que vão além de um retorno financeiro. O reconhecimento do indivíduo como personalidade única tem sido importante elemento para compreender o compromisso com o trabalho. A autorrealização, por exemplo, é um propulsor da ação, isto é, ela “[...] cria no indivíduo energia ou capacidade de luta, no sentido de realizá-la. [...] Ao atingir o objetivo inicialmente proposto [...] outros objetivos vão aparecer, pelo próprio fato de se ter atingido ou vencido determinada etapa da realização almejada” (BERGAMINI, 2006, p. 162).

A função de diretor executivo de uma cooperativa de trabalho médico pode levar ao reconhecimento por parte de *outros significativos* que estão além da organização, como colegas, hospitais, outros planos de saúde, outras Unimeds, a sociedade. Com a experiência de vida e a formação adquirida na trajetória, tornou-se possível para o diretor ajudar esses públicos e sentir-se recompensado.

“Agora principalmente como uma experiência de vida, formação, você começa..., isso é útil para ajudar a fazer outras coisas. Você começa a pensar socialmente, você pode até ajudar, em muitos momentos, com opiniões, colegas, hospitais, outros planos, outras Unimeds, você pode ajudar, a sociedade. Não importa quem vai ganhar com isso, se é outro plano, se é outra Unimed, se é hospital. O importante é que a sociedade ganha, e a sociedade tenha depois o domínio disso, saiba resolver. A gente ajuda a resolver algumas coisas, eu acho que isso é muito importante para a sociedade” (SP4).

Dubar (2005, p. 151) afirma que para realizar “[...] a construção biográfica de uma identidade profissional e, portanto, social, os indivíduos devem entrar em relações de trabalho, participar de alguma forma das atividades coletivas em organizações”. Ele ressalta que no centro do processo relacional, se localiza a transação objetiva, considerada estruturante na construção da identidade virtual.

### 5.3.3 Identidade social virtual - *identidade para o outro*

A identidade - *para o outro* - se realiza em espaços de identificação prioritários dos indivíduos, isto é, espaços onde eles buscam ser reconhecidos e valorizados. Diz respeito à atribuição da identidade pelas instituições e pelos agentes em interação direta com ele. Deve ser analisada dentro dos sistemas de atividade nos quais o indivíduo está inserido e “[...] resulta de relações de força entre todos os atores implicados e da legitimidade - sempre contingente - das categorias utilizadas” (DUBAR, 1997, p.106).

Nessa perspectiva, há uma multiplicidade de espaços e parceiros, sendo possível que o indivíduo defina seus investimentos e administre seus pertencimentos. Essa possibilidade caracteriza-se como parte essencial da transação objetiva entre *identidades assumidas* pelo indivíduo e *identidades atribuídas* por meio de rotulagens propostas por instituições (DUBAR, 2005).

Assumindo como ponto de partida os pressupostos teóricos de Dubar (2005), as relações dos sujeitos primários deste estudo acontecem em dimensões contextuais de sua trajetória profissional: o ambiente de trabalho, Unimed-Beta, e o contexto do trabalho, o

cooperado gestor, diretor executivo. Nesses espaços, portanto, emergem rotulagens atribuídas pelos *outros significativos*, que aqui são reveladas.

A visão desses *outros significativos* será apresentada pela perspectiva dos sujeitos secundários médicos - SSM - e dos sujeitos secundários não-médicos - SSNM, contemplando o presente e a expectativa quanto ao futuro da trajetória profissional dos Diretores Executivos, bem como a identidade relacional na perspectiva desses sujeitos, possibilitando, assim, captar a visão dos dois grupos.

### 5.3.1.1 *Exercício profissional atual dos cooperados Diretores Executivos na visão de outros significativos médicos*

Sobre o cotidiano dos diretores executivos, os SSM's, membros dos conselhos de administração, técnico ético e fiscal, manifestaram-se com opiniões que divergiram do total desconhecimento da função à compreensão da complexidade e dificuldades que são enfrentadas pelos colegas.

No que se refere ao desconhecimento da função, os entrevistados mencionaram ter uma ideia de que o dia a dia dos diretores é *puxado*, pelo fato de encontrarem dificuldades para agendar reuniões. Disseram também que, por não participar do dia a dia da sede da Unimed-Beta não há como saber a forma de funcionamento e o horário de trabalho dos diretores, apesar de terem conhecimento que eles vão lá todos os dias, mas não saberem por quantas horas. Outro argumento para explicar o desconhecimento sobre a função é o fato de nunca a ter assumido.

“Eu não conheço bem o dia a dia. Eu sei que é puxado, tanto é que para marcar as reuniões lá é difícil marcar reunião. Mas eu não sei como funciona o dia a dia de um diretor. A gente tem só uma vaga ideia” (SSM24).

“Eu não vivencio do dia a dia da Cooperativa para poder ver como funciona não. Eu sei que todos eles vêm aqui todo dia. Agora eu não sei quantas horas” (SSM29).

“Lá na diretoria da Unimed eu não sei como funciona não, porque eu nunca participei da diretoria administrativa” (SSM23).

O trabalho realizado como diretor implica a necessidade de conciliar rotinas do profissional médico às responsabilidades e atribuições do cargo. Entende-se que a presença do diretor no dia a dia da Unimed-Beta facilita a realização do seu trabalho como, por exemplo, participar de reuniões com as especialidades que demandam determinados conhecimentos.

Não é, portanto, uma rotina fácil de vida, mas, como eles estão no cargo há mais de vinte anos, devem ter prazer e gerenciam, conforme visão de SSM's.

“Ele é um profissional como nós também somos em termos médicos. Ele tem sua atividade médica pautada em hora no hospital, hora no consultório, bem dividida e sempre ligada a uma condição de horário dentro da Unimed. Ele [presidente], de fato, ele cumpre o tempo dele dentro da Unimed. Ele nesse tempo consegue resolver as questões digamos do dia a dia, que é responsabilidade dele dentro desse tempo. Ele acaba captando coisas que vai resolver extra, em reuniões que normalmente o pessoal faz a noite, às vezes por segmento, às vezes especialidade, às vezes por questões administrativas, resolver isso em horários específicos extra o habitual. Então assim não é uma vidinha fácil não” (SSM20).

“Na minha opinião, ele [o presidente] gerencia, ele tem os horários, de manhã. Eu sei que ele gerencia essa empresa de manhã; a tarde tem suas atividades como médico. E tem as reuniões, tem as reuniões noturnas, quando há necessidade, junto com os conselhos. Uma reunião que tem com a diretoria a noite, mas durante o período da manhã, não só o diretor, mas a diretoria em si, se dedica a empresa. Só na parte da manhã” (SSM25).

Destaca-se que ao responder sobre o diretor executivo, os entrevistados falaram, em particular, sobre o trabalho do presidente da Unimed-Beta. Na visão desses cooperados, o trabalho realizado pelo ocupante desse cargo destaca-se na direção da Cooperativa. Eles atribuem ao presidente um papel central na dimensão contextual cooperado diretor executivo. Segundo eles, a presença no cotidiano da Cooperativa é vista como importante para se atingir um bom resultado e há necessidade de muita dedicação. Entendem que os demais cargos não demandam tanto tempo para o resultado do negócio e, portanto, os diretores poderiam se dedicar mais ao relacionamento com os colegas.

“Bom, mas, o que eu conheço realmente, o diretor presidente, esse eu acho que ele tem que estar pelo menos disponível em alguma parte do seu dia, para todo dia estar ali na cooperativa, sabendo o que está acontecendo e gerenciando isso aí. Eu acho que não é ir lá de vez em quando. Quem faz parte da diretoria executiva eu acho que são pessoas que tem de estar lá todo dia, igual presidente de um banco. Você pode ter suas atividades, mas acho que tem que estar lá todo dia. Quantas horas eu não sei. Mas, pelo menos, o suficiente para que você possa gerenciar o seu grupo” (SSM26).

“Para que se tenha um bom resultado, demanda uma dedicação grande. Especialmente o diretor presidente, ele ocupa um cargo que tem uma demanda maior, ela é grande. Eu vejo que a dedicação do [nome do presidente] ela, em minha opinião, condiz. Ele tem uma dedicação grande, com horários disponíveis para a Unimed, reuniões disponíveis, viagens e tal. Eu vejo isso bem. Nos outros cargos, a demanda é menor. Eu acho que talvez eles teriam uma demanda muito maior em relacionar com os colegas do que no sentido de administrar a empresa como negócio” (SSM27).

Os depoimentos dos entrevistados revelam que há um desconhecimento, tanto das atividades prescritas e responsabilidades dos diretores executivos (UNIMED-BETA, 2010),

quanto da importância do trabalho real realizado por gestores nos processos de transformação e de obtenção de resultados organizacionais (RUAS, 2001; MOTTA, 2001; MINTZBERG, 2003; DAVEL e MELO, 2005). Considerando o faturamento, o número de beneficiários, de cooperados e de funcionários, bem como o fato de a Cooperativa ser um negócio próprio dos médicos, esses relatos mostraram que SSM's apresentam uma compreensão limitada no que concerne à complexidade da gestão da cooperativa de trabalho médico operadora de saúde.

Os SSM's manifestaram-se sobre a visão que têm das dificuldades enfrentadas pelos diretores executivos no exercício da função. Nesse aspecto, eles foram sinérgicos em apontar a gestão dos diferentes interesses presentes na Cooperativa por parte dos médicos, das especialidades médicas e dos hospitais. Há descontentamento com a tabela de honorários, e eles entendem que o cooperado que está na assistência não assume a Cooperativa como dono, e cria conflitos na defesa de interesses particulares, o que dificulta o trabalho da direção.

“Acho que a maior dificuldade é a compreensão, porque você lidar com grande número de médicos por especialidades baseado em uma tabela de honorários, que é uma tabela imposta, feita pela AMB. Então assim sempre há descontentamento. Então, eu acho que sempre o mais difícil é administrar esses conflitos que surgem” (SSM29).

“A maior dificuldade que eu enxergo são os próprios cooperados. Você não consegue acolher todo mundo dentro daquelas leis, das regras. Até da remuneração que é a grande briga de todos os cooperados. Porque o que acontece muito que eu vejo é o seguinte, não são todos, mas muitos cooperados não enxergam a cooperativa como sendo sua. É como se eu fosse empregado da Unimed” (SSM26).

As dificuldades são muitas, viu! Eu acho que disparado a mais difícil ali é administrar as incongruências e as adversidades de intenções e objetivos que tem dentro da Unimed. Nós estamos numa competição meio que de soma zero. Quer dizer para um ganhar o outro tem que perder. Então às vezes para o cliente ganhar o plano tem que perder, para o médico ganhar o cliente tem que perder. Nós estamos num sistema que é inadministrável (SSM24).

As pressões de cooperados para defender interesses de suas especialidades, como a admissão de colegas e os honorários, bem como a visão dos entrevistados sobre a posição na qual os diretores executivos são colocados em face dessas questões, denotam que na transação objetiva entre identidade assumida e identidade atribuída pelos entrevistados - SSM - há o reconhecimento de uma identidade profissional, conforme delineado por Dubar (2005).

Esses depoimentos denotam a dificuldade enfrentada na dimensão contextual do trabalho por aqueles que estão como diretores dessa cooperativa de trabalho médico. De acordo com a OCB (2011b), reiterando a posição da ICA (2011), um dos conceitos que confere identidade ao cooperativismo é a cooperação, que significa unir-se a outras pessoas

para conjuntamente enfrentar situações adversas no sentido de transformá-las em oportunidade e bem-estar econômico e social. Ao sentirem-se, porém, como empregados da Unimed-Beta, como mencionado, os sócios da Unimed-Beta colocam-se em uma posição contraditória com relação aos princípios da sociedade cooperativa.

Acresce-se a essa dificuldade uma particularidade vivenciada pelo diretor executivo na cidade sede da Unimed-Beta. De acordo com relato de um SSM, ele fica *exposto* ao relacionamento com os diversos grupos de interesses não somente no dia a dia de trabalho, mas também de vida, pois as pessoas da cidade o conhecem. Na opinião do entrevistado, tal situação exige que o diretor conte com bons gerentes que dominem o negócio e o ajudem com conhecimentos que possibilitem enfrentar as demandas que emergem nessas relações.

“Eu vejo na questão de [nome da cidade] que é uma cidade que todo mundo conhece todo mundo, eu acho que a grande dificuldade é essa. Porque ele [presidente] anda na rua todo mundo sabe quem ele é, todo mundo sabe onde ele mora, todo mundo sabe onde ele trabalha, todo mundo tem contato com ele. Ele não é um executivo que está longe da gente, ele não é um executivo do plano de saúde X que você nem sabe quem que é. Estou dando só um exemplo. Mas ele tem essa dificuldade. Então, ele tem que ter gerentes muito bem treinados, conscientes para poder passar essas questões para ele. Eu acho que a grande dificuldade é essa aí, é negociar com os hospitais. Porque nem todos os hospitais têm, eles não são iguais os hospitais, são diferentes, mas estão na mesma região, tabelas diferentes” (SSM21).

Como a identidade é conferida - ou não - nas relações com o outro (DUBAR, 2005), destaca-se que ser diretor executivo da Unimed em uma cidade onde todos se conhecem pressupõe um preparo do gestor para garantir a qualidade das relações a que se fica exposto e, portanto, obter o reconhecimento social. Assim, de acordo com Dubar (2005), torna-se possível ir se configurando uma identidade profissional e, portanto, social.

Na visão dos SSM, outra dificuldade com a qual os diretores executivos se defrontam são decorrentes das relações com a concorrência. Segundo eles, a Unimed-Beta é uma empresa saneada, isto é, que apresenta bons resultados e tem solucionado os problemas internos. A entrada de novas operadoras no mercado, porém, a obriga a reduzir preços dos planos de saúde que comercializa o que, conseqüentemente, impacta na remuneração do médico cooperado. Os entrevistados entendem que é difícil fazer com que os colegas aprendam essa lição básica de administração.

“A empresa é bem saneada, a gente vê isso pelos números. Mas eu acho que hoje a grande dificuldade realmente está sendo a concorrência. Em questão de novos convênios que estão chegando, os próprios convênios da cidade. Tem os problemas dos usuários internos? Tem. Mas a empresa está aguentando sanear-los. Precisa melhorar? Precisa. Mas eu acho a grande dificuldade hoje são os planos externos, os planos que tem na cidade. Hoje são três planos. São planos aqui da cidade. Então, eu

acho assim o grande empecilho, a dificuldade que eu vejo assim conversando com eles, com os diretores, que realmente é essa concorrência. Às vezes, jogam o preço lá embaixo. Então, às vezes, a Unimed tem que jogar o preço baixo para concorrer de maneira igualitária. Então, eu acho que o grande problema hoje não é nem interno é externo. É do plano de saúde” (SSM25).

“Ensinar isso, quer dizer, uma lição básica de administração para quem é completamente leigo de economia, para quem é completamente leigo. Os colegas de modo geral querem saber que recebeu a consulta de tantos reais, mas não querem saber como vai fazer para que essa consulta chegue nesse valor, essa é uma dificuldade” (SSM27).

Ao atribuírem resultado positivo à gestão da Unimed-Beta, reafirma-se que a identidade profissional do diretor executivo está sendo reconhecida pelos SSM’s, e eles a configuram, em grande parte, com a experiência na atuação, interagindo com seus pares, como preconizou Hill (1993). Uma das razões para os médicos que não vivenciam a experiência de gestão apresentarem dificuldade para compreender o que foi denominado *lição básica de administração* pelo SSM27 é a própria formação médica. Esta não contempla conteúdos que o preparem para assumir funções de gestão (BRASIL, 2001) e tampouco os cenários de formação da prática médica privilegiam conhecimentos e habilidades no campo da gestão (STELLA *et al.*, 2009).

O desafio de adequar a tabela de procedimentos dos hospitais à evolução tecnológica também foi manifestado pelos SSM’s. Entende-se que, às vezes, há uma dissociação entre o avanço tecnológico e o que é preconizado pela academia, o que favorece o surgimento de abusos que prejudicam a Cooperativa. As consequências desse tipo de comportamento, que é lesivo para o sistema, não são fáceis de serem explicadas para os prestadores de serviço.

“Mas existe essa dificuldade muito grande com hospitais de adequar uma evolução tecnológica a um raciocínio lógico, digamos assim, acadêmico para fazer o que tem a tecnologia. Muitas vezes, a gente vê que há uma dissociação entre o academicismo e a tecnologia e você começa a ter abusos, e esse abuso, de certa forma, prejudica. Mas para convencer que isso acontece não é fácil não” (SSM20).

Trata-se de compreender que está em vigor um *paradigma biotecnocientífico* na assistência à saúde, com o surgimento de inúmeras inovações para a realização de diagnóstico e terapêutica. Além das dificuldades para se avaliar a eficiência, eficácia e efetividade dos mesmos, inerentes à incorporação de novas tecnologias, torna-se difícil calcular os impactos sobre o gasto em saúde (AMARAL e REZENDE, 2009).

Tendo em vista os depoimentos dos entrevistados, nota-se que eles apontaram várias dificuldades nas funções dos diretores executivos da Unimed-Beta. Trata-se de um cotidiano

que pressupõe o enfrentamento de uma diversidade de desafios, oriundos de demandas de diferentes públicos. Assim, o cooperado diretor executivo necessita de reconhecimento para legitimar uma identidade profissional, por meio da visão positiva dos SSM's.

Foi reiterado o destaque ao trabalho realizado pelo diretor presidente e sua liderança, diferentemente da visão apresentada sobre os demais diretores. Estes foram rotulados como *meio apagados, omissos*, ou seja, não são vistos de forma positiva, deixando a desejar no que se refere à expectativa de interação com os cooperados e ao próprio exercício da função.

“Eu acho que há deficiência, eles não interagem com os cooperados como eu acho que eles poderiam. No caso do [nome do presidente] eu acho que a função [de diretor] ele exerce perfeito, de maneira perfeita. Eu acho que esse é um mérito, ele tem uma capacidade de liderança. Mas essas outras três funções, que é dos outros três diretores eu acho que eles ficam um pouco não sei se apagados. Eu acho que eles, eu acredito que eles deveriam atuar um pouco mais, a minha impressão é que eles atuem pouco, um pouco menos que eu gostaria melhor dizendo” (SSM27).

“O diretor presidente ele é bem atuante, e não vejo nesse aspecto a atuação dos outros. Acho que quem trabalha mais atuante é o diretor presidente. O resto é um pouquinho omisso...” (SSM18).

Nessa transação objetiva entre *identidades atribuídas* por meio de rotulagens propostas por *outros significativos* e *identidades assumidas* pelo indivíduo, pode ocorrer a incorporação - ou não - da rotulagem, com o indivíduo assumindo - ou não - a forma como é identificado. Emerge, assim, a possibilidade, tanto do reconhecimento, quanto do não-reconhecimento das rotulagens atribuídas pelos outros (DUBAR, 2005).

Os diretores executivos disseram que conciliam a atividade da profissão médica com a função de gestão na Unimed-Beta. Entretanto, seus pares, SSM's, consideraram difícil essa conciliação. Eles pensam que ambas as atividades exigem muito no que se refere a tempo e dedicação, sendo, portanto, difícil realizá-las concomitantemente. Nessas circunstâncias, uma delas ficaria prejudicada. Eles consideram que a medicina é uma vocação e a direção executiva uma opção para a qual o profissional pode ser treinado.

“Acreditando que a medicina tenha isso, essa questão de vocação, pela dificuldade, pela dedicação que você tem que ter para exercer uma profissão que é pesada do ponto de vista emocional, dedicação, de tempo, nesse aspecto. Agora a opção de ser diretor eu acho que atende não à vocação. Tem como você treinar para ser um bom diretor ou no sentido de quem assume a parte mais difícil da administração tem que ter um empenho que o cargo exige. Nesse aspecto que também vai ter que largar ou abrir mão um pouco da profissão, da medicina assistencial, de atender o paciente, de operar ou de fazer os procedimentos para atuar como executivo. Na verdade, para que o negócio seja viável” (SSM27).

A pessoa para exercer a direção executiva ela tem que sacrificar, parte do exercício médico dela. Alguns podem conseguir isso por estarem em uma fase da vida

profissional que não precisa estar trabalhando tanto quanto no início. Acho que quem tem uma experiência maior, uma carreira de médico com maior experiência, dá para administrar melhor (SSM19).

Tendo em vista que a Cooperativa está sendo administrada por parte desse grupo de diretores, praticamente desde a fundação, e o fato de eles terem vivenciado a evolução da organização na função de gestão são indicadores, como argumenta Dubar (2005), de que eles se identificam com a Instituição o que reforça sua identidade. A construção dessa identidade em dimensões contextuais do trabalho dos diretores, que acontece na interação com tantos *outros significativos*, foi exemplificada por meio do relato de um SSM sobre o diretor presidente.

“Hoje ele, eu posso dizer que o [nome do presidente] consegue isso. Conciliar isso porque ele dá atenção a todo mundo. Então ele vai conseguindo. Não sei se outro conseguiria não. Eu acho que eu, por exemplo, não conseguiria não. Porque você como médico pode até assim, dependendo do que você faça, ser médico é de segunda a sexta, você pode ser médico de oito às vinte. Mas, para ser um diretor você é vinte e quatro horas, você não tem horário, não tem nada. Então, você é cobrado por isso; dar atenção às pessoas, conversar, explicar” (SSM21).

O espaço de reconhecimento das identidades é indissociável dos *espaços de legitimação dos saberes*, assim como *das competências* associadas às identidades conforme menciona Dubar (2005). Nesse sentido, a identidade profissional do diretor executivo se molda em uma prática que se atribui acontecer em um tempo de dedicação integral, isto é, em interações que se realizam o tempo todo.

Os SSM's entendem que, muitas vezes, as pessoas não reconhecem o trabalho do diretor executivo por questões que foram explicadas como próprias do ser humano, como a inveja, pois o cargo oferece muita visibilidade aos ocupantes. Por outro lado, o reconhecimento pelos resultados alcançados é claro por parte das instituições, como a Federação Minas, outras cooperativas médicas, que valorizam a gestão da Unimed-Beta, percebida como uma referência para o sistema, além de ser a que melhor remunera. Trata-se também de um privilégio para o profissional dirigir uma cooperativa de trabalho médico.

“As pessoas às vezes pelo que eu vejo, não reconhecem o trabalho, acham que está sempre aquém do que deveria ser e tem também a questão que faz parte do ser humano. Visibilidade desperta às vezes inveja” (SSM19).

“É um reconhecimento na nossa Federação Minas e as outras Unimed's. Nos veem com bons olhos. Que é uma Unimed organizada, Unimed que consegue se sobressair. É a que melhor remunera na Federação Minas, umas das melhores do Brasil. Nós somos modelo em umas ações de cooperativismo, inclusive existe um plano coparticipativo; nós somos os fundadores, idealizadores desse programa, e ele

é copiado em muitas cooperativas do Brasil. Então, nós temos essa alegria de poder contribuir com uma ação que é vital para a sobrevivência” (SSM9).

“Como diretor provavelmente ele deve se sentir numa situação privilegiada de estar dirigindo uma cooperativa dos colegas (SSM23).

Na visão dos SSM’s, os diretores executivos da Unimed-Beta são reconhecidos por conseguirem resultados, inclusive, na dimensão contextual saúde suplementar. Esse reconhecimento é representativo da *identidade social virtual*, isto é, aquela atribuída pelas instituições, conforme explica Dubar (2005) concordando com Goffman (1980).

Para complementar a visão que os SSM têm do diretor executivo da Unimed-Beta, indagou-se sobre o futuro relacionado ao trabalho desses profissionais. Esta opção visa a possibilitar conhecer a trajetória identitária do diretor, na perspectiva daqueles médicos cooperados que estão em interação com eles no trabalho.

#### 5.3.1.2 *O futuro relacionado ao trabalho dos diretores executivos na visão de outros significativos médicos*

As possibilidades de construção de uma identidade profissional incluem a identidade do indivíduo no trabalho e também aquela projetada por ele no futuro (DUBAR, 2005). Dessa forma, apresentam-se agora as expectativas quanto ao futuro dos diretores da Unimed-Beta, na visão dos SSM’s.

A maioria dos entrevistados vislumbra os atuais diretores executivos, futuramente, em outras atividades. Entendem que é importante a mudança de diretores e que, se eles deixassem o cargo não teriam prejuízos profissionais financeiros, pois já têm uma boa estrutura. Os SSM’s acreditam que o revezamento de poder é importante em grandes organizações, que têm muitos sócios, como a Unimed-Beta, bem como pensam que os atuais diretores poderiam delegar mais e atuar como conselheiros.

“Olha eu vejo que essa diretoria deve mudar, acho que isso aí é uma coisa que vai acontecer nos próximos anos. Espero que mude para uma pessoa competente também, outras pessoas competentes, que consigam manter a cooperativa em uma boa situação” (SSM18).

“O nosso diretor presidente ele, particularmente, tem uma estrutura profissional muito bem resolvida, é ultrasonografista. Ele tem uma estrutura montada, acho que se ele sair da direção, não vai mudar muito para ele; e os outros diretores todos têm situação que teria pouco prejuízo profissional médico, vamos dizer assim. Mas, eu acho que dava para administrar. Eu acho que eles deveriam ser mais desapegados ao cargo” (SSM19).

“Eu vejo eles se profissionalizando mais, delegando mais funções e ficando mais como conselheiros” (SSM28).

De acordo com Goffman (1980), pode ocorrer uma discrepância entre a identidade social real e a identidade social virtual. Por sua vez, Dubar (2005) reitera dizendo que os dois processos - biográfico e relacional - são heterogêneos e nem sempre coincidentes. Quando isso ocorre, o indivíduo desenvolve estratégias identitárias. As estratégias identitárias podem assumir a forma de transações externas entre o indivíduo e os *outros significativos*. Elas visam a “[...] acomodar a identidade para si à identidade para o outro” (DUBAR, 2005, p. 140). O relato a seguir caracteriza-se como uma forma de transação objetiva dos diretores, que é uma experiência relacional e social de poder, denominada *jogo político* pelo SSM.

“No futuro eu vejo que deve ter alternância de poder, porque a direção, desde que [a Cooperativa] foi criada, essa direção está no poder. Sempre. Então, eu vejo isso como alternar o poder, e não fazer, às vezes, um jogo político na diretoria para permanecer no poder. Eu acho que uma grande empresa para funcionar melhor tem que ter alternância de poder. Principalmente quando tem muitos cooperados, muitos sócios” (SSM25).

Alguns SSM’s reiteraram a posição sobre o futuro dos diretores da Unimed-Beta, mas ponderaram sobre a importância de se fazer essa transição, mesmo acreditando que o diretor presidente trabalhe muito e seja muito produtivo para a Unimed-Beta. Eles acreditam também que ainda não há consenso sobre essa renovação, não há um plano de transição e a transmissão de conhecimentos; pensam que futuramente será necessário uma renovação.

“Então, eu acho que talvez ainda não se pense nessa transição, porque ele [presidente] está em pleno vigor ainda, trabalha muito e consiga se ver como produtivo para cooperativa. Mas, eu acredito que isso é uma necessidade na empresa para continuar sendo competitiva. Tem que ter uma administração forte. Isso eu acho que é uma das coisas interessantes que a gente conseguiria tendo ali um rodízio na administração para que se tenha uma transição mesmo, essa passagem no poder” (SSM27).

“Eles vão ter que trabalhar uma substituição, nada é eterno. E ali como é uma questão que tem um envolvimento político, tem uma questão de poder, essa renovação é importante. Eu acho que vai ter que haver uma renovação. Mas não existe um consenso sobre essa renovação, não existe um plano de substituição, não estou vendo transmissão de conhecimento” (SSM24).

O grupo de SSM’s, de forma expressiva, manifestou-se como favorável à mudança dos diretores executivos no futuro. Trata-se da saída de uma função que ocupam há muitos anos e, portanto, pode vir a se caracterizar como uma fase de crise de identidade conforme denominou Strauss (1999). Entretanto, como houve eleições em 2012, e o grupo foi reeleito

por mais quatro anos, eles permanecerão nos cargos. Erikson (1987, p. 221) considera que o indivíduo processa “[...] as informações recebidas sensorial e sensualmente, linguística e subliminarmente, para a confirmação ou negação de sua identidade”. Os resultados dessa eleição são determinantes do reforço da identidade profissional dos diretores.

Apesar de alguns SSM’s apontarem a necessidade de os diretores deixarem o cargo, outros entrevistados consideraram a permanência como importante para a Unimed-Beta, haja vista a impossibilidade de outros colegas assumirem a função; e reiteraram o papel central do diretor presidente. Assim, foi declarado que se via o diretor presidente no mesmo lugar no futuro.

“Eu acho que eles vão continuar, porque eu não percebo dentro do universo, indivíduos que realmente farão o trabalho que eles fazem hoje. Eu sei que tem que haver alternância, eu percebo que, eu tenho essa percepção que isso é necessário. Mas, atualmente eu não trocaria. Realmente é uma diretoria que tem futuro. Eu acho que ela tem futuro. Eu acho pouco provável que a gente terá chapa de oposição, pelo menos na próxima eleição não” (SSM23).

“Eu enxergo ele [presidente] no mesmo lugar. O mesmo diretor, no mesmo lugar. Eu te confesso que eu não enxergo outra pessoa aqui na Unimed [nome da cidade]. No momento eu não consigo ver outra pessoa que possa fazer o papel dele. Enxergo só ele, por enquanto. Pode ser que eu mude de ideia. Mas, hoje, realmente é a pessoa que eu acho que, por enquanto, tem capacidade e competência para continuar onde está” (SSM26).

Na perspectiva da identidade profissional, há evidências de que *os outros significativos* SSM’s, que compartilham o trabalho com os diretores executivos da Unimed-Beta, mostraram-se ambivalentes. Na abordagem de Dubar (2005), há alternância entre cooperação e conflito, e a identidade nunca é concluída. Isto quer dizer que “[...] a identidade nunca é instalada, nunca é acabada, visto que o entorno do ego é móvel” (ERIKSON, 1987, p. 20). Por entorno, distinguem-se aspectos da realidade objetiva, vivenciados nas interações.

### 5.3.3.3 A identidade relacional na perspectiva do outro significativo médico

Tendo em vista que os sujeitos secundários foram divididos em dois grupos, apresenta-se aqui a identidade relacional do diretor executivo na perspectiva dos SSM’s. Observou-se que os SSM foram unânimes em concordar que as relações estabelecidas com os diretores executivos da Unimed-Beta são de boa qualidade, traduzidas como respeitadas, cordiais, harmoniosas, construtivas e de alto nível.

“Muito boa, é respeitosa, uma relação muito respeitosa e, ao mesmo tempo, amigável e de alto nível. Eu me sinto muito à vontade para questionar, ser questionado e realmente é uma convivência de entrosamento. Eu não vejo

dificuldade de abordar a diretoria e ser abordado. É uma relação muito boa, uma relação que constrói, é muito construtiva” (SSM23).

“Eu não sou de [nome da cidade], mas assim, quem vem de fora, eu vim de Belo Horizonte, aqui tem uma relação interpessoal muito importante. São assim um grupo que a relação entre eles, principalmente entre os diretores, não quer dizer que não discordem não, mas eles têm uma relação interpessoal muito importante” (SSM24).

É importante reiterar que, na negociação identitária, a qualidade das relações é um elemento importante a ser considerado. A interação com o outro é um recurso que favorece a manutenção de um grau aceitável de discrepância entre a identidade real (transação subjetiva) e a identidade virtual (transação objetiva), tendo em vista a necessidade de equilíbrio (GOFFMAN, 1980; DUBAR, 2005). Os diretores executivos da Unimed-Beta vivenciam um cotidiano de trabalho permeado por conflitos e demandas decorrentes de interesses dos diversos grupos com os quais interagem. Nesse contexto, uma boa qualidade das interações é mantida de acordo com a visão de *outros significativos* SSM's.

Convidados a falarem sobre a direção executiva da Unimed-Beta, os SSM's se manifestaram de forma não tanto convergente. Alguns reiteraram a importância de renovação dos membros da diretoria, inclusive, criticando o estatuto (UNIMED-BETA, 2010) que não prevê um limite de tempo para o exercício da função; outros foram contundentes em afirmar que a direção realiza um bom trabalho, alcança resultados e, portanto, deveria permanecer por mais tempo. Esses posicionamentos inseriram preocupações com os desafios enfrentados pela direção oriundos do ambiente interno e do macrocontexto da saúde suplementar.

“A norma da eleição, não me lembro agora, acho que tem que mudar três membros a cada ano, mas só mudam os membros suplentes, não mudam os quatro que são os diretores executivos. Então, isso aí está errado. Eu acho que isso precisa de mudar. Talvez a gente até convocar uma assembleia para mudar o estatuto. Estamos com quatro diretores aqui, já deve ter uns quinze anos que eles estão aqui. Quando convocam uma assembleia, tem sempre aquele grupo que te falei, que reelege esse pessoal, só estão mudando os outros, os membros que não fazem parte dessa direção” (SSM18).

“A empresa está funcionando direitinho, é bem saneada, está crescendo, mas é muito poder em tanto tempo, e as mesmas pessoas. Aí eu acho que precisaria uma alternância de poder. Só isso, para que a empresa continue melhorando. Porque se ela está bem até agora, eu acho que a mudança de Diretoria não vai interferir na lucratividade da empresa (SSM25).

“Eles têm uma competência, experiência tal, que enfrentam uma dificuldade tal, principalmente, atual, que ninguém quer estar no lugar deles, sinceramente ninguém quer estar. Então, eles são muito valorizados, muito valorizados e são muito cobrados. Conseguem resolver de forma bem, digamos, até política, as questões que não há outra forma também de resolver. Eu julgo os quatro competentes, tranquilos e experientes. Portanto, acho que enquanto tiverem saúde, podem ir ficando lá (SSM21).

Considerada a qualidade das relações como um elemento importante na construção da identidade dos diretores executivos, buscou-se conhecer a relação entre eles próprios, na visão dos SSM's. Os entrevistados manifestaram que os diretores têm habilidade política, o que facilita administrar as discordâncias que existem e passar a imagem de um relacionamento harmonioso. Este é explicado como fruto do longo tempo de convivência e comparado com um *bom casamento*.

“Todos têm uma boa veia política, então eles conseguem administrar razoavelmente bem a relação entre eles. É, sei de discordâncias pessoais, profissionais etc. que existe ali, mas, ali eu acho que eles conseguem pelo menos contrabalançar bem isso” (SSM24).

“Igual casamento, eu acho, não sei a intimidade. Mas pelo menos aparentemente tranquilo. Nunca vi nenhum desacordo. Vejo como muito tranquila. Acho que e eles têm uma coerência entre eles muito grande; os pensamentos são muito parecidos, não sei se isso é ensaiado, mas eu acho que não é não. Mas, eles são muito coerentes no que dizem entre eles, um bom casamento. Afinal de contas estão casados há mais de vinte anos. Casamento muito bom. Até hoje não teve divórcio” (SSM26).

Um longo período de trabalho em pequenos grupos possibilita a coesão. Esta “[...] resulta de forças que fazem os membros permanecerem juntos. As forças que geram a coesão consistem em atração ao grupo, resistência a abandoná-lo e motivação para continuar como membro” (GRIFFIN, MOORHEAD, 2006, p. 228). Dentre as motivações, encontram-se as recompensas que podem ser auferidas.

As recompensas por ser diretor executivo da Unimed-Beta são representadas pelo reconhecimento atribuído a eles por parte das instituições e das pessoas. Na visão de SSM's, uma forma de recompensa é o salário, mencionado de diferentes formas.

“Recompensa principal é a recompensa salarial e a diretoria executiva tem salário acima da média que a gente observa aqui na cidade. Acho que principalmente é isso” (SSM18).

“Agora é claro que o diretor ele tem o seu salário. Que eu colocaria o seguinte é um bom emprego? É. Ganha-se muito? Pelo que se faz acredito que não. Ganha-se pouco? Pelo que se faz acredito que não. Acho que existe essa reciprocidade. Existe uma responsabilidade muito grande, um valor, digamos que financeiro que, querendo ou não, é o que se move esse tipo de cargo também” (SSM20).

Nos depoimentos apresentados, observa-se que à remuneração dos diretores é atribuída uma conotação negativa. Entretanto, constatou-se em outro depoimento a atribuição de um valor positivo a essa forma à remuneração, compreendendo-se que há uma *doação* do tempo de trabalho como médico, que, portanto, deve ser remunerado. Foi relatado também o constrangimento gerado pela maneira como se discute a remuneração da direção em

assembleia. Ademais foi considerado que, devido ao porte da Unimed-Beta em termos de faturamento, a remuneração é até pouca. Entretanto, reiterou-se a importância do poder intrínseco ao cargo, particularmente, em uma cidade onde o diretor constrói sua vida profissional como médico.

“Já que ele doando, vamos dizer, esse tempo dele de profissional para ser um diretor, ele tem que ser bem remunerado. Nunca aceitei a maneira que é feita a discussão desse assunto na assembleia. Ela é humilhante, humilhante. Eu sinto pelos diretores, eles acham que não, mas, eu sinto a cada proposta que aparece. Para gerenciar uma empresa desse tamanho, dessa envergadura, com o dinheiro que movimenta aqui, eu acho que é constrangedor o que eles falam lá, e ganham muito pouco. Acho que isso não é atrativo. Você gerenciar aqui não é atrativo não. Então eu vejo que é mesmo igual os outros gerentes a questão do poder. Poder você não compra, então te deram poder. Então, eu acho que usar isso aí em certo momento é bom” (SSM21).

“Quem está na diretoria executiva está em uma posição de poder dentro da estrutura de cooperativa. Eu acho que as vantagens em todos os aspectos estão relacionados a essa função. Então, tem a visibilidade dos cooperados verem essa posição. Então, como qualquer pessoa de poder tem todas as vantagens e desvantagens quem está nessa posição” (SSM19).

“Acho que essa é a principal. Ter uma estruturação de trabalho na cidade onde ele mora que dá a ele uma perenidade de vida profissional” (SSM20).

O poder outorga a capacidade de mandar, ordenar, dispor, mostrar o que deve ser feito, como, onde, quando e por quem, por meio de sua manifestação que é a autoridade. Outra forma de manifestação do poder é a influência, isto é, a capacidade de algumas pessoas para orientar conforme seus desejos e interesses, a conduta de outra ou outras que não estão sujeitas ao que influencia por uma relação de dependência, submissão ou hierarquia, sendo esse o aspecto que diferencia a autoridade da influência. Aplica-se a autoridade sobre quem está hierarquicamente abaixo e usa-se de influência para conseguir determinados comportamentos daqueles sobre os quais não se tem ascendência hierárquica (SOTO, 2002).

Tendo em vista que, na cooperativa de trabalho médico, os diretores executivos atuam por delegação dos pares, médicos cooperados, mas sobre eles não têm ascendência hierárquica, pois todos são donos, com direito a um voto, trata-se de uma dimensão de trabalho na qual o poder é traduzido como influência. Ao dizer que os diretores têm poder, pode ser lido que eles têm influência sobre os associados da Unimed-Beta, na visão de SSM.

Há outras motivações para que os diretores continuem na função, além da renda. Dentre essas, destacam-se o ideal de cada um, a vocação, em particular para cargo político, o desejo de contribuir, a oportunidade para aquisição de conhecimentos e habilidades, a função

que possibilita contatos com diversos públicos, o que oferece oportunidade para se criar uma rede de relacionamento e a satisfação gerada pelo reconhecimento.

“Eu acho que existe a vocação realmente, e, para estar a frente de um plano de saúde que é nosso. E realmente a história do ideal de cada um. A gente tem o desejo de contribuir, de aprender também, porque, com convivência aprende sempre. Acho que a visão deles deve ser a mesma nossa, porque estão sempre aprendendo” (SSM23).

“Você vai adquirindo alguns conhecimentos e habilidades que mais cedo ou mais tarde vão ser claramente benefícios” (SSM24).

“Eu acho que para ele, isso é um reconhecimento perante os colegas, que é bom para o ego dele, que é bom para a satisfação, quem gosta de cargo de político, é um reconhecimento pessoal” (SSM25).

“Amplio acesso às empresas, hospitais, uma divulgação social própria, até econômica. São vários parceiros de uma empresa desse porte que têm negócios com bancos, hospitais, eles têm uma finalidade de conquista dessa direção, de ter boa relação com essa direção, vamos, entre aspas, presentear essa direção com amabilidade, também abrir seu caminho. Seria uma troca, seria ser simpático a quem você necessita simpatia” (SSM28).

Tais depoimentos permitem a identificação de algumas formas de recompensas valorizadas positivamente por SSM. Eles acreditam que o cargo de diretor executivo da Unimed-Beta oferece a possibilidade de uma diversidade de relacionamentos. Portanto, a identidade virtual dos diretores é construída na interação com esses diferentes públicos, o que demanda o aprendizado de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades. No entender de Dubar (2005, p. 297), a chave da construção da identidade de *futuro executivo* reside no acesso aos saberes de organização que o autor denomina *saberes sociais*.

Neste estudo, a análise da identidade virtual dos diretores executivos da Unimed-Beta, na perspectiva dos médicos, membros dos conselhos de administração, fiscal e técnico ético, complementa-se com a discussão da visão daqueles que também compartilham o cotidiano de trabalho com eles na administração da Unimed-Beta, mas não são médicos.

#### 5.3.3.4 *Exercício profissional atual dos cooperados diretores executivos, na visão de outros significativos não médicos*

Conhecer o olhar de *outros significativos*, que não são da categoria profissional médica na trajetória identitária dos diretores executivos da Unimed-Beta, ampliou e aprofundou a visão sobre a identidade virtual dos sujeitos primários da pesquisa. Quando se discute a identidade é importante tratar da diferença, como aconselha Silva (2008). Assim, por

meio do perfil sociodemográfico dos SSNM's, observou-se que os diretores compartilham o cotidiano do trabalho também com um grupo de pessoas que ocupam função gerencial na Cooperativa, a maioria por um período de tempo significativo, mas que são de outras categorias profissionais.

Em estudos sobre processos de profissionalização, Larson (1977) e Abbott (1988) apontam que a diferença entre as profissões e as condições sociais e econômicas de aplicação de seu conhecimento está diretamente relacionada com a amplitude da autonomia que poderiam exercer mediante o controle dos clientes, do capital e do Estado.

Apresenta-se, então, a visão de treze profissionais que gerenciam a Unimed-Beta, oriundos de diferentes profissões, nas quais os graus de profissionalização diferem. Essas pessoas falaram sobre médicos diretores, que são responsáveis pela gestão da organização onde esses gerentes trabalham. Cabe lembrar que, conforme destaca Schulze (2002), apesar de se utilizar os termos *gerir* e *gerenciar*, muitas vezes, como sinônimos,

[...] eles devem, pelo menos com relação às cooperativas, ser tomados distintamente. O gerir é competência exclusiva do dono do negócio, que há de decidir sobre os caminhos a percorrer; e gerenciar é atribuição de colaborador contratado, que há de fazer com que a cooperativa trilhe pelo caminho escolhido (SCHULZE, 2002, p. 99).

Ao ouvir os entrevistados SSNM's falando sobre o dia a dia de trabalho dos diretores, donos da Cooperativa, foi constatado o fato de a Unimed-Beta se encontrar em fase de mudança. De acordo com eles, ao se adotar a estratégia de gestão participativa os diretores estavam mais integrados à organização e a par do que acontecia. No relato, foi mencionado que o gerente geral era centralizador.

“Essa mudança que nós estamos tendo aqui agora, com essa estratégia que nós temos aqui de gestão participativa na Unimed, eles [diretores] estão mais integrados na empresa. Eles têm que ter integração e conhecimento. Acabam sabendo de coisas, de processos da Unimed, que eles não tinham noção que a Unimed fazia. Não tinham noção. A Unimed faz isso, faz ué. O senhor não sabia não? Não, não estava sabendo. Porque, às vezes, o gerente geral centralizava, sabia e já fazia” (SSNM11).

Tal depoimento possibilitou identificar mudanças no dia a dia dos diretores, a partir do desligamento de um profissional, que ocupava o cargo de superintendente. Sua saída ocorreu dez meses antes do início da coleta de dados desta pesquisa. Tratava-se de um profissional de mercado experiente, contratado pela Unimed-Beta, em 1999, e que esteve mais de dez anos atuando junto à diretoria (DADOS DE PESQUISA, 2011). Pelo relato anterior do SSNM11, a Unimed-Beta modificou o modo de gestão quando esse superintendente saiu, ou seja, no

início de 2011, e os diretores ficaram mais próximos da Cooperativa, passando a entender melhor a organização.

Segundo entrevistados, no cotidiano os diretores trabalham direto, não folgam, porque a função exige disponibilidade de 24 horas, para que possam apoiar a equipe de gerentes na solução de diversos problemas. Foi lembrado que a direção da Unimed-Beta não é a única atividade dos médicos, pois eles conciliam o consultório, a clínica, o hospital, enfim, a profissão médica, com a gestão da Cooperativa, que é um cargo de muita responsabilidade.

“Eles trabalham assim direto, eles não folgam. É final de semana, acontece, tem juiz que dá liminar para você dar um atendimento qualquer sexta feira, oito horas da noite. Então assim é uma responsabilidade muito grande, é um trabalho que não descansa hora nenhuma, porque você tem de ficar ligado o tempo todo” (SSNM05).

“Primeiro é muito tumultuado, muito corrido mesmo. Eles estão, na realidade disponíveis para a cooperativa 24 horas por dia. Eles têm o horário deles aqui, fazem o horário deles. Mas a qualquer momento, do dia ou da noite, que a gente precisar eles estão prontos, eles nos atendem, eles nos auxiliam nas necessidades. Então é um dia, é muito corrido porque além deles estarem na direção eles também tem seus afazeres, eles tem realmente a função deles como profissional médico; eles tem que se dedicar a um consultório, a uma clínica, a um hospital, e tem que dar essa retaguarda para a gente que está aqui.” (SSNM07).

Em suas falas, diferentemente dos SSM's, os SSNM's não manifestaram preocupação com a quantidade de horas de presença física dos diretores na Cooperativa, relatando que contam com eles 24 horas por dia, o que entendem como muito trabalhoso. Também compreendem a complexidade e os desafios do cargo de direção em uma cooperativa de trabalho médico e operadora de saúde. Destacaram a necessidade de enfrentamento de problemas externos e internos, a quantidade de reuniões de que a direção participa e a necessidade de extenso conhecimento para auxiliar a equipe de gerentes. Nas falas dos SSNM's, o diretor presidente se destaca como responsável por muitas decisões.

“Mas o dia a dia deles não é fácil não. Eles têm muito problema externo para tratar. É uma quantidade de reuniões fora; eles não têm horário para trabalhar. Às vezes, ficam até pouco aqui, mas eles têm muita coisa, eles trabalham assim direto, eles não folgam. É final de semana, acontece. Tem juiz que dá liminar para você dar um atendimento qualquer, sexta feira, oito horas da noite. Então assim é uma responsabilidade muito grande, é um trabalho que não descansa hora nenhuma, porque você tem de ficar ligado o tempo todo” (SSNM05).

“Então eu acho que é muito tumultuado diante de tanta informação, diante de tanto conhecimento que ele tem de assimilar para poder auxiliar a equipe dele” (SSNM14).

“Eu vejo o dia a dia do diretor presidente da Unimed-Beta muito corrido, muito difícil, com uma sobrecarga muito grande de tomada de decisões. Mesmo ele tendo uma equipe de coordenação que gerencia, fazendo todas as atividades que eles estão

delegando, mas a palavra final ainda é deles. Eu vejo isso muito, um esforço muito grande” (SSNM16).

Nesse contexto de trabalho, foram elencadas dificuldades. Concordando com os sujeitos primários, SSNM's destacaram o desafio de lidar com uma quantidade grande de médicos que são *donos*, entendendo que eles se colocam nessa condição quando é conveniente, não havendo uma clareza do que isso significa. Associam-se aos problemas com os cooperados, questões que emergem de públicos externos como usuários, amigos e conhecidos.

“São duas questões. É lidar com uma quantidade de médicos grande, igual é aqui, porque todos são donos na cooperativa. Só que eles não têm uma consciência disso. Na hora que é para defender a cooperativa, eles não são donos. Eles tratam como se fosse um plano [de saúde] qualquer. Eles até, às vezes, fazem concorrência com a própria cooperativa. Mas na hora de cobrar qualquer coisa, aí eles são donos. Querem os melhores honorários, querem ser tratados com diferenças, querem ter todos os privilégios e depois não dão a contra partida. O usuário reclama, a gente sabe que os problemas existem, mas às vezes não tem como punir um médico. É muito difícil você punir o médico, ele é dono também. Simplesmente mandar ele sair, não pode. Você tem que cumprir uma formalidade de documentação e tudo. Então é um conflito muito grande. Aí nós temos muita reclamação do usuário, às vezes que o plano não está dando isso, que não está conseguindo atendimento e você administrar isso com os cooperados, são muitos, cada um com uma cabeça, cada um com um comportamento diferente, uma postura. E também o pessoal de fora. O povo quer que patrocine time de futebol, outro quer que dê um plano de saúde para fulano, o outro quer que libere uma cirurgia para o outro, só porque conhece e é amigo, e quer que libere procedimento que não pode. Então, eu acho essas questões muito difíceis de tratar, o pessoal de fora e os cooperados” (SSNM05).

Nessa perspectiva, a identidade virtual do diretor é (re)configurada em um cenário que oferece possibilidades de transitar por dois ângulos de abordagem da realidade objetiva. Sua dupla atividade, como médico cooperado e como gestor, e a necessidade de lidar com demandas de ambas as funções, oferecem ao diretor executivo a possibilidade de construção de uma identidade profissional, que pressupõe a atribuição de outros valores à cooperativa.

“Saber lidar com esses problemas de cada um, eu acho que essa é a grande dificuldade. Porque administração de cooperativa envolve médicos, os médicos todos são donos. Imagina cuidar de alguma coisa que todo mundo é dono. Todo mundo tem seu ponto de vista e ele tem ser o ponto de equilíbrio, saber decidir pelo que é certo e pelo que é errado. Vamos supor que alguém quer que sua remuneração seja diferenciada, porque acha que o trabalho dele é mais importante. A diretoria executiva tem que colocar um ponto para mostrar para ele que não é assim, todos tem o mesmo valor. Então, eu acho que isso é uma grande dificuldade que ele tem, de lidar com o médico que também é dono da cooperativa igual a ele, porém ele é o diretor, ele que tem de atribuir outros valores a cooperativa” (SSNM10).

“Agora se você chegar para ele e falar a consulta agora é cento e cinquenta reais, você acha que nunca mais vai ter aborrecimento, nunca mais durante trinta dias. Daí a pouco ele quer cento e setenta. Daí a pouco ele quer cento e oitenta. Nada satisfaz.

Vocês não consegue, não tem como. A diferença esse mesmo médico quando ele faz parte da diretoria executiva, ele tem o pensamento totalmente diferenciado. Aí já vê que os valores realmente não têm como ser, não têm como você fazer, como você pagar o valor que realmente eles acham que é o ideal de ter como remuneração. Quando esse mesmo médico passa a ser um diretor, aí ele vê que não tem como, a gente mostra para ele que não tem jeito, como é que você vai pagar (SSNM12).

O médico que assumiu a gestão da cooperativa Unimed foi colocado frente a frente com questões do campo da administração que não fazem parte de seu cotidiano como profissional da assistência, como lembram Stella *et al.* (2009). Também sua formação profissional de base (BRASIL, 2001) não contempla conteúdos que o preparem para assumir essa função. Assim, é na prática que ele vai aprendendo a fazer a gestão, como afirma Hill (1993). Na prática do diretor executivo de uma cooperativa de trabalho médico, a construção de uma identidade profissional pressupõe a capacidade de articular alternativas de ação que mesclam transações objetivas e subjetivas oriundas de espaços de identificação diferenciados como a assistência médica e a gestão.

Quando o cooperado assume a gestão, passa a ser criticado por seus pares, associados da Cooperativa, o que é visto como uma grande dificuldade no trabalho da direção. Críticas infundadas, na visão de SNNM's, pois a Cooperativa não poderia remunerar os médicos levando em conta somente as expectativas dos mesmos com relação ao retorno pelo trabalho realizado. Essas críticas decorrem, em grande parte, do fato de o cooperado desconhecer aspectos da gestão.

“Eu acho que umas das grandes dificuldades são as críticas. Críticas que eles recebem, críticas infundadas. Críticas de pessoas que não têm conhecimento do que realmente ocorre. Então, eu acho que isso é o maior *dificultador* é esse. Ah, porque a diretoria está fazendo errado, eles não estão conduzindo da maneira correta. E isso vai sendo disseminado de uma forma que começa a dificultar realmente a realização de alguns projetos. Essa falta de conhecimento dos cooperados com relação ao que realmente ocorre dentro da cooperativa. Essa falta de interesse na verdade por que se tivesse um pouquinho de interesse, de mais interesse, eles têm toda a possibilidade de vir aqui e conhecer tudo. Só que não querem, querem ficar lá no cantinho. Aí, dentro de um bloco cirúrgico surge alguma coisa aí *sabe que aconteceu isso* aí começa a minar a questão” (SSNM07).

No relato do SSNM07, é mencionado que os cooperados não têm interesse de conhecer a realidade da Unimed-Beta. É destacado que, se eles quisessem e tivessem interesse, teriam toda a possibilidade de conhecê-la. Em outras palavras, a questão remete à participação ou não dos associados no processo de administração da Cooperativa. Dentre as atribuições prescritas para os cooperados existe a participação por meio de sua representação

em conselhos, eleitos em assembleia geral (ESTATUTO SOCIAL, 2010). A realidade, porém, sobre a participação é outra na visão de SSNM's.

“Em [nome da cidade], é feito uma chapa, é montado uma chapa que vai concorrer, que é formada por uma diretoria pré-definida e um conselho. Então, é junto, mas quem define quem são os conselheiros, quem são os diretores. Elegem os diretores. Em [nome da cidade] já sai o presidente, o diretor de mercado, o diretor administrativo, o superintendente, o diretor de relações com o cooperado. Então, já sai assim, e cinco conselheiros bem definidos. Então, eles fazem parte do conjunto. O conselho é um pouco menos atuante, ele é um pouco menos participante. A diretoria tem mais prerrogativa que ela mesma se colocou e que o conselho não contesta e participa menos. Então, reunião de conselho é uma reunião muito menos complicada, porque as decisões estão muito mais na diretoria” (SSNM17).

Os depoimentos mostram que a administração da Unimed-Beta se apoia em definições que vão além da gestão propriamente dita, ou seja, ao que se refere ao trabalho dos diretores executivos. Trata-se de tentar compreender a forma como o cooperado conselheiro assume sua principal atribuição em uma sociedade cooperativa, que é a de representar os associados. Na Unimed-Beta, os cooperados elegem um grupo para o qual se define, *a priori*, a forma de participação dos membros na gestão da Cooperativa. Sendo assim, os conselheiros de administração eleitos aceitam o que a diretoria executiva decide fazer.

Tal situação decorre pelo fato de não haver médicos cooperados que estejam dispostos a assumir a responsabilidade da direção executiva da Unimed-Beta, pois, além de a maioria não apresentar as capacidades necessárias para o exercício da função, eles também não abrem mão do trabalho como médicos na assistência na visão de SSNM's.

“Pouquíssimos médicos têm capacidade de dirigir uma cooperativa. Talvez até exatamente pela profissão deles, talvez a aptidão deles, ninguém tem aptidão para tudo. Então, parece que o profissional que tem aptidão para essa área ali, ele normalmente não tem para gerenciar, para tocar um negócio. Então, a gente vê que a maioria é completamente cru, não dá conta de gerenciar as próprias contas, as coisas mais pessoais. A gente vê que as secretárias passam o maior aperto, às vezes, a própria mulher pega para olhar o que eles não entendem, o quanto ganham, não conseguem gerenciar um extrato bancário. Então, assim, poucos médicos têm essa capacidade de gerenciar, de tocar o negócio, são poucos. Então, não acho que é a toa que a nossa diretoria está aí por vinte anos. Porque não aparece candidato para as eleições. Primeiro ele teria que abrir mão da carreira, pelo menos parte do tempo que ele se dedica à carreira. Ele vai ter de abrir mão e a maioria não quer mexer com isso. E também porque não tem aptidão para gerenciar. Hoje, a empresa é grande, não é qualquer um que pode chegar” (SSNM06).

Aqueles médicos que assumem a função de direção necessitam conciliar o trabalho como diretor da Cooperativa com as atividades da profissão médica. Assim, ser diretor executivo e médico demanda do profissional um conjunto de capacidades, na visão de SSNM. Dentre elas, destacam-se: precisar harmonizar a forma de pensar como diretor com a forma de

pensar como médico ao cuidar da *saúde* da Cooperativa, que são maneiras distintas, e muitas vezes, contraditórias, o que pode levar a uma avaliação negativa por parte da classe médica. Por outro lado, essa ambiguidade dificulta o trabalho dos gerentes.

“É um ponto que deve ser muito difícil. Na hora de ser médico você está ali para você tratar a pessoa, fazer tudo melhor para atender e resolver o problema da saúde daquela pessoa. Até o juramento que eles fizeram lá, que tem de fazer de tudo. Então, isso é uma área importante. Agora que ele vira diretor, que ele fica atrás da mesa, ele tem que olhar a área de saúde, mas não saúde da pessoa, mas da empresa. E, algumas vezes, fica até difícil de tomar alguma certa decisão, em contradição ao médico. Ele como diretor tem de pensar de uma forma e como médico de outra. Tem alguns benefícios, algumas coisas que não pode liberar aqui, ele como Diretor não pode liberar para empresa. E aí como médico você tinha que fazer. Então tem hora que deve dar uns nós na cabeça deles” (SSNM06).

Destacam-se aqui contradições evidenciadas em estudos sobre as profissões. Parsons (1968) acreditava na preponderância da concepção de que as profissões devem servir à coletividade, definindo o comportamento profissional, ideia, segundo ele, disseminada pelas instituições formadoras. Freidson (2009) chamava a atenção para o fato de o modelo de desempenho do profissional ser muito mais apoiado em suas práticas do que nos processos de socialização vivenciados durante a formação universitária. A formação médica sustenta-se na concepção de serviço à coletividade; a prática na gestão da cooperativa médica contempla a socialização apoiada na dicotomia entre resultados econômicos e sociais, em interesses de uma categoria profissional que não são homogêneos e as necessidades da coletividade.

Os entrevistados atribuem uma identidade profissional ao diretor executivo construída na dinâmica entre a identidade herdada da profissão médica e a identidade visada da função de gestão na Unimed-Beta. Na ótica dos SSNM's, a direção executiva da Unimed-Beta é um grupo diferenciado. Os diretores transitam entre a identidade do médico e a identidade do gestor da Unimed-Beta, mas não conseguem se diferenciar totalmente dos demais cooperados, como grupo com uma identidade própria.

Ao dizer *quem são* os cooperados diretores executivos da Unimed-Beta pressupõe-se dizer também *quem eles não são*, pois, a “[...] afirmação da identidade e a marcação da diferença implicam, sempre, as operações de incluir e excluir” (SILVA, 2008, p. 82). Tal configuração leva em conta que “[...] a identidade e a diferença se traduzem, assim, em declarações sobre quem pertence e sobre quem não pertence, sobre quem está incluído e quem está excluído. Afirmar a identidade significa demarcar fronteiras, significa fazer distinções entre o que fica dentro e o que fica fora (SILVA 2008, p. 82).

Na visão dos SSNM's, essa distinção do grupo de médicos diretores executivos - o que somos, o que não somos - se expressa também pelas formas pelas quais se manifesta o não reconhecimento dos diretores, por parte dos médicos cooperados, quando trata-se da remuneração no cargo.

“Muitas vezes, na maioria das vezes não é reconhecido pelos cooperados. Porque eles têm, cada diretor executivo aqui tem o seu horário definido. Então os quatro têm os horários. Só que na hora de uma assembleia geral, você vê na hora que vai ter, principalmente a Assembleia Geral Ordinária (AGO), que tem a eleição, a votação da remuneração, é impressionante, ninguém dá valor. Toda vez é briga na hora da votação para rever a remuneração dos diretores. Ninguém dá valor. Se a Cooperativa está bem, eles não vêem o empenho dos que ficam aqui. Têm reuniões até onze horas da noite, têm as indicações em reuniões de federações que têm de participar, são reuniões que eles têm de participar” (SSNM-05).

Em que pese esse posicionamento, que confirma a visão de SSM's sobre a remuneração dos diretores, chamou a atenção o fato de SSNM's mencionarem diretor no singular, destacando-se especial reconhecimento ao diretor presidente por parte de diversos públicos, incluindo-se médicos e funcionários.

“Ele tem um reconhecimento em toda a classe médica, em todas as organizações na área da saúde, toda a imprensa, todos os órgãos governamentais e todas as associações de classe. Todo mundo sabe quem é o diretor presidente. Não a diretoria executiva não, o diretor presidente. Ele que é convidado. Chega convite aqui de festa junina para ele poder participar e escolher qual que é a melhor quadrilha, então, assim, todos os níveis. Ele é convidado para ser jurado do Miss Minas Gerais, ele é convidado para fazer parte da mesa que está estudando, que está elaborando, planejando o [aniversário da cidade]. Em todas as categorias, todo mundo sabe quem é [nome do presidente], quem é o presidente da Unimed e o que ele já fez pela Unimed. Então a cidade inteira, todos os radialistas, esporte, isso também, aí ele vai no jogo do time da cidade, aí ele vai para o palanque oficial. Todo mundo sabe. Mas tudo que eu estou dizendo, eu estou dizendo com relação a ele, porque é difícil porque os outros, não existe essa visibilidade. As pessoas não conhecem os outros, conhecem só ele” (SSNM07).

“Acredito que é reconhecido e pelo respeito, admiração que a gente percebe nas pessoas, e que eu tenho também. A gente percebe, pelos comentários, pelas opiniões dos outros funcionários” (SSNM13).

Essa visão dos SSNM's sobre o lugar central que o diretor presidente ocupa na Unimed-Beta e entre seus pares na direção reitera as atribuições dos SSM's e demais diretores executivos, o que significa o reconhecimento da liderança por parte daqueles que convivem com ele no cotidiano de trabalho. A liderança é “[...] um meio que facilita as interações pessoais e grupais, inclusive para o alcance de objetivos comuns [razão pela qual] ela deve ser almejada como uma função primordial” (MOTTA, 2001, p. 207).

É importante lembrar que o profissional médico assume a função de direção executiva das cooperativas médicas e ele, somente ele, pode assumir, pois não há prerrogativa legal para que outra categoria profissional assuma a responsabilidade pela gestão nesse tipo de sociedade (BRASIL, 1971). A permanência do diretor presidente e demais diretores executivos nos cargos por um longo período de tempo tem sido a solução encontrada pelos cooperados, até então, para a se fazer a gestão da Unimed-Beta.

Em estudos sobre as profissões, Abbott (1988) atestou que o profissional faz reflexões e decide adequadamente. Lembrou que o saber profissional localiza-se numa lógica que desnuda a complementaridade inequívoca entre teoria e prática. Segundo ele, dados objetivos e dados subjetivos necessitam serem mobilizados para o exercício efetivo de um saber profissional, indo, portanto, além de uma prescrição técnica pré-formatada (ABBOTT, 1988).

Assim, ser médico cooperado no Brasil, no século XXI, pressupõe aprender a fazer a gestão desse empreendimento, a cooperativa de trabalho médico, compreendendo e assumindo a importância do revezamento nos cargos de direção e, conseqüentemente, a preparação para tal. Essa proposta de revezamento emergiu, também, ao se desvelar visões de SSNM's da pesquisa sobre o futuro dos diretores executivos da Unimed-Beta.

#### 5.3.3.5 *O futuro relacionado ao trabalho dos diretores executivos na visão de outros significativos não médicos*

Na trajetória da construção identitária, o momento presente dos diretores possibilitou que os SSNM's manifestassem a visão que têm sobre o futuro desses profissionais. Trata-se aqui de revelar os significados atribuídos por esses *outros significativos* na construção identitária dos diretores executivos. Nesta perspectiva de análise, identificou-se que há SSNM's que associam o futuro dos diretores à medicina assistencial, ponderando sobre a importância deles não deixarem a profissão, pois ela é permanente, diferentemente da função de direção. Eles assinalaram que possíveis mudanças vão ocorrer na Unimed-Beta, em um futuro breve, o que demanda iniciativas por parte dos diretores para evitar possíveis prejuízos na carreira, além da necessidade de preparar a sucessão da diretoria.

“É importante que eles continuem desempenhando a atividade deles normalmente, de uma forma bastante assídua. Por quê? A função de diretor-executivo ela não é permanente. Eu acho a importância de eles estarem fazendo esse trabalho muito bem feito, tanto na Cooperativa, mas também na vida profissional deles mesmos, particular, no caso de um consultório, de uma clínica, porque essa função ela não é definitiva” (SSNM07).

“Embora a diretoria seja muito eficiente e é difícil para médicos ter essa preparação, ter essa capacidade de assumir, mas foi um período também que poderia ter se preparado mais gente. Um período muito longo. Se tivesse interesse, pessoas já poderiam estar sendo preparadas para assumir o cargo futuramente. Mas eu vejo que, de uma forma ou de outra, chega a um ponto que vai esgotando, as pessoas vão começando a querer umas coisas diferentes e muita coisa fica viciada. Não muda e começa a causar uma insatisfação, no grupo de gente nova que chega, que quer uma forma diferente de trabalhar. Aí eu acho que no futuro nós teremos mudança. Um futuro até breve” (SSNM05).

“ O que eu vejo mesmo é continuar, esse tempo todo na Unimed ajudando as pessoas, e, futuramente, mesmo que eles não venham a exercer um cargo de diretor, porque tem uns aí que já estão na época de aposentar, então, aposenta e fica aqui como conselheiro para ajudar a Unimed na parte fiscal, pela experiência e o tempo de vivência que eles tiveram da Unimed. A experiência deles para passar para esses novos diretores é fundamental para a Unimed continuar crescendo” (SSNM06).

Dentre as manifestações sobre o futuro, a sucessão é uma perspectiva que ainda não faz parte dos planos dos diretores, conforme pôde ser observado na análise de sua identidade biográfica. Percebe-se, portanto, a discrepância entre a identidade real e a virtual. A esse respeito, Dubar (2005) e Goffman (1980) afirmam que tal discrepância é passível de acontecer. Os dois processos - biográfico e relacional - são heterogêneos e nem sempre coincidentes, atestando que nunca sei se “[...] minha identidade para mim coincide com minha identidade para o outro” (DUBAR, 2005, p. 135), situação evidenciada na dinâmica identitária dos diretores da Unimed-Beta.

Essa discrepância foi mencionada com preocupação pelos SSNM's. Eles entendem que seria fundamental preparar cooperados para assumirem a função, mas acreditam que a proposta ainda não foi aceita pelos diretores. A preparação de novos dirigentes poderia acontecer tanto associada com a saída dos quatro diretores, em conjunto, como por meio de uma mudança gradual, com a saída de um diretor de cada vez.

“Eu tentei lutar lá para fazer desenvolver novos dirigentes, porque todos vão passar, todos passam. Hoje, pelo que eu conheço de todos [cooperados], não tem um para assumir uma diretoria, e o desgaste dessa diretoria vai acontecer, não adianta. Eu já falei isso com eles. Para mim, é o último mandato de vocês, falei com eles. Eles não aceitam. Vocês querem sair, saiam enquanto está bem, ou então dividam o poder, criem novos gestores. Nós tínhamos que estar fazendo novos. Nós tínhamos que trocar 30%. Está bom. Pára de trocar só o conselho, troca um diretor, 30% dá certinho. Então, ao invés de trocar três do Conselho, troca dois do conselho e um diretor, mas ninguém quer (SSNM17).

No processo de configuração identitária dos diretores, a permanência na função por tantos anos é uma estratégia identitária, na qual a transação subjetiva permaneceu positivamente orientada para o desejo de permanência no cargo. Por sua vez, a transação objetiva continua vinculada aos votos a serem obtidos nas eleições, em parte, decorrentes dos

resultados alcançados na função. Concordando com Dubar (2005), esta é uma articulação problemática entre as duas transações - identidade para si, identidade para o outro.

Houve também SSNM's que manifestaram acreditar que a diretoria executiva iria permanecer por mais tempo, pois, particularmente, o diretor presidente conhece muito do negócio. Acredita-se que a Unimed-Beta deve a ele o lugar de destaque que ocupa no contexto nacional. Foi ele quem criou e implantou o plano de saúde coparticipativo, produto que proporcionou à Unimed-Beta visibilidade e reconhecimento no Brasil. Entretanto, a entrada de cooperados jovens criou um ambiente propício para que a diretoria seja questionada, aumentando a possibilidade de disputas nas eleições. Na visão dos SSNM's, uma nova equipe irá assumir a gestão da Unimed-Beta, em um futuro não muito distante, com a participação dos atuais diretores, futuramente em outras funções, mas continuando a trabalhar com afinco como cooperados e donos do negócio.

“Nós somos reconhecidos hoje nacionalmente pelo plano participativo que foi feito, foi implantado pelo doutor [nome do presidente]. Ele que colocou esse plano. Foi a primeira Unimed a comercializar o plano participativo foi o doutor [nome do presidente]. Então ele conhece isso aí tudo. Então, eu vejo no futuro a nossa diretoria ter esse mesmo reconhecimento que a Unimed-Beta tem. A nossa diretoria não tem esse reconhecimento não. E ela merecia ter esse reconhecimento. O trabalho não é só da gente não. É da diretoria também por causa do apoio que eles dão. Então, eu vejo e espero que a diretoria tenha esse reconhecimento. E principalmente o doutor [nome do presidente]. Pelo excelente trabalho que ele começou aqui do lado, em uma portinha desse tamanhinho, três por quatro, aqui do lado desse salão de beleza aqui. Só que era pequenininho ali. E hoje a cooperativa tem cento e trinta e cinco mil beneficiários, não é fácil não” (SSNM12).

“Como está entrando uma remessa muito nova de cooperados e como nas últimas eleições, já tivemos disputas acirradas, então eu vejo que no futuro não muito distante, tem-se uma nova gestão. Mas, eu creio que assim, esses diretores, principalmente os que hoje atuam muito, eles vão continuar brigando e lutando pela Cooperativa. Eu sei que eles vão lutar também para se manter, porque chegar no ponto que chegou [nesse tempo] foi um trabalho muito árduo para chegar até aqui. Eu vejo que eles vão continuar lutando e brigando com quem quer que esteja na direção, participando mesmo fora como um cooperado e vendo isso aqui como um dono” (SSNM08).

Cabe salientar que os diretores foram reeleitos no primeiro semestre de 2012 e os entrevistados SSNM's, reiterando a visão dos SSM's, já manifestavam para o grupo a intenção de continuar na direção. Identidade e competências profissionais mobilizadas para o exercício da função possibilitaram que os diretores fossem escolhidos novamente para mais quatro anos de trabalho à frente da Unimed-Beta. Em médio prazo, eles continuarão enfrentando no cotidiano os desafios inerentes às dimensões contextuais de seu trabalho.

O lugar central que o diretor presidente vem ocupando na Cooperativa possibilitou vê-lo futuramente desempenhando uma função política. Tal expectativa foi justificada pela visibilidade que o cargo oferece e pelo potencial do ocupante desse cargo na Unimed-Beta.

“Olha, eu imagino ele ocupando uma função política, um cargo político. Imagino, devido a toda essa, vamos dizer, visibilidade que a Unimed deu para ele nesse tempo todo. Não sei se é a vontade dele, mas eu enxergo que tem todo potencial para isso, na minha visão, sabe, ocupar um cargo político” (SSNM07).

As organizações, numa perspectiva política, são examinadas como um sistema de poder em que as pessoas ou grupos procuram influenciar o processo decisório. Da mesma forma que em um sistema político, o poder é visto como um instrumento para fazer com que determinadas ideias prevaleçam sobre outras. Nesses espaços, as pessoas, além de desempenharem funções de interesse coletivo, têm também interesses individuais. Agem de maneira a maximizar seus interesses ou conservar seus recursos de poder. Todos os membros de uma organização participam de um jogo político em que se alternam ganhos e perdas (MOTTA, 2001). Pagés *et al.* (2006) destacam que o poder organizacional não pode ser ingenuamente atribuído a indivíduos ou grupos e, muito menos, localizado em algum espaço da organização. Sendo o poder uma entidade que não pode ser possuída, ele difunde-se em toda a organização e manifesta-se por meio de práticas e relações.

Para complementar a compreensão da identidade virtual dos diretores executivos da Unimed-Beta, desvela-se as relações que eles vivenciam no contexto do trabalho, na perspectiva do *outro significativo* não médico, com quem compartilham esse cotidiano.

#### 5.3.3.6 A identidade relacional na perspectiva de outros significativos não médicos

Sobre os relacionamentos que os diretores executivos estabelecem no cotidiano do trabalho na Unimed-Beta, foram ressaltadas as dificuldades para se administrar os diversos interesses, inclusive, os da própria direção. Como médico na assistência, como diretor e como alguém que tem interesse por preservar sua identidade nessa função, a continuidade depende de votos dos cooperados que atuam na assistência. Portanto, busca-se manter boas relações com eles. Entretanto, são relações permeadas por contradições.

“Eu vou falar do presidente, o doutor [nome do presidente]. Ele é ultrasonografista. Se ele causar politicamente briga com um ginecologista, aquele ginecologista não vai mandar as clientes para fazer ultrassom lá na clínica dele, porque vai ter uma restrição. Porque o doutor [nome do presidente] me chamou a atenção, porque ele está achando que eu estou pedindo ultrassom demais. Do mesmo jeito que o doutor

[nome do presidente] muitas vezes não vai chamar atenção daquele cooperado, que ele manda muito para ele, está pedindo muito ultrassom. Mas existe uma regra aqui. Os exames, ele não podia estar pedido aquele tanto de ultrassom. Então a função do presidente, com a função do médico, ela, às vezes, é conflitante. Entendeu? Às vezes ela conflita seu lado profissional fora daqui com o lado profissional dentro da Unimed. Aquele médico pode ficar com raiva de mim porque o conselho técnico, por algum motivo, chamou atenção e eu assinei a carta. E eu fiz isso, e eu abaixei o honorário esse mês. Deu um negócio, eu aumentei o honorário do ortopedista daquela cirurgia e não aumentei do ginecologista do parto, do obstetra do parto. Então, isso pode conflitar. Pode haver um conflito da função médica e de presidente” (SSNM11).

Dubar (2005), apoiando-se em concepção de Mead (1934), acredita que a negociação identitária entre os “[...] demandantes de identidade em situação de abertura de seu campo do possível e os fornecedores de identidade em situação de incerteza quanto às identidades [...] constitui um processo comunicativo complexo” (DUBAR, 2005, p. 141), no qual a qualidade das relações com o *outro significativo* é essencial na dinâmica das identidades.

Neste sentido, os SSNM’s foram unânimes em dizer que o relacionamento com os diretores é muito bom, transparente, de abertura para a conversa, forma esta que utilizam para solucionar o que é necessário no cotidiano do trabalho, inclusive, por meio de eventos que favorecem a integração da equipe.

“Perfeitamente harmônica. A gente nunca teve problema nenhum. É claro que tem algumas coisas que a gente discorda, e às vezes eu até falo em reunião discuto. Tem umas questões que a gente não concorda. Mas a gente tem um relacionamento de muito respeito, muito saudável, é muito harmônico” (SSNM05).

“Mensalmente, agora passou para trimestral, mas, até o mês passado era mensalmente tem a festa dos aniversariantes dentro da empresa. Aí todo mundo, após o expediente junta lá no faturamento, canta parabéns e cada ano tem um brinde, que é dado para ele. Tem uns pasteizinhos com refrigerante rapidinho, quase, vinte minutos e vai embora. Tinha festa junina, mas o pessoal não gostou muito (passou a ter um baile, agora mês que vem), final do ano tem amigo oculto, quem quiser entrar. Tem a festa do natal, essa festa do natal já é uma festa familiar, pode ir você e sua família. É em um hotel fazenda aqui perto. Então, os diretores fazem questão de participar, vão, marcam presença. Então, esses encontros aí são muito importantes. Tem o seminário anual. Esse ano foi o sexto ou sétimo” (SSNM06).

“O convívio que um diretor tem hoje com o pessoal que vive dentro da Unimed, praticamente tem cento e tantas pessoas, então, conhece todo mundo, é um ambiente muito agradável de se viver. O diretor não tem problema com ninguém. Vai ali na cozinha, toma um cafezinho, conversa com todo mundo. Então, acho que isso aí é importante. Eu acho que, para um diretor, ele gosta disso. Só que para o médico, que fica lá trancado o dia inteirinho sozinho, acho até que aqui na Unimed é a oportunidade que eles têm de conversar com mais gente” (SSNM05).

Na visão dos SSNM’s que ocupam função gerencial na Unimed-Beta, os diretores mantêm com eles uma relação de boa qualidade, sustentada por muita conversa. Berger e Luckmann (1976) acreditam que os *outros significativos* são os principais agentes da

conservação da identidade subjetiva e que o meio mais importante para a conservação da identidade é a conversa. Esta, ao se fazer presente no cotidiano, mantém, modifica e reconstrói a realidade subjetiva do indivíduo.

A aproximação da direção com os gerentes tem sido mais intensa após a saída do superintendente, porque que a diretoria não era tão presente fisicamente como é agora. No período de 2000 a 2011, as relações dos diretores executivos com os gerentes foram intermediadas por um profissional contratado pela Unimed-Beta. Relembrando o período anterior, os SSNM's falaram, também, da necessidade de desenvolvimento de habilidades dos novos funcionários da Unimed-Beta.

“Como foram 11 anos que o [nome do superintendente] esteve na superintendência, a diretoria ficou ausente, assim, no sentido de presença física. Agora que eles estão reassumindo, a partir de janeiro [de 2011] que o Doutor [nome do presidente] está vindo aqui todos os dias na parte da tarde, eles [funcionários] estão vendo a presença dele. A gente está vendo ele entrar e sair da empresa, o que que acontece? Antes eles só vinham aqui a noite. Então o que que acontecia. Os mais novos não tinham a oportunidade, às vezes, até de entender, como que é esse processo, como que é esse procedimento. Acho que em nível de RH, a Unimed precisa dar um passo muito grande, no sentido de possibilitar mais habilidade para o funcionário novo que está entrando aqui” (SSNM15).

“Mas eu, como hoje, estou tendo essa oportunidade constantemente de estar conversando com um, com outro, explicando uma coisa ou outra, é tranquilo. Mas para os demais colaboradores não tem essa abertura. A abertura sempre teve, eles estão aqui e atendem quem quiser e a hora que puder, mas no dia a dia não acontece” (SSNM14).

Foi mencionado um distanciamento dos proprietários da Cooperativa com os funcionários no cotidiano de trabalho, pois as relações acontecem de forma indireta, por meio dos gerentes. Entretanto, ressaltou-se que, nos últimos onze anos, as relações com os gerentes também não eram tão próximas, pois havia a intermediação do ex-superintendente. Esse profissional considerava as relações com a direção muito boa, e, inclusive, citou como exemplo, seu desligamento da Cooperativa.

“Muito boa, sempre respeitosa, sempre. Eu procurei sempre saber qual era o meu lugar, sabia da minha posição. Acho que tudo foi muito positivo no início, meio e no fim também, na minha saída, quando eu decidi me desligar. Foi muito bem conversado, falei com antecedência preparei tudo, de forma clara. Eu deixei para eles, eu ajudei naquilo que pude (ex-superintendente).

A saída desse profissional significou uma modificação nas relações entre os diretores e os funcionários. A partir desse momento, a presença física e a participação dos diretores no

dia a dia da Unimed-Beta foram intensificadas. Eles passaram a acompanhar as atividades e o trabalho dos gerentes e a participarem de forma mais intensa.

“Eles estão presentes, e eles querem sempre saber quais são os contratos que nós estamos fazendo, qual é a evolução do trabalho, qual a rotina, o que cada um desempenha. Então eles são bem presentes” (SSNM16).

A maioria dos SSNM's reiterou o lugar que o diretor presidente ocupa nas relações com seus pares, diretores executivos, bem como com membros dos conselhos. Eles entendem que há uma liderança por parte dele, devido a uma capacidade nata, à experiência, ao respeito que há entre eles, principalmente, às decisões do presidente, em função do tempo dele na função. Entretanto, lembram que há uma centralização de decisões e que as relações poderiam ser melhores, pois da forma que hoje acontecem, tornam-se motivos de preocupação.

“Então, noventa e cinco por cento é o presidente que determina. É ele que faz, é do jeito dele. Aí tem um ou outro diretor que, às vezes, ajuda em alguma coisa, às vezes discorda de alguma coisa, às vezes apresenta uma ou outra coisa, alguma sugestão. E é interessante que a diretoria, o diretor ele não se impõe, ele não precisa se impor. Ele já é, naturalmente, um líder que domina, então, falta o outro ter essa liderança para questionar e fazer. Não é nem que ele seja impositivo não. Ele é porque é nato mesmo. Ele ali e os outros estão mais na deles” (SSNM05).

“Muitas vezes a gente acha que falta a democracia, às vezes o [nome do presidente] é um pouco centralizador. Eu brinco muito com eles, que o doutor [nome do presidente] não pode agir daquela maneira, que a Unimed não é aquela Unimed pequenina, que começou com uma sala, constrangida, pequenininha. Hoje a Unimed é uma empresa. No ano de 2009 ela foi [classificação em termos de faturamento em Minas Gerais] Então nós não somos uma empresa qualquer. Tem que ter participação (SSNM11).

A maioria dos relatos dos gerentes que compartilham o cotidiano de trabalho com os diretores executivos da Unimed-Beta confirmam a discrepância entre a identidade real e a identidade virtual dos diretores. As relações de poder entre os diretores são caracterizadas por uma forma de liderança que remete à perspectiva do *líder carismático fundador*, denominação de Davis e Bialoskorski Neto (2010). Segundo os autores, esse “[...] líder não permite que ocorram opções de liderança e, frequentemente, [...] tem um problema de desempenho tanto na delegação de poder como na indicação sucessória” (DAVIS e BIALOSKORSKI NETO, 2010, p. 8).

Dentre outras razões, a escolha dos diretores por continuarem na função de gestão da Unimed-Beta se sustenta também pelo reconhecimento de que a posição proporciona: visibilidade e trânsito social e político, ser querido, admirado, distinguido por ter participado da construção de uma organização que cresceu e é valorizada na região, ver a satisfação dos

funcionários, bem como por satisfazer a vaidade pessoal, o que significa a existência de diversificadas formas de reconhecimento dos diretores.

“E a gente vê o Doutor [nome do Presidente], com a criação do plano coparticipativo há tantos anos e até hoje ele tem esse reconhecimento. Ele é chamado para fazer palestras no Brasil inteiro, para falar sobre, foi em uma época muito maior, por que hoje quase que o Brasil inteiro já trabalha com esse sistema de coparticipação. Então, eu acho que a principal recompensa é isso mesmo, é o reconhecimento do trabalho dele. Acho que assim, são pessoas que têm uma visibilidade na sociedade muito grande. Traz um trânsito bacana no meio político, no meio social. É uma coisa importante até para a própria Cooperativa. Em alguns momentos, a gente precisa de alguns auxílios políticos. Então, com essa visibilidade, eles conseguem com mais facilidade que qualquer outra pessoa” (SSNM07).

“De ser querido por todos, ser admirado, porque ele está aqui há tanto tempo. Eu acho que é isso que é a recompensa dele. Porque se ele não fosse bom, já teve tantas outras eleições, poderia ter candidatura de outras chapas, já podia até ter saído se não fosse tão boa a administração deles. A recompensa é essa. Ser admirado pelos outros cooperados” (SSNM10).

“Na hora que você vê na carinha, no rostinho de cada funcionário, a copeira, o motorista da ambulância, ou a gerente executiva, a satisfação e o prazer de acordar e vir trabalhar. Estou acordando e estou indo para aquela organização, para aquela operadora. E isso é gratificante, porque é mérito de quem? Dele. É mérito dele. O restante conseguiu fluir, conseguiu. Mas o mérito é de quem? Quem deu as coordenadas? Quem deu o norte? É ele. Então isso é uma recompensa. Eu vejo isso como recompensa” (SSNM14).

“Essa palavra eu não quero que você corte ela não, até pela vaidade das pessoas, um pouco de ambição, que é natural. Todos têm uma ambição, tem que ter. Então, essa é a recompensa que tem, a satisfação maior de uma pessoa ter produzido. Eu diria essa de ter produzido alguma coisa, claro satisfeito o ego. Porque, na verdade, se for sucesso, eu vou colher alguns frutos, pode ser até um pouco efêmero, mas vou colher. Então, eu vejo que essa é a recompensa” (SSNM17).

A transação subjetiva depende das relações com os *outros significativos*, relações estas constitutivas da transação objetiva. A relação entre as identidades herdadas e as identidades visadas “[...] depende dos modos de reconhecimento pelas instituições legítimas e por seus agentes que estão em relação direta com os sujeitos envolvidos” (DUBAR, 2005, p. 140). Pode ser analisada tanto em termos de continuidade, quanto de ruptura, traduzindo-se, portanto, por acordos ou desacordos entre identidade virtual (proposta ou imposta por outros) e identidade real (interiorizada ou projetada pelo indivíduo).

O trabalho como cooperado, diretor executivo da Unimed-Beta, no macrocontexto da saúde suplementar, é um espaço singular de configuração da identidade profissional, pois confronta práticas profissionais da assistência com práticas das funções de governança e de gestão, vivenciadas concomitantemente na cooperativa operadora de saúde Unimed. Sendo a lógica como prestador de serviços - médico e/ou dono de hospital - e a lógica como diretor

executivo da Cooperativa, muitas vezes, até contraditória, desenha-se aí um espaço privilegiado para mobilização de competências profissionais do médico que ocupa a função.

#### **5.4 Competências profissionais dos diretores executivos da Unimed-Beta**

Os dados sobre as competências profissionais mobilizadas pelos diretores executivos da Unimed-Beta no exercício da função foram baseados na visão deles próprios, sujeitos primários desta pesquisa, bem como dos sujeitos secundários do estudo, médicos e não médicos. A partir da análise do conteúdo das respostas dos entrevistados, os resultados foram alinhados aos componentes - cognitivo, funcional, comportamental, ético e político - das competências profissionais que integram a perspectiva de análise adotada neste estudo (CHEETHAM; CHIVERS, 1996, 1998, 2000, adaptado por PAIVA, 2007).

Nessa abordagem, a figura do *outro* é fundamental, pois entende-se que as competências são construídas em um processo dual, no qual há a necessidade de que sejam reconhecidas pelo próprio sujeito e por aqueles que se relacionam com ele no cotidiano de trabalho (DUBAR, 2005). A perspectiva de troca entre o sujeito e terceiros com os quais ele interage nesse contexto é um elemento central na construção da competência, como destacam Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000), adaptado por Paiva (2007).

A seção foi dividida em três subseções: competências profissionais reconhecidas pelos próprios diretores executivos da Unimed-Beta; competências profissionais dos diretores executivos reconhecidas por terceiros, médicos; e competências profissionais dos diretores executivos da Unimed-Beta reconhecidas por terceiros, não médicos. Os relatos dos entrevistados foram classificados conforme os componentes das competências profissionais que integram a perspectiva de análise adotada: cognitivo, funcional, comportamental, ético e político. Entretanto, como em muitas falas, os entrevistados contemplaram mais de um desses componentes, classificou-se respeitando o discurso do entrevistado, não havendo, portanto, um critério de relevância da competência na apresentação e análise dos resultados.

##### **5.4.1 Competências profissionais reconhecidas pelos próprios diretores executivos da Unimed-Beta**

Nesta subseção são apresentadas as competências profissionais reconhecidas pelos próprios diretores executivos da Unimed-Beta. Os conhecimentos da competência cognitiva que se destacaram nas falas dos diretores executivos foram agrupados em três dos cinco

conjuntos do modelo de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000), adaptado por Paiva (2007): conhecimentos técnico e contextual, bem como a aplicação de conhecimento.

No conjunto de conhecimentos técnicos, os diretores destacaram: o conhecimento gerencial sobre a operadora de saúde, o conhecimento em administração e o conhecimento da profissão, este último mencionado como fundamental para respaldar o trabalho do diretor executivo da Unimed-Beta junto à classe profissional e aos usuários.

“Conhecimento gerencial do plano de saúde, e continuar atendendo, não ficando somente como gestor, como executivo, para poder acompanhar e sentir os anseios da classe e dos usuários” (SP01).

“Tem de ter noções boas de administração, isso ai ajuda bastante” (SP03).

“Eu acho que inicialmente você está representando uma classe. Você tem que também ter a competência médica dentro da cooperativa médica. Eu acho muito interessante para a gente dar certo respaldo. Acho que a competência médica é a demonstração de suas características profissionais e ajuda. A competência médica ajuda bastante” (SP04).

No grupo de conhecimentos contextuais, foi destacado o conhecimento sobre a cidade e a região onde a Unimed-Beta está situada, bem como suas características assistenciais, econômica e social.

“Conhecer a região onde ele [Diretor] está, as características assistenciais, econômicas, sociais da cidade e da região é muito importante” (SP01).

Sobre as habilidades de aplicação do conhecimento, foram citados aqueles adquiridos na trajetória de vida do indivíduo e que são conhecimentos gerais como da área de ciências exatas, de economia e os relacionados à atividade esportiva. De acordo com o diretor, esses conhecimentos contribuem para a formação de um líder, e ajudam na resolução de problemas.

“O progresso, se você tem, por exemplo, a tendência de ser esportista, a tendência de você entender de ciências exatas, algumas coisas assim eu acho que me ajudaram bastante. Entender um pouco de economia, tudo sem estudo, sem uma formação adequada, mas são conhecimentos gerais que podem ajudar, somar, na hora que você precisar em uma ou outra situação. Acho que na formação de líder tudo ajuda. Acho que são vários aspectos que vão ajudar a pessoa a resolver os problemas do seu jeito” (SP04).

O conhecimento de mercado, que é um conhecimento contextual, foi também citado como importante e contemplou o conjunto de habilidades relacionadas concomitantemente aos componentes cognitivo e funcional. No entender do diretor, conhecer o mercado é

essencial para fundamentar o diálogo com os técnicos que trabalham na Unimed-Beta, pois eles apoiam e mostram as possibilidades de escolha, mas é o diretor executivo quem decide.

“Tem que ter um grande conhecimento de mercado para poder saber dialogar com os técnicos. Eu acho fundamental você ter um pessoal técnico para te dar o apoio e te mostrar as possibilidades para você tomar a decisão correta” (SP01).

No conjunto de habilidades da competência funcional, os diretores mencionaram a importância de saber utilizar a planilha eletrônica Excel, que se insere no âmbito das habilidades mentais para o uso da tecnologia da informação. Foi considerada como uma condição básica para a realização das atividades do diretor, tanto na Unimed-Beta, quanto na vida profissional de forma geral.

“Então, hoje, planilha eletrônica para mim é básico para tudo na minha vida profissional. O Excel a pessoa tem que saber. Porque você tem seus programas prontos, mas tem seus programas que você tem de controlar. Então nas minhas administrações fora, eu sempre trabalho com a planilha eletrônica. Eu sempre trabalho com a planilha eletrônica” (SP03).

O planejamento, que também é uma habilidade da competência funcional e própria da gestão organizacional, foi citado como importante. Associado à habilidade de planejamento duas habilidades comportamentais se destacaram: a determinação, que faz parte do conjunto profissional; e o saber fazer o melhor para a organização, que é uma habilidade esperada no comportamento profissional.

“Qualquer diretor de qualquer empresa tem que estar determinado a fazer o melhor, procurar fazer o melhor para a sua empresa. Então, assim, em termos de plano, de planejamento, talvez seja isso. Então, é ter determinação e fazer o melhor” (SP04).

A habilidade mental, especificamente o raciocínio lógico, foi outra habilidade relatada pelos diretores e faz parte da competência funcional. Na visão dos entrevistados, muitas ações da função de direção dependem da lógica e não podem ser abordadas de forma mística ou religiosa. Reiterou-se que não cabem radicalismos de qualquer forma, por exemplo, religioso ou político quando se trata de buscar a efetividade na gestão organizacional.

“Talvez também ter raciocínio lógico. A pessoa, às vezes, não pode ser muito mística. Acho que a pessoa não pode ser radical, mas não pode ser muito mística. São coisas que são mais voltadas para a lógica. Não pode ter muitas tendências radicais, de qualquer forma: política, religiosa, de qualquer forma” (SP04).

Ao abordarem os conhecimentos e as experiências de vida que contribuíram para que eles assumissem o cargo de diretor executivo, ficou sinalizada a dinâmica entre a identidade (DUBAR, 2005) e as competências profissionais (CHEETHAM; CHIVERS, 1996, 1998, 2000, adaptado por PAIVA, 2007), mobilizadas por eles no exercício da função. Ao longo da trajetória profissional, os diretores tiveram a oportunidade de desenvolver saberes para: administrar um hospital, aprender informática e conjuntamente abrir uma loja de informática, vivenciar a função comercial e a prática da própria medicina. Essas experiências de vida e conhecimentos relacionados contribuíram para o exercício da gestão na Unimed-Beta.

“Eu tive que assumir o hospital [nome do hospital], de trabalhar com um grupo de médicos bastante heterogêneo, assumindo responsabilidades de levantar um hospital em uma cidade aberta com grande concorrência. Então eu acho que isso me motivou como experiência de vida” (SP01).

“Na intenção de ajudar um irmão em uma farmácia, eu comecei aprender administração com um amigo. Eu tomava aulas periodicamente, diariamente com ele, isso para ajudar um irmão. Uma vez no Imposto de Renda, eu cometi um erro. Então, com isso eu tive que aprender informática, em mil novecentos e oitenta e dois. Eu sou precoce em informática. Aprendi, sou programador, aprendi informática bem. Abri a primeira loja em [nome da cidade] em informática, me entusiasmei e abri” (SP03).

“Eu acho que eu cheguei com boa formação médica, acho que me ajudou, porque eu naturalmente já tinha bom relacionamento com várias pessoas, com médicos também antes de me formar. E, quando formei um bom relacionamento com meus pacientes, com médicos, eu acho que foi o que me deu uma credencial, me deu uma credibilidade, minha formação médica eu acho que foi a principal” (SP04).

Nota-se que os diretores manifestaram ter experimentado situações de trabalho anteriores ou concomitantemente com a gestão da Unimed-Beta que vão além das atividades próprias da assistência em saúde. Ao longo do percurso, a prática profissional foi enriquecida com a diversificação de atividades também em outras áreas. Os diretores relataram experiências de vida profissional que possibilitaram gerar o que Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000) denominaram de metacompetências. Estas englobam a comunicação, a resolução de problemas e o autodesenvolvimento e que pressupõem a reflexão.

Em estudos sobre a categoria médica em Portugal, Correia (2012) destacou a reflexividade, mencionando Acher (2007), como elemento fundamental para o exercício da profissão médica. De acordo com ele, a “[...] reflexividade é o exercício cognitivo realizado quotidianamente pelos indivíduos, assumindo o papel de definir e situar os contextos sociais exteriores que os envolvem” (CORREIA, 2012, p. 36). Trata-se de se desenvolver a capacidade de reflexão, fundamental também na concepção de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000). A partir da reflexão sobre a experiência concreta, é possível a formação de

conceitos abstratos e generalizações, que podem ser estendidos ou aplicados a novas situações, propiciando o desenvolvimento das competências (BITENCOURT, 2008). Esta autora destacou a importância das situações vivenciadas pelo indivíduo no trabalho como forma de estimular o desenvolvimento das competências, inclusive, gerenciais.

A competência comportamental ou pessoal foi mencionada pelos diretores e contemplaram um conjunto de habilidades relacionadas ao social/profissional, em geral, com destaque para as habilidades interpessoais.

“Muita humildade. Compromisso, muita seriedade no trabalho” (SP01).

“Responsabilidade no trabalho, nos horários nas obrigações” (SP02).

“Tem que ter a sabedoria de dialogar, tem de aceitar as críticas” (SP03).

“A gente tem de ser flexível, paciente e democrático” (SP04).

Uma competência comportamental associada à competência ética foi citada por um dos diretores ao mencionar a importância de se fazer sempre o melhor tanto na profissão como na Unimed, uma habilidade intraprofissional, adotando-se atitudes apropriadas à profissão, como ajudar as pessoas, um valor profissional.

“Sempre procuro fazer o melhor possível. Então me dediquei a cuidar da Unimed bem, e o que era preciso fazer. E na profissão também, nunca me esqueci, sempre realizei um bom trabalho dentro da minha profissão, cultivando amigos, pessoas também, procurando ajudar” (SP04).

Neste relato, o diretor explicita a dinâmica entre a identidade biográfica e as competências profissionais mobilizadas no exercício da função como gestor na Unimed-Beta. Essas habilidades preconizadas para a formação e a profissão médica (BRASIL, 2001) são reproduzidas como alternativa de ação na experiência do Diretor Executivo (DUBAR, 2005).

Foi lembrado também que a estrutura da personalidade é um componente importante da competência pessoal, pois possibilita que se construam melhores relações interpessoais / profissionais. Acredita-se que pessoas com temperamento instável, que não sabem respeitar os demais, criam muitas arestas e tendem a ser rejeitadas.

“Se você é uma pessoa intempestiva, você cria muitas arestas, já tem muitas rejeições, naturalmente. Então eu acho que a personalidade é outra competência importante, acredito. A questão de você saber respeitar as pessoas, ter esse lado cooperativista” (SP04).

As interações de qualidade são elemento essencial na construção da identidade profissional, pois, como assevera Dubar (2005), a qualidade das relações com o outro é “[...]”

um critério e um elemento importante da dinâmica das identidades” (DUBAR, 2005, p. 141). Sendo assim, o médico é um profissional que tem a oportunidade de aperfeiçoar a qualidade das interações com o outro a partir de sua atividade básica na assistência. A liderança é também uma prática que demanda a qualidade das interações com vistas ao alcance de resultados, tanto no nível da coesão nos pequenos grupos (BERGAMINI, 2006), quanto para o efetivo exercício desse trabalho abrangente e diversificado (RUAS, 2004).

No que concerne à competência ética, os entrevistados mencionaram os valores pessoais e profissionais. Sobre os valores pessoais, destacaram a transparência e a honestidade; a adoção de atitudes apropriadas para colocar limites, respeitando o interesse maior da coletividade; a importância de manter-se atualizado profissionalmente e o dever de ajudar as pessoas; o cooperativismo e a cooperação foram mencionados como uma forma de motivação para os profissionais.

“Você tem que ter autoridade suficiente para chegar e falar não. Não é desse jeito, você não está agindo de acordo com a nossa norma. A gente tem que ter autoridade para poder saber falar não. É igual filho mal criado” (SP01).

“Ser cristalino, ser honesto. Aprendendo com outras empresas do mesmo ramo, até mesmo, com ramos diferentes. Aprende-se e aplica-se aqui. É estudar. Eu acho que o conhecimento é básico. Tem que aprender, tem que evoluir” (SP03).

“A gente está sempre acompanhando a evolução do sistema cooperativista. Todo ano temos simpósios estaduais, convenção nacional que a gente acompanha; procura estar por dentro, atualizado e informado” (SP02).

“Hoje, as empresas não têm que ver só o lado capitalista, nem só o lado social, paternalista. Tem de ter uma forma de promover as pessoas socialmente no trabalho, alguma coisa assim, ou a um objetivo. Eu acho que o lado de motivação das pessoas que o cooperativismo pode dar, ele é melhor e mais saudável para as pessoas” (SP04).

Os diretores se manifestaram ainda sobre a competência ética associando-a à competência funcional. Sobre a competência ética foram citados valores profissionais de julgamento ético, reconhecendo-se os limites dessa competência. No que tange à competência funcional, pensa-se o futuro da Unimed-Beta. Eles informaram planejar a sustentabilidade da Cooperativa, mencionando também a necessidade de investimento nos funcionários, habilidades próprias do processo de gestão organizacional.

“Um corpo técnico capacitado, compromissado. Isso permite que a Cooperativa se mantenha firme, independente de quem possa assumir a direção. Porque isso realmente é uma coisa que preocupa em termos de empresa. Você ter uma empresa que está sujeita às mudanças, às vezes, mudança radical. É semelhante à política. De repente você muda os gestores que têm visão diferente, pode ter uma ruptura. Isso é

ruim para a empresa, para os usuários, principalmente. Então, esse corpo técnico permite que a instituição continue, ou seja, que ela permaneça” (SP01).

Os quatro componentes das competências profissionais apresentados nos relatos dos diretores executivos da Unimed-Beta foram identificados como essenciais aos profissionais nos estudos de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000). A proposta dos pesquisadores foi enriquecida por Paiva (2007), que acrescentou a competência política à perspectiva de análise.

No que concerne à competência política, os diretores falaram de habilidades nos níveis pessoal, profissional, organizacional e social. No nível pessoal e profissional, citaram de forma contundente a habilidade de *jogo de cintura* para lidar com os diversos públicos que se relacionam com a direção da Cooperativa, dentre eles, os médicos.

“Muito jogo de cintura. Porque ele [diretor] constantemente é bombardeado pelos colegas e também pelos colaboradores ou as clínicas, os hospitais que têm o interesse comercial, querendo passar os interesses próprios” (SP01).

“Ter jogo de cintura também para conversar com os cooperados, que são donos, com os prestadores de serviço, laboratórios, hospitais e tudo” (SP02).

As habilidades no nível pessoal tratam da percepção de *jogos políticos* ligados às organizações e às pessoas e aqueles derivados de interesses particulares do profissional, conforme destacado por Paiva (2007). Torna-se importante notar que, ao assumir a função de diretor, o médico acresce, às habilidades do nível pessoal, habilidades do nível profissional que dizem respeito a comportamentos ligados à manutenção do profissionalismo. Como os médicos associados são os donos da Cooperativa, alianças com eles para o exercício do poder profissional tornam-se essenciais e a união dos médicos fundamental para a Cooperativa.

“A maior aliança nossa é com os próprios médicos. Nós temos que ter o diálogo com os médicos. Graças à união dos médicos que a nossa Unimed hoje é forte. Porque nós utilizamos transparência e usamos nosso raciocínio lógico. A gente talvez dá um certo lucro para eles. E vai criando-se uma coisa mais unida; se não tiver união do médico não tem jeito. Então, nós temos que ter abertura, diálogo, explicar o porquê das coisas. A união dos médicos é a melhor coisa, e isso se consegue conversando, explicando, mostrando o que realmente está acontecendo” (SP03).

Ao falar sobre a importância da união dos médicos para manter a solidez da Cooperativa e, portanto, do profissionalismo, o diretor associou a competência política com as competências comportamental (habilidades interpessoais) e funcional (habilidades mentais, especificamente o raciocínio lógico).

Como diretores executivos, os entrevistados mostraram necessitar também de habilidades no nível organizacional da competência política. Estas se referem a fontes estruturais e normativas de poder, nas quais se desenvolvem as ações de produção conforme proposto por Paiva (2007). Para os diretores, a habilidade de formar e manter as alianças com diferentes públicos da Unimed-Beta como funcionários, hospitais, fornecedores e clientes, é essencial para a gestão da Cooperativa.

“Alianças eu acredito que você tem de ter colaboradores, que você compartilha ideias, que você confie. Então, são alianças de confiança, vamos falar assim, entre os colaboradores, mas, principalmente, de conhecimento também. Você tem de ter pessoas que estão entendendo o que você está falando. Para a Instituição, vários tipos de aliança são importantes com empresas ligadas ao setor, como hospitais, fornecedores e com clientes. Os clientes também, às vezes, você tem de fazer alianças. Às vezes, você tem que fazer até algo mais, você tem que tomar decisões extracontratuais, você tem que atender o melhor possível, fazer um esforço” (SP04).

Na visão de um dos diretores, ser gestor é o resultado da associação entre o perfil do profissional e a oportunidade que surge em sua trajetória. Segundo ele, o indivíduo vai se tornando gestor, na medida em que os objetivos vão sendo assumidos e alcançados.

“Um perfil aliado a oportunidades. Eu acho que você não decide ser um gestor, a coisa vai acontecendo, e vai surgindo e a se pessoa tiver um perfil, a coisa vai acontecendo. Ela pega os objetivos e vai concretizando, sua viagem que apareceu vai ser feita. O destino que apareceu para ser traçado. É isso que eu queria te falar que eu acho que é ser um gestor, são coincidências, eu acho (SP04).

Para compreender as competências dos diretores executivos à luz da perspectiva de análise adotada neste estudo, foi fundamental conhecer aquelas que são reconhecidas por eles próprios, e agregar a visão dos sujeitos secundários da pesquisa, que convivem com eles no cotidiano de trabalho. Primeiramente, elucidam-se as competências observadas por terceiros seus colegas médicos cooperados da Unimed-Beta.

#### 5.4.2 Competências profissionais dos diretores executivos da Unimed-Beta reconhecidas por terceiros médicos

Os SSM's entrevistados manifestaram o reconhecimento por competências profissionais mobilizadas pelos diretores executivos que contemplaram os cinco componentes do modelo de análise utilizado: cognitivo, funcional, comportamental, ético e político (CHEETHAM e CHIVERS, 1996, 1998, 2000, adaptado por PAIVA, 2007).

No âmbito da competência cognitiva foram elencados conhecimentos contextuais: o negócio da organização, o segmento de saúde suplementar, o cooperativismo médico e o mercado competitivo no qual a concorrência é, muitas vezes, predatória, segundo a visão dos SSM's. Eles destacaram a importância de o diretor manter-se atualizado, o que é um valor profissional da competência ética, bem como de preservarem a qualidade dos serviços prestados pela Cooperativa, habilidade própria do processo de gestão organizacional e relacionada com a competência funcional.

“Conhecer o negócio que ele está administrando, estar sempre atualizado nesse ponto de administração que são situações dinâmicas. No plano de saúde as regras mudam, como se diz a própria profissão surgindo novos procedimentos, novos exames etc. Estar atualizado em relação à área específica do que é administrar um plano de saúde” (SSM19).

“Foco no empreendimento que realmente é um plano de saúde. É complicado, porque a concorrência é desleal. Tem plano de saúde aqui oferecendo o plano pela metade da Unimed, e isso é predatório. Mas é uma conduta de alto extermínio, porque eles não têm como sobreviver. Então, você vê que realmente navegar nesse mar revolto da concorrência é complicado, e não pode perder o foco na qualidade do serviço” (SSM23).

Conhecimentos da competência cognitiva foram reiterados e explicitados com maior nível de detalhamento pelos SSM's. Eles consideraram importante o conhecimento contextual da Cooperativa por parte dos diretores, contemplando: os funcionários, os usuários, os cooperados e a região na qual a Unimed-Beta atua, bem como o sistema de saúde e os serviços que a Cooperativa pode efetivamente oferecer à sociedade. Em uma metáfora, associou-se o lugar do diretor a uma *vidraça* na qual pedras vão ser atiradas. A sabedoria consistiria em *guardar as pedras* e aproveitá-las de forma construtiva para alcançar a estabilidade organizacional. Para tal, seria essencial ter *jogo de cintura*, que é uma habilidade pessoal e profissional do componente político. Nesse conjunto, ressaltou-se também o equilíbrio psicoemocional, habilidade interpessoal da competência comportamental.

“A pessoa tem que conhecer bem toda essa máquina administrativa, desde funcionários, a usuários, a cooperados, a região, o sistema que tem que ser, na verdade, a gente vende um produto, o nosso produto é saúde. O bom administrador ele tem que conhecer aquilo que ele está vendendo, para quem ele está vendendo e aquilo que ele pode oferecer, não é vender só. Ele tem que saber se pode oferecer; ele tem que ser uma pessoa de um jogo de cintura muito amplo, porque ele vai ser, a maior parte do tempo, ele vai ser vidraça, vai vir pedra de todo lado. Ele tem que ter uma sacola grande, ser uma vidraça muito resistente e ter uma sacola grande para pegar essas pedras, ir guardado e com elas ir construindo a estabilidade, a base do seu gerenciamento. O bom gestor tem que ser um bom negociador, simpático, entender isso tudo. Tem que ser uma pessoa muito calma, com uma psicologia extrema, um psicoemocional muito equilibrado” (SSM28).

O conhecimento contextual sobre o cooperativismo, parte da competência cognitiva, foi ressaltado pelos SSM's como fundamental para aqueles que estão à frente de uma cooperativa de trabalho médico. Soma-se a esse conhecimento aqueles que são apreendidos na prática do profissional como médico e também na experiência do diretor executivo na função, em decorrência do período significativo que ocupam o cargo.

“O nível de informação sobre o cooperativismo tem que ser intenso, então, ele [diretor] tem que ser um estudioso de cooperativa, da nossa em especial obviamente, que é uma cooperativa de trabalho médico. Mas, como é uma cooperativa de trabalho, então, de certa forma a experiência conta muito. E o tempo que eles têm nesse cargo deu a eles experiência, que transmite certa confiança. Então, estudo é fundamental” (SSM20).

O tempo dos diretores no cargo, que é superior a três mandatos, em alguns aspectos foi considerado como positivo. Eles conhecem bem a Cooperativa, por serem fundadores da Unimed-Beta, e colhem frutos por conseguirem alcançar resultados que interessam aos cooperados, como é o caso das *sobras* no final do ano, mencionadas como expressivas. Em outras palavras, os SSM's reconhecem competências cognitivas, funcionais e éticas dos diretores, destacando o conhecimento tácito, ligado ao desempenho na função de direção, que é relacionado à competência cognitiva; as habilidades próprias da gestão como o alcance de resultados financeiros, que se insere na competência funcional; bem como a valores pessoais e profissionais, que compõem a competência ética. O trabalho do grupo de diretores, que implicou a mobilização desse conjunto de competências, possibilitou que eles conquistassem uma posição particular na Cooperativa.

“Esses diretores atuais são fundadores. Eles estão em uma posição bastante cômoda, porque conhecem tudo da Unimed. Eles fundaram, eles saíram na vanguarda de muita coisa. Esse plano participativo da Unimed-Beta foi criado por eles. A Unimed dá uma sobra para o cooperado, significativa, expressiva, almejada e muito esperada durante o ano. Então, assim, até onde eu sei, eles têm uma conduta ilibada. É difícil aparecer um grupo aí que venha desbancar essa atual diretoria” (SSM29).

Abordagens sobre competências convergem no sentido da importância do trabalho dos gestores nos processos de transformação e de obtenção de resultados organizacionais (RUAS, 2001; MOTTA, 2001; MINTZBERG, 2003; DAVEL e MELO, 2005). No entender de Ruas (2004), os atributos para o efetivo exercício desse trabalho são abrangentes e diversos. Nesse sentido, observou-se que a atuação dos médicos na função de direção executiva da Cooperativa implicou também a mobilização de meta/transcompetências, que contemplaram a comunicação, a resolução de problemas e o autodesenvolvimento, visando alavancar os demais componentes das competências. Os cinco conjuntos de conhecimentos da competência

cognitiva - técnico, tácito, processual, contextual e de aplicação dos conhecimentos - foram reconhecidos nas falas dos SSM's e considerados como essenciais para que o diretor articule as demandas dos diferentes públicos da Unimed-Beta - clientes, prestadores de serviço e médicos cooperados.

“Mobilizar uma competência de empresário, no sentido de proteção da cooperativa. Então, aquela visão de empresário, visão comercial, muitas vezes, é necessária para que se mantenha uma gestão saudável!” (SSM20).

“Ser visionário, pensar um pouquinho diferente do habitual de cooperativa, para que a gente consiga manter essa cooperativa alinhada, firme. Porque a medicina muda muito e o que era de certa forma um perfil de cooperativa de trabalho médico no passado de dez, quinze anos, hoje a gente já está convicto que tem de mudar muita coisa, em função de como anda a Medicina. Porque, na medicina são interesses meio ilógicos com um fim comum que é o paciente. Mas o paciente tem um interesse x, a cooperativa de trabalho y, os hospitais z e nenhum se cruza. Então, você fazer um trabalho nesses três mundos não é fácil não. E a cooperativa tem, de certa forma, a obrigação de promover a interseção desses três” (SSM20).

A competência funcional foi elencada destacando-se a capacidade para a comercialização dos produtos da Cooperativa que é habilidade própria da gestão organizacional. Tendo em vista os diferentes prestadores de serviços, há necessidade de conhecimento desse contexto que compõe a competência cognitiva. A adequada negociação de preços implica *jogo de cintura* por parte do diretor, habilidade pessoal e profissional da competência política.

“Desde a venda do plano, a negociação para a venda do plano, porque nós temos concorrentes chegando toda hora, você tem que ficar atento, é um comércio, você tem que ficar atento... até a liberação de um pequeno procedimento seja ele uma, sei lá, uma cirurgia, por exemplo. Porque nem todos os hospitais são iguais, os hospitais são diferentes, mas estão na mesma região, e são tabelas diferentes. Eu acho que é isso aí, o conhecimento dele, o *jogo de cintura* tem que ser muito grande” (SSM21).

O reconhecimento de competências mobilizadas pela direção da Unimed-Beta foi reiterado ao se relembrar o momento de implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) na Cooperativa, em 2003. A CBHPM foi criada pelo CFM com a finalidade de adotar-se um padrão de remuneração dos procedimentos médicos para o sistema de saúde suplementar. Na ocasião, foi mencionado pelo entrevistado que houve resistência generalizada no Brasil, e que a Direção da Unimed-Beta resolveu a situação rapidamente, fazendo todas as adequações do nível organizacional (competência funcional), criando sinergia com os médicos para enfrentar a situação coletivamente (competência política) e atendendo às reivindicações da categoria profissional

na Unimed-Beta (competência ética). Trata-se de um conjunto de habilidades mobilizadas pelos diretores executivos para o enfrentamento de desafios do contexto de trabalho.

“Esse rol [CBHPM] veio não só para especificar o que hoje nós temos, mas também para tentar regulamentar o nível de honorários, para que isso fosse um indicador para reajustes. Deveria acontecer uma mudança extremamente grande, de ordem estratosférica do ponto de vista de informática, financeira, impacto dentro da cooperativa sobre esses aspectos todos para que fosse adequado. Houve resistência no Brasil inteiro; em Minas, a resistência foi muito importante. Houve até batalhas judiciais em função disso. E a Unimed-Beta teve a postura de ficar do lado médico, de usar frases do tipo *os nossos inimigos na verdade são os outros*. Nós vamos sair na frente em relação a essa questão de equacionar tudo: impacto, mudança em nível de informática, como codificar, as codificações todas alteradas, executar bons valores no primeiro momento e tornar possível essa briga que é nacional. Então ela foi parceira nesse sentido, foi competente para poder resolver, foi rápida” (SSM20).

Observou-se que os SSM's reiteraram a visão dos diretores de que a obtenção de bons resultados financeiros e o consequente apoio ao grupo de direção para a permanência nos cargos são fatores decorrentes da competência funcional, isto é, contemplam habilidades próprias da gestão. Nesse aspecto, concorda-se com Lima (1995) e Davis e Bialoskorski Neto (2010) quando eles afirmam que se trata de uma simplificação da forma de compreender a gestão de cooperativas, pois, nesse tipo de sociedade espera-se que haja participação efetiva dos associados, bem como que os resultados não se limitem à perspectiva econômica. Como o não reconhecimento da participação efetiva da direção em um dos conselhos foi relatado, uma contradição se evidenciou, pois, os SSM's manifestaram também reconhecer que a Unimed-Beta valoriza a ação na perspectiva social.

“Os resultados sempre mostram para os cooperados como que a cooperativa está indo. Eu acho que é uma forma, até se precisar de aliança. Por exemplo, na última eleição foi uma eleição muito tranquila porque a Cooperativa estava indo muito bem, sem oposição. Então, a gente percebe que os resultados também falam por si” (SSM19).

“Uma participação mais efetiva nos conselhos, eu acho que é importante. No nosso conselho mesmo, eu acho que ajudaria bastante. Concluiria mais os casos, as pendências” (SSM25).

“Eles participam, têm uma ação social muito importante na região sabe. Então, isso é para mim é muito importante, não perder esse foco do social” (SSM23).

Outro aspecto mencionado que pode estar associado à demanda por participação mais efetiva junto ao conselho foi o reconhecimento, por parte de SSM's, da dificuldade do profissional médico trabalhar em equipe. No entender do próprio médico, essa dificuldade é consequência de uma prática de trabalho muito individual, muito centralizadora quando o

profissional atua em grupo. No depoimento não há o reconhecimento da habilidade interpessoal, parte da competência comportamental, na visão do SSM entrevistado.

“E eu vejo que, na profissão médica, há certa dificuldade, é um profissional que tem certa dificuldade para trabalhar em equipe. Ele, às vezes, tem uma atuação muito individual, muito centralizadora quando trabalha em grupo. Saber reconhecer que é importante se livrar disso” (SSM19).

Torna-se interessante notar que, concomitantemente à dificuldade de o médico diretor executivo trabalhar em equipe, emergiu a presença de expressiva capacidade de escuta, habilidade interpessoal relacionada ao social/profissional que integra a competência comportamental. A capacidade de escuta foi mencionada como importante para a negociação, que é uma habilidade da competência política. Entretanto, para tal, o diretor necessita de embasamento teórico em cooperativismo (conhecimento teórico da organização), assim como conhecer o mercado (conhecimento contextual), ambos os conhecimentos da competência cognitiva, visando a atender às necessidades dos cooperados, competência ética profissional.

“Nessa diretoria, que está aí há muito tempo, eles têm o dom de saber ouvir muito, é ouvindo que eles sabem negociar; negociam muito bem e dão mostras de competência mesmo e têm um embasamento teórico muito bom. Todos eles fizeram o curso de cooperativismo, tiveram a chance e aproveitaram muito bem. Todos eles são muito bons” (SSM23).

“Capacidade de escutar, por mais que muitos anseios não possam ser atendidos, mas escutar e tentar explicar por que aquilo não pode acontecer. Acho que é fundamental, na tentativa de estar sempre melhorando. Claro que acompanhando o mercado e tentando melhorar frente ao desejo dos cooperados” (SSM26).

A competência ética no âmbito pessoal e profissional dos diretores executivos também foi mencionada pelos SSM's. Eles entendem que ambas são fundamentais para o exercício da função na Cooperativa. Mencionou-se o caráter e o bom trânsito do médico no campo profissional como valores pessoais (competência ética pessoal), pois, acredita-se que a credibilidade seja essencial em uma cidade pequena onde todos se conhecem. Os SSM's entrevistados acrescentaram também os valores profissionais (competência ética profissional), citando a adoção de condutas apropriadas como fundamental para que nenhum dos parceiros da Unimed-Beta seja prejudicado, dentre eles, os usuários, os hospitais e os fornecedores de equipamentos e de medicamentos.

“O caráter da pessoa e, assim, o bom trânsito que ela tem no meio médico. Acho que isso aí é o principal. Pelo menos em uma cidade pequena, que a gente conhece todo mundo” (SSM29).

“A cooperativa trabalha com parceiros: são os prestadores, são os hospitais, clínicas, laboratórios, fornecedores. Então, na minha função conversei muito com fornecedores que querem implantar produtos, material, medicamento e, algumas vezes, são inovações e eles me procuram. Eu digo a eles, nós somos parceiros, o fornecedor é um parceiro, o prestador é um parceiro, o cliente é um parceiro. Quem nos paga é o usuário. Então, são alianças que a gente faz, todos têm de estar dentro do mesmo barco e remando na mesma direção. Ninguém pode se beneficiar muito, porque quando um beneficia muito prejudica o outro” (SSM09).

Trata-se de conseguir fazer uma gestão efetiva da Cooperativa de trabalho médico lidando com públicos que apresentam características diferenciadas e estão inseridos em um contexto dinâmico, continuamente impulsionado pelo avanço tecnológico no campo dos recursos diagnósticos e terapêuticos. O caráter ílibado, já mencionado, e a honestidade foram explicitados como fruto de uma boa formação familiar e ressaltados pelos entrevistados como características importantes para a atuação nesse contexto de trabalho que exige adesão a valores pessoais e profissionais, ou seja, competência ética dos diretores executivos.

“O importante é a gente ter uma boa formação familiar, caráter. Caráter em qualquer cargo para exercer para mim é o primordial a pessoa ter um bom caráter, ter um objetivo, procurar ser honesto dentro do que faz” (SSM09).

“Ele tem que ter ética, porque só entra ali a figura que é ética. Porque o médico, de certa forma, ele confia no colega, mas ele confia na ética do colega. Ética em todos os sentidos” (SSM20).

Para complementar a visão dos colegas SSM's sobre as competências dos diretores executivos da Unimed-Beta, apresentam-se as habilidades relacionadas à competência política. Esta competência foi destacada por parte do referido grupo de entrevistados, sendo combinada com outros componentes do modelo nos relatos. As habilidades da competência política, mencionadas pelos SSM's, contemplaram os níveis pessoal, profissional, organizacional e social (PAIVA, 2007).

Reiterando a competência política reconhecida pelos próprios diretores executivos, os SSM's citaram o *jogo de cintura* e a flexibilidade como importantes no exercício da função, sendo estas habilidades do nível pessoal e profissional. No processo decisório, observar e considerar os interesses dos diversos públicos da Unimed-Beta, que, direta ou indiretamente serão afetados, foi também uma habilidade do nível organizacional mencionada. Trata-se de ter uma *veia política* para lidar com diferentes variáveis na Cooperativa.

“O indivíduo tem que ter um *jogo de cintura*, uma maleabilidade muito grande porque nem sempre as decisões que ele gostaria de tomar, ele pode tomar. Antes de tomar uma decisão, ele tem que olhar ao redor, quatrocentas pessoas que são cooperados e que prestam serviços, x clínicas, x hospitais, n instituições e cento e vinte mil usuários” (SSM20).

“Tem que ter uma *veia política* importantíssima, isso aí não tem jeito, tem que saber lidar com pessoas, vaidades, egos, questão de poder, disputa de poder etc. Eu acho que isso aí, dentro da cooperativa, é fundamental” (SSM24).

A cooperativa de trabalho médico apresenta singularidades no que tange ao processo decisório, tanto no nível da gestão, quanto da governança e, de acordo com Pereira (2011), os cooperados (donos), representados em assembleias, conselho de administração e diretoria executiva fazem parte das duas estruturas. Como os diretores da Unimed-Beta vêm atuando nesses dois níveis da estrutura por um período de tempo expressivo, na visão de SSM's foi possível que eles fidelizassem os cooperados e garantissem o apoio às propostas que são levadas às Assembleias.

“Nossa Unimed é o seguinte, ela tem uma plateia fiel. É por isso que está se perpetuando na direção da Unimed. Então, às vezes, essa aliança seja o mais importante para eles. Todas as assembleias que têm tudo que vai ser votado que a diretoria propõe tem uma plateia fiel que vai lá aprovar” (SSM18).

No relato, evidencia-se a mobilização da competência política no exercício da função, sendo reconhecidas pelos SSM's habilidades do nível profissional, isto é, aquelas que favorecem a manutenção do profissionalismo e habilidades do nível organizacional, que são voltadas para ações que implicam dominar fontes de poder.

A estrutura de poder do cargo de diretor da Unimed-Beta é um recurso utilizado pela direção da Cooperativa para conseguir o apoio dos médicos em períodos de eleições, segundo relato dos SSM's. Trata-se de habilidade do nível organizacional, componente da competência política. Os diretores buscam esse apoio com colegas dos hospitais onde exercem suas atividades, utilizando-se, assim, de fontes pessoais e relacionais de poder, isto é, mobilizando habilidades do nível social da competência política.

“Alguns Diretores participam ligados mais a algum hospital. Acho que eles buscam muito apoio para a posição que eles estão, principalmente, em época de eleição, dentro daquele hospital que eles exercem mais as suas atividades. Talvez demonstrando que eles podem, como diretor, trazer benefícios para aquele grupo de colegas. Eu observo isso, às vezes, em época de eleição” (SSM19).

Nas entrevistas emergiu também o questionamento sobre a qualidade da interação entre a Cooperativa e os hospitais, no que se refere à remuneração desse prestador de serviços. Tendo em vista que os SSM's são cooperados que ocupam a função de conselheiros na Unimed-Beta, reiterou-se a existência de diferentes grupos de interesses pressionando a direção. Ao manifestar a necessidade de melhor alinhamento entre a Unimed-Beta e o hospital, o entrevistado demonstrou não reconhecer aspectos das competências cognitivas

(conhecimento contextual) e funcional (habilidades próprias da gestão) dos diretores. Entretanto, pode-se considerar como uma visão reducionista da realidade da gestão da Unimed-Beta. O SSM propõe que a direção desconsidere outros públicos da Cooperativa - médicos, fornecedores, laboratórios e clínicas - e se alinhe melhor com o hospital.

“Há de se ter ajustes para uma sobrevivência melhor do hospital e da Cooperativa. Acho que está faltando interatividade hospital e cooperativa. Não é nem médico, nem fornecedor, nem laboratórios, nem clínicas, é o hospital. Hospital e cooperativa têm que se alinhar melhor” (SSM20).

Mediante a visão de SSM's, foi possível identificar como a diretoria executiva da Unimed-Beta vem lidando com conflitos de interesses, como o citado anteriormente, e com singularidades da gestão da cooperativa de trabalho médico operadora de saúde no conturbado macrocontexto da saúde suplementar no Brasil. Dentre outros fatores, a liderança do diretor presidente mereceu destaque nas entrevistas. Considerou-se como uma variável significativa para que a Unimed-Beta se tornasse uma organização economicamente viável e seguisse em frente administrando interesses heterogêneos de diferentes públicos.

“Acho que tem que ser um líder para conseguir que um grupo que, embora tenha características homogêneas, é tão heterogêneo de interesses. Eu vejo como um grupo heterogêneo de ideias. Conseguir levar a empresa em uma direção economicamente viável, para continuar crescendo no mercado que é competitivo e tal. Então, não é a toa que, por exemplo, que o presidente está há tanto tempo. Acho que ele tem realmente essa característica” (SSM27).

As competências mobilizadas pelo diretor presidente no exercício da função foram destacadas de forma contundente pelos SSM's entrevistados. Lembrando que o mesmo exerce a função por mais de duas décadas, destacou-se que a principal evidência de uma competência administrativa, diga-se funcional, na perspectiva de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000), é reconhecida pelo resultados das ações empreendidas, ou seja, as *sobras*<sup>29</sup>, indicador de habilidades próprias da gestão organizacional. Somam-se a elas a habilidade interpessoal de saber ouvir e ser acessível, próprias da competência comportamental, e habilidades do nível pessoal e organizacional, componentes da competência política. Destacou-se a confiança manifestada por um SSM nas competências do presidente, quando ele afirmou que se pudesse entregaria seus bens para que o diretor presidente administrasse, pois informou acreditar que eles aumentariam.

---

<sup>29</sup> A Lei n. 5.764/71, que definiu a política nacional de cooperativismo, prevê o “[...] retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado” (BRASIL, 1971).

“A evidência maior de uma competência administrativa é que ela [Unimed-Beta] dá lucro. Na cooperativa não é para dar lucro? A cooperativa tem que dar lucro, senão ela quebra. Só que, apesar de todos os depósitos que o governo exige que a gente faça, é realmente uma diretoria que sabe o que faz, extremamente prudente. E eu acho muito acessível, sabe ouvir muito, e uma diretoria que negocia muito bem. Eu me sinto muito à vontade para dizer isso porque, se eu pudesse entregar meus bens para o presidente da Unimed-Beta administrar, eu acho que ia aumentar, sabe. O [nome do Presidente] é um administrador muito bom” (SSM23).

Reconheceu-se também a visão diferenciada do diretor presidente, bem como sua capacidade de argumentação junto aos colegas, apoiada em fundamentos para justificar alternativas de ações. Trata-se da mobilização da competência cognitiva, em grande medida apoiada em conhecimentos da função de direção, tácitos e contextuais, e na aplicação dos mesmos, incluindo-se as habilidades de síntese, transferência e conceituação.

“Ele tem uma visão que muitas vezes eu não tenho. Todas as vezes que eu assento, mas sem brincadeira, todas as vezes que eu assento para conversar com ele, ele me mostra num papel, o por quê das atitudes. Tudo tem um motivo. Então, você consegue muitas vezes enxergar. Raras as vezes que eu continuei a discordar. Mas, na maioria, ele conseguiu me provar. No caso dele, tem fundamentos, sim, que muitas vezes a gente não enxerga” (SSM25).

Outras competências do diretor presidente foram elucidadas e as citadas anteriormente reiteradas no relato sobre uma situação vivenciada pela Unimed-Beta. Destacou-se a liderança que ele exerce na Cooperativa, pois, em face da pressão para a aquisição de um hospital, ele conseguiu evitar a efetivação dessa proposta, utilizando muito *jogo de cintura*, habilidade pessoal e organizacional da competência política. Os valores éticos profissionais (competência ética) do presidente foram destacados ao se mencionar a não interferência dele na atuação do conselho técnico ético. A forma como o processo foi conduzido mereceu também um realce do SSM, o que é uma habilidade interpessoal (competência comportamental).

“Eu acho que o [diretor presidente] mostrou para mim a capacidade que ele tem de liderar, ele conseguiu fazer com que isso não fosse efetivado, porque não seria interessante para a Unimed, eu acredito, porque, na época, não era intenção se ter hospital. Então, nessa época, eu achei que ele teve, especificamente nessa época que o hospital esteve muito ruim, muito jogo de cintura no sentido de administrar essa situação. Ele também foi muito correto no sentido de não interferir na atuação do conselho técnico-ético. Deixou que o conselho atuasse normalmente sem interferir na função e de uma maneira harmoniosa. Acho que isso foi muito tranquilo. Mostrou mais ou menos para mim, a capacidade de liderança que ele tem” (SSM26).

A competência política do presidente foi destacada também no relato sobre uma eleição anterior, na qual houve oposição. Para neutralizar esse grupo, convidou-se um dos

membros para compor a chapa da situação, o que garantiu sua reeleição. Além de *jogo de cintura* para a negociação, a flexibilidade foi um fator destacado como importante para assegurar o resultado obtido pela diretoria.

“Essa atual diretoria conseguiu atrair um dos principais nomes da oposição para participar. Houve ali um momento de conseguir neutralizar uma oposição muito forte, chamando um deles para participar da chapa. Eu acho que foi um grande jogo em termos de flexibilidade e jogo de cintura. Mas eu vejo, dentro da diretoria, dois com muito pouco jogo de cintura, mas o presidente ele tem um jogo de cintura espetacular” (SSM19).

No entender de Silva (2008, p. 75), “[...] as afirmações sobre diferença só fazem sentido se compreendidas em sua relação com as afirmações sobre a identidade”; a identidade e diferença são interdependentes e, portanto, inseparáveis. Sendo assim, ao dizer que dois diretores tem pouco *jogo de cintura* e que o diretor presidente tem um *jogo de cintura* espetacular, o entrevistado se referiu à identidade desses médicos cooperados responsáveis pela gestão da Unimed-Beta. Por sua vez, o reconhecimento, ou não, da identidade e das competências mobilizadas pelos diretores executivos da Unimed-Beta torna-se possível, pois, a “[...] afirmação da identidade e a marcação da diferença implicam, sempre, as operações de incluir e excluir” (SILVA, 2008, p. 82).

Um aspecto que reiterou preocupações apontadas anteriormente no estudo se refere à necessidade de preparação dos sucessores para a direção da Unimed-Beta. Em que pese o reconhecimento significativo das competências mobilizadas pelo diretor presidente, por parte dos médicos entrevistados, a centralização de conhecimento (competência cognitiva) e de poder (competência política) pode vir a se tornar um problema futuramente.

“Sua habilidade política é muito boa, eu acho que é uma marca forte dele. E talvez a única coisa que eu acho que falta ali é que ele, eventualmente, deveria estar se preocupando com um substituto. A centralização de conhecimento e de poder ali, eu acho que pode se tornar um grande problema futuramente. Acho que, em termos políticos e capacidade de mostrar resultados, ele é muito bom” (SSM24).

No processo de configuração da identidade do diretor executivo da Unimed-Beta, a permanência na função por muitos anos foi uma estratégia identitária. Nesta, a transação subjetiva permaneceu positivamente orientada para a expectativa de permanência no cargo, apoiada, como pôde ser constatado, na legitimidade que o reconhecimento de suas competências outorga-lhe. A transação objetiva, entretanto, permaneceu vinculada aos resultados alcançados e aos votos nas eleições. Trata-se de uma articulação problemática entre

a *identidade para si e identidade para o outro*, conforme sinaliza Dubar (2005). Concorde-se, porém, com Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000), adaptado por Paiva (2007), que, enquanto os resultados das ações dos diretores executivos forem observados e reconhecidos pelos médicos, há possibilidades de eles permanecerem na função.

Emergiu nas entrevistas com os SSM's o que se caracteriza como competência grupal. No depoimento, o entrevistado realçou que os diretores formam um grupo de trabalho que atua junto há mais de vinte anos, o que possibilitou o desenvolvimento de uma relação saudável entre eles. Por meio da metáfora com uma família que formou um banda, cada diretor toca bem um dos instrumentos, respeita o do outro e o grupo consegue tocar harmonicamente.

“É uma família que tem vinte anos, então, é uma relação saudável. Existem pontos de discordância, cada um defende a sua ideia. Não existe, em função desse tempo de convivência, nenhum tipo de proteção em relação à ideia do outro. Cada um expõe a sua e, digamos assim, é feito aquilo que se tornar a melhor proposta. Então, tem muito esse diferencial, como se fosse uma banda, cada um toca seu instrumento e cada um respeita o instrumento do outro. Mas é uma banda que está junto há vinte anos. É harmônica” (SSM20).

Essa sintonia ou sinergia no trabalho é observada quando pequenos grupos alcançam o amadurecimento. Este vem normalmente acompanhado do trabalho mais produtivo do grupo, para o qual seus membros contribuem com habilidades complementares. Nesse relacionamento com os demais no ambiente de trabalho, o indivíduo obtém informações sobre si mesmo e consegue apoio para alcançar, tanto os objetivos organizacionais, quanto os individuais (BERGAMINI, 2006).

Para Dubar (1997), o espaço de reconhecimento das identidades é indissociável dos *espaços de legitimação dos saberes e competências* associados às identidades; as “[...] instituições e, antes de mais nada, aquela que se organiza à volta do reconhecimento e do não-reconhecimento das competências, dos saberes e das imagens de si que constituem os núcleos duros das identidades reivindicadas” (DUBAR, 1997, p. 118) são espaço prioritário de identificação no processo de construção da identidade profissional. Na interação com os SSM's, no cotidiano de trabalho, os diretores executivos da Unimed-Beta configuram a identidade (DUBAR, 2005) e mobilizam competências profissionais (CHEETHAM e CHIVERS, 1996, 1998, 2000, adaptado por PAIVA, 2007), o que possibilita o enfrentamento de desafios da saúde. Com a visão de sujeitos secundários não médicos complementou-se essa análise.

### 5.4.3 Competências profissionais dos diretores executivos da Unimed-Beta reconhecidas por terceiros não médicos

Os SSNM's contemplaram em seus relatos as competências profissionais dos diretores englobando os cinco componentes da perspectiva de análise adotada - cognitivo, funcional, comportamental, ético e político (CHEETHAM e CHIVERS, 1996, 1998, 2000, adaptado por PAIVA, 2007). A competência política foi um destaque, assim como as competências do diretor presidente, reiterando o observado por sujeitos primários e por sujeitos secundários médicos. Os resultados foram organizados e estão apresentados na mesma sequência das duas subseções anteriores: primeiramente as competências profissionais dos diretores, reconhecidas ou não pelos SSNM's, seguidas daquelas que se referem especificamente ao diretor presidente.

A competência cognitiva dos diretores executivos foi a que recebeu menor ênfase nas falas dos SSNM's. Eles mencionaram o espírito empreendedor da direção como importante variável para que a Unimed-Beta alcançasse o nível de crescimento na região, o que implica a mobilização do conjunto de conhecimentos da competência cognitiva: técnico, tácito, processual, contextual e a aplicação do conhecimento, incluindo habilidades de síntese, transferência e conceituação (CHEETHAM e CHIVERS, 1996, 1998, 2000). Destacou-se, conjuntamente, a autonomia dada aos gerentes, o que é uma habilidade organizacional da competência política (PAIVA, 2007).

“Então eles têm um espírito empreendedor que é essencial. Por isso que a Unimed-Beta atingiu esse crescimento que tem na região, justamente devido a esse empreendedorismo dos diretores. E, aliado a isso, eles que dão liberdade e autonomia para todos os gerentes fazerem o que é melhor para a Unimed” (SSNM06).

A autonomia percebida por parte dos liderados é uma variável importante para a compreensão do estilo da gestão. No entender de teóricos clássicos da perspectiva situacional da liderança (HERSEY e BLACHARD, 1986, p. 290) “[...] a comparação da autopercepção do nosso estilo de liderança com as percepções dos outros pode ser muito útil particularmente se consideramos que a autopercepção pode refletir, ou não, o estilo real de liderança”. O depoimento do SSNM sinaliza no sentido de aproximação da visão dos SP sobre o estilo de gestão na Cooperativa e a visão de *outros significativos* com os quais eles interagem, tanto SSM's, quanto SSNM's.

Reiterando a identificação de que a direção da Unimed-Beta desenvolveu uma competência grupal, os SSNM's sinalizaram que as competências dos diretores são complementares e manifestas por meio de diferentes habilidades. Entende-se que o diretor presidente dá as diretrizes (habilidade cognitiva - conhecimentos técnico, tático, processual, contextual e aplicação de conhecimentos) e os demais diretores contribuem com habilidades de suas próprias *expertises*: o médico social com habilidades específicas da ocupação; o diretor superintendente com habilidade mental numérica; e o diretor de mercado e relações associativas com habilidades mentais (comunicação, numérica e de diagnóstico com tecnologia da informação), três conjuntos de habilidades da competência funcional.

“Tem o doutor [nome] que é o presidente e dá as diretrizes. E cada um atua em uma área. O doutor [nome] é da área médico-social e tem conhecimento da área que ele está atuando, para ele poder realmente colaborar e dar as diretrizes para as pessoas e para a empresa. O doutor [nome] tem muito conhecimento da área de informática. O doutor [nome] atua mais na área financeira, tem um conhecimento muito bom nessa função que ele atua. É muito detalhista na parte financeira, olha tudo confere certinho, de modo que tende a melhorar cada vez mais” (SSNM06).

O relato expressa de forma simplificada as competências mobilizadas pelos diretores, na visão dos SSNM's, tendo em vista o fato de que o estatuto social da Unimed-Beta (UNIMED-BETA, 2010) elenca um conjunto mais amplo de atividades para cada diretoria.

Uma maior interação entre a direção e os gerentes ocorreu após o desligamento do superintendente, em 2011, na visão dos SSNM's. Observou-se a adoção de um melhor estilo de gestão com a mudança na estrutura. A redução de níveis hierárquicos favoreceu a maior proximidade entre a direção e os gerentes, possibilitando o compartilhamento de ideias e o desenvolvimento conjunto de alternativas de soluções para a Cooperativa.

“A gente tem reunião, antes era com o superintendente, agora como mudou o organograma, uma vez por mês a gente tem reunião com as diretorias, os gerentes mais os diretores. É melhor porque aí está todo mundo reunido, os diretores e os gerentes, o que possibilita uma interação melhor do que existe e de novas ideias do que pode ser feito dentro da Unimed” (SSNM06).

Destaca-se que a questão da complexidade ou diferenciação nas estruturas organizacionais contemplam elementos variados. No caso da Cooperativa, apesar de ser uma organização com estrutura com poucos níveis hierárquicos, a complexidade pode ser considerada apoiando-se no que Hall (2004) denominou diferenciação horizontal. Ela “[...] introduz complicações adicionais para a organização, pois um alto nível de especialização exige coordenação dos especialistas” (HALL, 2004, p. 52), no caso da cooperativa de

trabalho, os próprios donos. Assim, a maior interação entre a direção e os gerentes pode ser considerada uma competência funcional dos diretores (própria do processo de gestão), bem como política (mudança nas relações internas de poder) (CHEETHAM e CHIVERS, 1996, 1998, 2000, adaptado por PAIVA, 2007).

Para que a Cooperativa cresça e permaneça sólida, os diretores necessitam mobilizar competências diversificadas na visão dos SSNM's. Os desafios são muitos, o que exige saberes e habilidades diversas: conhecimento técnico para fazer a gestão de uma cooperativa médica operadora de saúde (competência cognitiva); habilidades específicas da ocupação, como liderar muitas pessoas (competência funcional); habilidades de negociação e solução de conflitos de interesses internos e externos (competência política); e aderência a valores profissionais com vistas a viabilizar um trabalho com profissionalismo (competência ética).

“Tem de ter um conhecimento técnico de administrar o negócio, e ter também uma capacidade pessoal de liderar, de comandar equipe. De trabalhar com muita gente, trabalhar em equipe mesmo, solucionar conflitos porque tem muitos aqui, tanto da parte dos cooperados, quanto dos próprios funcionários, conflitos de interesses de um monte de coisa. Ao mesmo tempo fazer com que a empresa cresça e permaneça sólida. Tem também a parte legal; nós temos hoje uma Agência Nacional que cobra muito da gente. A gente tem de trabalhar com muito profissionalismo” (SSNM05).

O trabalho na função de gestão da cooperativa médica operadora de saúde demanda dos diretores de um conjunto de competências combinadas que, por sua vez, necessariamente impulsionam a mobilização de meta/transcompetências identificadas nos estudos de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000). Para realizar atividades que vão além da formação médica, historicamente direcionada para a realização de diagnóstico e terapêutica, com valorização do biológico (CFM, 2005), assim como realizada em cenários de formação que não privilegiam conhecimentos e habilidades no campo da gestão (STELLA *et al.*, 2009), o diretor necessita de um tempo diferenciado. Por exemplo, a adoção de ferramentas gerenciais associadas à tecnologia da informação demandaram um tempo maior para serem implementadas e absorvidas na prática da direção da Unimed-Beta.

“Até o ano passado, a gente foi evoluindo devagarzinho, fomos colocando o eletrônico também nos consultórios dos próprios diretores e do presidente. Fomos mostrando para ele que o negócio funcionava e que dava certo. E eles foram acostumando com o celular e com a tecnologia. É questão de tempo. A gente sabia que não era impossível, que era com o tempo que a gente ia fazer, mas a gente enfrentou alguns problemas no início. Então, a tranquilidade que a gente tem hoje poderia estar a mais tempo” (SSNM12).

Por um lado, tal constatação denota o não reconhecimento de habilidades mentais dos diretores no campo da comunicação, de diagnóstico e controle por meio da tecnologia da

informação (competência funcional); por outro lado, trata-se de uma forma de preservar valores profissionais, em particular, a autonomia do médico (competência ética). A identificação desse contraponto mostra que entre a competência funcional e a competência ética houve a priorização da segunda. Tal ação sugere a necessidade de maior tempo para implantar formas de controle das atividades dos próprios diretores, que também são médicos e prestadores de serviço da Cooperativa e de seus colegas médicos.

De acordo com Areosa e Carapineiro (2008, p.86) “[...] o poder das profissões tornou-se muito mais amplo, regulado essencialmente pelos pares, em associações profissionais e com a anuência do Estado” no século XXI. Ao assumir a direção executiva de uma cooperativa, os médicos não conhecem a dimensão da responsabilidade e dos riscos aos quais estarão expostos, tanto no nível pessoal, quanto do próprio negócio da cooperativa.

“A responsabilidade é muito maior do que eles imaginam. A pior coisa que tem é o desconhecimento, quando se desconhece uma coisa o seu risco é muito maior. Se você tem algum conhecimento, o risco é menor, se você tem muito conhecimento, o risco é pequenininho. E a maior parte [dos diretores] entra sem saber o risco que está correndo. Não é o risco pessoal não, mas o risco do negócio” (SSNM17).

No âmbito pessoal, um dos riscos é referente à legislação do cooperativismo no Brasil (BRASIL, 1971), na qual se baseia o estatuto social da Cooperativa (UNIMED-BETA, 2010). Neste consta que o cooperado participa “[...] na proporção das operações que houver realizado com a Cooperativa, do rateio dos prejuízos do exercício social, se insuficientes os recursos do Fundo de Reserva” (UNIMED-BETA, 2010, art. 17, parágrafo VII). No que tange ao risco do negócio, dois impactos sociais diretos são elencáveis: a extinção de trabalho e renda para mais de 500 médicos cooperados e de assistência médica para além de 120 mil usuários (UNIMED-BETA, 2011).

Ainda, na perspectiva da competência funcional, foi mencionado que alguns diretores sabem administrar o tempo, porém, outros não. Trata-se de uma habilidade própria do processo de gestão organizacional, portanto, essencial na Cooperativa, na medida em que o cooperado que assume a função de gestão continua atuando como médico na assistência.

“Eu acho que a administração do tempo é fundamental, sabe? Porque ele tem atividade fora daqui como médico e tem aqui dentro e acaba uma interferindo na outra. Claro que tem alguns que são mais determinados e administram melhor esse tempo. Mas tem outros que não” (SSNM15).

Na perspectiva da competência comportamental, houve uma comparação novamente entre os diretores, especificamente entre o diretor presidente e os demais, sendo ressaltada a prudência do presidente quando vai tomar uma decisão. Essa é uma habilidade interpessoal,

que pressupõe a capacidade de controlar as emoções e ter os *pés no chão*. No relato a seguir, foi reiterada a visão que o presidente tem sobre a importância da racionalidade.

“É uma pessoa um pouco mais prudente na hora de decidir [diretor presidente]. A gente tem alguns outros que são um pouco mais..., eles querem tomar algumas decisões mais impensadas. Assim, em função de determinados sentimentos, ao invés de racionalizar” (SSNM07).

Entretanto, as tramas contra a racionalidade são inerentes ao processo decisório e trazem consigo um forte conteúdo de conflitos de poder (natureza política). Os modelos racionais tratam as variáveis humanas (motivação, conflito, personalidade), ou variáveis políticas (interesses, agrupamento de poder), ou variáveis sociais (grupo de referência, valores sociais de origem) como restrições ao alcance dos objetivos organizacionais. No modelo político de tomada de decisões, constata-se a impossibilidade de se desenvolver um sistema de incentivos no qual as pessoas ajam em completa harmonia com os objetivos da organização, sendo necessário, portanto, um extenso número de negociações, uma vez que as organizações podem ser vistas como estruturas de poder (MOTTA, 2001).

Embora não se esteja advogando sobre qualquer dessas posições, as decisões na Cooperativa tendem a ser tomadas com base em uma racionalidade limitada. Seus dirigentes pertencem a uma estrutura de poder na qual a distribuição de recursos não só é feita de forma desigual, como também as influências externas se fazem sentir desigualmente por toda a organização. Simon (1971) afirmou que toda decisão é, até certo ponto, matéria de acomodação entre os diversos grupos que disputam o poder na organização porque a alternativa escolhida jamais permite a realização completa ou perfeita dos objetivos visados, representando apenas a melhor solução encontrada naquelas circunstâncias.

Nesse sentido, a importância da competência ética dos diretores da Cooperativa médica foi ressaltada pelos SSNM's. Em que pese o processo decisório complexo que há nesse tipo de sociedade, a imparcialidade foi citada como um dos aspectos mais importantes a ser considerado. Dentre outros conflitos de interesses, mais de trinta especialidades médicas disputam recursos na Cooperativa, o que exige decisões que favoreçam aos interesses coletivos, com a imparcialidade levando a práticas mais igualitárias e justas.

“Eu acho que a imparcialidade é uma das coisas mais importantes. A gente percebe, então, hoje, eu tenho uma especialidade X que quer isso, amanhã eu tenho a especialidade Y que quer aquilo. A gente precisa de manter essa imparcialidade porque, senão, a gente não consegue administrar como um todo. São mais de 30 especialidades e é muito difícil se a gente começar a atender a esses pedidos específicos” (SSNM07).

“Eu acho que o justo é uma palavra que se enquadraria bem no que a gente vive aqui. É dar para todo mundo um tratamento igual. Eu não vou liberar um procedimento para uma pessoa que é minha amiga ou que veio me pedir e vou negar para uma que não me conhece, não tem. É um tratamento igualitário, eu acho que isso seria o justo” (SSNM13).

Além de administrar conflitos de interesses, a Direção Executiva também precisa mobilizar competência ética para o apoio e a sustentação de decisões tomadas por outros órgãos da Cooperativa, como o conselho técnico ético. Por meio de exemplos de situações vivenciadas na Unimed-Beta, os SSNM's falaram sobre decisões tomadas pelo referido conselho e pela própria diretoria e reações dos envolvidos. Pode-se dizer que as decisões são pautadas em valores profissionais, isto é, se referem à adoção de atitudes apropriadas e a adesão aos códigos profissionais de conduta segundo Cheetham e Chivers (1998).

“Teve um médico que estava cobrando por fora o parto, e a Unimed, o conselho técnico suspendeu determinado período. Ele veio na direção e ele ficou com raiva da direção, e a direção teve que fazer todo meio de campo, e conversar e explicar que ele não pode fazer isso. Mas ele saiu denegrindo a imagem da direção aí fora” (SSNM11).

“O cooperado estava preenchendo as guias e mandando para faturar na Unimed, para uma pessoa que não era cooperado. Isso foi detectado. Uma situação difícil para a diretoria, mas tomou-se a decisão correta. Apesar de ser colega de profissão e tudo mais como cooperativa, esse médico foi suspenso um determinado período da sua atividade” (SSNM06).

Somam-se ao ambiente de trabalho complexo, no qual os diretores executivos enfrentam inúmeros desafios na gestão de uma organização de saúde do macrocontexto da saúde suplementar do país, as questões da profissão médica, razão da existência da cooperativa de trabalho. Compreendeu-se, assim, o destaque dado pelos SSNM's à competência política dos diretores. Foram citadas diversas alianças necessárias para a gestão da Unimed-Beta: políticas, com médicos, órgãos governamentais, associações de classe, instituições filantrópicas e Organizações Não Governamentais (ONG's), hospitais, laboratórios, outras Unimed's do sistema, pois cada uma é uma empresa diferente, com o sistema cooperativo local, a Federação e com a Unimed do Brasil. As alianças ampliam a visibilidade da marca Unimed e possibilitam construir relações de confiança na visão dos SSNM's.

“Alianças com os profissionais médicos mesmo, porque são eles é que vão eleger ou até caçar o mandato de uma diretoria. Então eu acho que é importante que essa relação seja uma relação transparente clara; que as assembleias sejam muito claras, para que eles consigam realmente obter a confiança deles. Agora é preciso relações políticas, relações com órgãos governamentais, com associações de classe, com

instituições filantrópicas, com as ONGS, e é tudo que a gente busca fazer. Dar uma visibilidade para a Unimed como marca” (SSNM07).

“Relacionamento com os hospitais, com os laboratórios, com o próprio médico, que ele é cooperado e ao mesmo tempo é um prestador de serviço, e todos os outros que são ligados e que fazem parte dessa cadeia, direta ou indiretamente. São alianças fundamentais. Você chega num ponto que possa ter um relacionamento de confiança. Paralelo a isso, existem outras alianças no sistema Unimed, pela interligação, pelo intercâmbio, que, na verdade, é a ligação entre as Unimeds; você tem que ter alianças muito fortes com seus pares, pois são empresas diferentes. A verticalização também do sistema cooperativo, local, com a central que é a nossa Federação e com a Unimed do Brasil” (SSNM17).

Na perspectiva das relações de poder (HALL, 2004), trata-se da mobilização da competência política por parte dos diretores, por meio de habilidades profissionais ligadas à manutenção do profissionalismo (PAIVA, 2007) - razão da existência da cooperativa de trabalho médico. As habilidades para construir relacionamentos de confiança com organizações que direta ou indiretamente influenciam os resultados da Cooperativa fazem parte das competências cognitiva (conhecimento contextual e aplicação do conhecimento) e funcional (próprias do processo de gestão organizacional).

Um dos desafios que os diretores de uma cooperativa de trabalho médico enfrentam no século XXI, no Brasil, está também relacionado com as características dos médicos mais novos que se associam. Citando reportagem veiculada em TV aberta, ele relatou a redução do número de médicos em algumas especialidades como a obstetrícia, ponderou sobre a necessidade de melhor compreensão do sistema cooperativista por parte do médico, assinalando que o jovem profissional apresenta características como: individualismo, interesse mercantil predominante e desejo por ganhar cada vez mais e trabalhar cada vez menos.

“Os médicos, às vezes, têm que entender que no sistema cooperativista você é dono da empresa. Eles não agem assim. Eles são individualistas, eles são mercantilistas. Por que eles são mercantilistas? Eles visualizam o dinheiro. Médico hoje quer trabalhar cada dia menos e ganhar cada dia mais. Hoje no *Bom Dia Brasil* passou uma reportagem. No Brasil, está se formando, cada dia, menos obstetras. Porque médico não quer que você ligue para ele duas horas da manhã. E a geração Z, ela não quer esse tipo de trabalho não. Ela quer na sexta feira às 16 horas desligar o seu celular e acabou” (SSNM12).

Esse depoimento aponta no sentido de um conjunto de variáveis que vão além do escopo do presente estudo. Consciente da impossibilidade de aqui analisá-las, destaca-se que a busca por determinadas especialidades médicas foi identificada no Relatório da Demografia Médica, publicado em 2011, mostrando que “[...] a especialização estabeleceu uma hierarquia simbólica da prática e uma tarifação diferenciada do ato médico. Assim, [...] há diferenças de ganhos entre as especialidades” (SCHEFFER, BIANCARELLI e CASSENOTE, 2011, p. 57).

Para administrar conflitos relacionados com possíveis diferenças em termos de valores pessoais e/ou profissionais (competência ética), os diretores necessitam mobilizar habilidades da competência política, buscando satisfazer os anseios da maioria, mas sem prejuízos para a Unimed-Beta. Trata-se, porém, de uma missão de difícil alcance agradar a todos os envolvidos, como foi lembrado por um dos entrevistados.

“É lógico que eu não vou agradar a gregos e troianos, sabendo que eu vou prejudicar a operadora. Mas é deixar uma boa parte, nós não conseguimos deixar todos, deixar uma grande maioria satisfeita com a gestão” (SSNM14).

Nesse sentido, novamente foram destacadas as diversas competências mobilizadas pelo diretor presidente na função, em particular, a cognitiva, a funcional, a comportamental e a política. Nas entrevistas, as questões que indagavam sobre a diretoria executiva, muitas vezes, foram respondidas pelos entrevistados se reportando ao diretor presidente (DIÁRIO DE BORDO, 2011) como está claramente expresso no próximo relato. Este apresenta um grupo de habilidades reconhecidas nesse profissional: visão empreendedora, conhecimento sobre a cooperativa operadora de saúde (competência cognitiva), disponibilidade, equilíbrio emocional, capacidade de estabelecer bons relacionamentos (competência comportamental), detentor de um *jogo de cintura* diferenciado (competência política). Essas habilidades foram reforçadas pela visão de que as diretrizes da Unimed-Beta emanam do diretor presidente.

“Quando a gente fala em diretoria executiva para nós, a gente enxerga o Dr. [nome do presidente]. Todos nós. Eu acredito que você vai perceber isso com outras pessoas que você entrevistar. É difícil falar dos quatro. Eu não posso falar dos quatro, da mesma forma que eu falo dele, entendeu? Não tem como. Ele é uma pessoa extremamente empreendedora, conhecedor de uma operadora de plano de saúde, assim em todos os aspectos, uma pessoa disponível, tranquilo demais. Por que, se ele não fosse como pessoa, como ser humano, uma pessoa extremamente equilibrada, emocionalmente estruturada, o que, às vezes eu não enxergo em outros [diretores], ele não conseguiria estar aqui esse tempo todo. Na verdade a diretoria executiva da Unimed [nome da cidade] é o Dr. [nome do presidente]. A verdade é essa. Assim, as questões são levadas e são discutidas conforme a diretriz que ele passa. Os outros diretores nem têm o conhecimento necessário para estar atuando não. Ele tem um jogo de cintura admirável. Ouvir um não da boca dele, ele tem um jogo de cintura, ele fala não de outro jeito” (SSNM07).

A exposição a seguir complementa as competências do diretor presidente da Unimed-Beta, reconhecidas por terceiros SSNM's. A sensibilidade para valores e necessidades de terceiros é um valor pessoal (competência ética), que sustenta a prática da gestão; ser competente em termos de negócios pressupõe habilidades próprias do processo de gestão organizacional (competência funcional); o equilíbrio, a serenidade e ser um bom ouvinte são

habilidades interpessoais (competência comportamental) que, associadas a uma forma positiva de interpretar a realidade (personalidade) favorecem a atuação da equipe.

“Acho que uma das principais características dele é a confiança que ele tem no nosso trabalho” (SSNM16).

“O doutor [nome do presidente] é uma pessoa muito competente do ponto de vista de negócios, gerencial” (SSNM05).

“E a maior característica dele é ser um bom ouvinte, Aí eu volto a falar do equilíbrio dele, da serenidade dele. Que é o tipo de pessoa que toda hora que você olha para ele te transmite um positivismo tão grande, que isso já transpareceu para quem não tem contato com ele. Então, eu acho que isso é bom para a equipe” (SSNM14).

Trata-se de um conjunto diversificado de habilidades observadas por terceiros em resultados de ações do diretor presidente, o que significa mobilizar meta/transcompetências. Segundo Cheetham e Chivers (1998), estas contemplam a criatividade, a análise, a resolução de problemas e o autodesenvolvimento (habilidades relacionadas à aprendizagem) e são responsáveis por ajudar na aquisição de outras competências.

Tendo em vista que o médico em sua formação de base - teórica e prática - não estuda conteúdos que o preparem para ser gestor (BRASIL, 2001; STELLA *et. al.*, 2009), e que o diretor executivo da Unimed-Beta aprendeu a ser diretor no exercício da função, a reflexão torna-se requisito fundamental. No entender de Cheetham e Chivers (1998), a reflexão sobre a prática é de extrema importância para o pleno desenvolvimento e aprendizagem contínua dos profissionais. Os mesmos autores reconhecem que o processo reflexivo poderia estimular mudanças, tanto na motivação e, ao longo do tempo, na própria personalidade do indivíduo. Sendo assim, a reflexão se volta para aspectos da dinâmica entre a identidade e as competências profissionais mobilizadas pelos diretores executivos no exercício da função.

### **5.5 Aspectos da dinâmica entre identidade e competências profissionais mobilizadas pelos diretores executivos da Unimed-Beta no exercício da função**

Ao longo do processo de análise da identidade e das competências profissionais mobilizadas pelos diretores executivos da Unimed-Beta no exercício da função, a dinâmica entre ambas foi sendo revelada de uma maneira particularmente marcante, sendo, muitas vezes, difícil separá-las. Em outras palavras, a identidade e as competências profissionais dos diretores da Cooperativa estavam articuladas de forma praticamente indissociável.

Na perspectiva de análise adotada, ao ouvir o diretor executivo da Unimed-Beta dizer *quem ele é* (identidade real), tornava-se essencial articular com o que *outros significativos* diziam sobre *quem ele é* (identidade virtual); da mesma forma, para conhecer as competências profissionais mobilizadas por ele no exercício da função (competências reconhecidas, ou não, por ele mesmo) foi determinante desvelar aquelas identificadas por terceiros significativos com os quais o diretor interagia no cotidiano do trabalho (competências reconhecidas, ou não, por terceiros). Buscou-se, assim, relacionar forças que configuram a identidade e mobilizam as competências profissionais dos diretores, sujeitos primários.

Ao assumir essa função na direção da cooperativa, no contexto da saúde suplementar do Brasil, o médico cooperado passou a lidar com atividades de trabalho na Unimed-Beta para as quais sua formação profissional de base (BRASIL, 2001) não o preparou. Da mesma maneira, os conteúdos necessários para atuar na gestão não fizeram parte de sua prática acadêmica (STELLA *et al.*, 2009), particularmente pelo fato de os quatro diretores terem se graduado há mais de vinte anos no País. Foi na prática da gestão desse tipo de organização que o médico teve a oportunidade de mobilizar diferentes competências profissionais, que estão possibilitando levá-lo a pensar a cooperativa operadora de saúde de uma forma diferenciada e, portanto, construir uma identidade profissional como diretor executivo de uma cooperativa de trabalho médico Unimed.

Elementos da história de vida - identidade biográfica (DUBAR, 1997, 2005) dos diretores - imprimiram força significativa para que eles desenvolvessem a prática da gestão. Assim, foram citados conhecimentos e experiências de vida que contribuíram para o exercício da função, tais como a administração de um hospital, o aprendizado em informática e, como decorrência, a abertura de uma loja de informática, a experiência comercial junto à família em um negócio, bem como a própria medicina. O passado do diretor executivo da Unimed-Beta, enquanto parte de sua construção identitária profissional, mostrou-se articulado com sua experiência presente na gestão da Cooperativa.

A vivência como empresário e a com(vivência) com os colegas médicos na prática profissional distinguiram-se como elementos que vêm impulsionando a mobilização de competências profissionais dos diretores na função. A trajetória relatada por eles contemplou aspectos do passado e do presente, experimentados concomitantemente em suas experiências. A articulação entre o passado e o presente na configuração da identidade profissional reforça estudos de Dubar (1997, 2005), Dubar (2001) e Demazière e Dubar (2006). Sinaliza também no sentido de uma relativa continuidade no processo identitário, apoiada em atos expressos de pertencimento, conforme denominou Dubar (2005).

Essa afirmação sobre a identidade real se coaduna com a perspectiva da identidade construída na interação social. Nesse sentido, o reconhecimento por parte de *outros significativos*, manifesto por meio de atos de atribuição, foi observado nas falas, tanto dos SSM's, quando dos SSNM's, como exemplificado nos relatos.

“Alguns colegas já tiveram, por exemplo, experiências na administração de alguns hospitais, outros nos negócios pessoais. Eu acho que isso, com certeza, a experiência que ele tem fora da medicina vai contribuir como administrador na questão de administrar a empresa. Fora desse aspecto, eu acredito que o sujeito que tem uma alma empreendedora, talvez valha mais que uma formação mesmo, um curso de formação mesmo” (SSM27).

“Experiência de vida de assumir dentro de uma empresa, ter vivenciado lá fora, ter montado uma empresa, ter participado de alguma entidade, coordenado algum tipo de trabalho, dar aula em escola. Isso eu acho que é uma bagagem, um conhecimento. A teoria é muito boa, mas a prática e a vivência no dia a dia contam demais. Os dois somados aí é que vai ter um êxito do trabalho da Diretoria” (SSNM06).

“Experiências de vida no caso do cooperado Unimed é vida médica, é vivenciar intra-hospitalar, conhecer a máquina dentro do hospital, patologias, doentes, necessidades humanas e a máquina hospitalar, é experiência que o médico tem que ter para gerenciar uma cooperativa médica” (SSM28).

A identidade profissional virtual do diretor vem se configurando em suas dimensões contextuais de trabalho: saúde suplementar, Unimed-Beta e cooperado diretor executivo. Nessa perspectiva, Dubar (2005) ressaltou que, no centro do processo relacional, localiza-se a transação objetiva, que é estruturante na construção da identidade virtual. Essa identidade - *para o outro* - se realiza em espaços de identificação prioritários dos indivíduos, isto é, espaços onde eles são reconhecidos e valorizados. As competências profissionais mobilizadas no exercício da função, observadas por eles próprios e por terceiros, vem emergindo nesses espaços em uma relação dinâmica entre cooperação/reconhecimento e conflito/não reconhecimento, denotando discrepância que não se mostrou significativa no estudo.

A possibilidade de discrepância entre a identidade real e a identidade virtual foi relatada por Goffman (1980), ao que Dubar (2005) acrescentou tratarem-se de dois processos inseparáveis e articulados de forma problemática. No presente estudo, inseparáveis porque *o diretor somente sabe quem é* - identidade profissional para si - pelo olhar de *outros significativos*; problemática, porque *ele nunca sabe realmente quem ele é no olhar do outro*. Dizendo de outra forma, o diretor executivo da Unimed-Beta dificilmente saberá se a identidade para ele coincide realmente com a identidade dele para o outro.

Suas competências profissionais emergiram por meio do resultado de suas ações, quando duas possibilidades foram delineadas: a competência na perspectiva do próprio diretor

manifesta como continuidade (reprodução de saberes) ou ruptura (produção de novos saberes); e a competência reconhecida por terceiros (cooperação), ou não (conflito). Ambas as situações foram evidenciadas, apontando convergências e divergências entre a visão dos diretores e dos sujeitos secundários da pesquisa, tanto médicos, quanto não médicos.

No que diz respeito aos macrorresultados, isto é, aqueles que são gerais da atividade, e de longo prazo, conforme definição de Cheetham e Chivers (1998), houve convergência de visões dos entrevistados no sentido de que a Cooperativa vem apresentando bom desempenho. Os diretores mostraram reconhecer suas competências, as quais também foram reconhecidas e valorizadas por terceiros, *outros significativos*, nesse espaço de trabalho.

“Graças à união dos médicos que a nossa Unimed hoje é forte. Porque nós utilizamos transparência, e usamos nosso raciocínio lógico. A gente talvez dá um certo lucro para eles. E vai criando-se uma coisa mais unida, que se não tiver união do médico, não tem jeito. Então, nós temos que ter abertura, diálogo, explicar o porquê das coisas. A união dos médicos é a melhor coisa, e isso se consegue conversando, explicando, mostrando o que realmente está acontecendo” (SP03).

“Administrar bem a empresa, dar lucro, ter uma lucratividade para a empresa. Que a empresa funcione de uma maneira adequada, e que não só os usuários, no caso nosso da Unimed, estando satisfeitos, mas também os próprios cooperados” (SSM25).

Ao falar sobre a importância da união dos médicos para manter a solidez da Cooperativa e, portanto, do profissionalismo, aspecto ressaltado em Abbott (1988), o diretor reiterou a importância da associação de um conjunto de competências (política, comportamental, funcional e meta/transcompetências) para o exercício da função, considerando-se a perspectiva de análise adotada neste estudo. Trata-se, como pôde ser percebido, de um espaço prioritário de identificação dos diretores, onde se configura sua identidade profissional - real e virtual.

Complementando a constatação de que o médico, somente ele, pode assumir a função de gestão de cooperativas de trabalho médico (BRASIL, 1971), entende-se que tal função seja uma *extensão da profissão médica*. Um caminho que pode vir a ser trilhado, em tese, por qualquer médico que se associar à Cooperativa. Assim, como não há prerrogativa legal para que outra categoria profissional assuma a responsabilidade pela gestão nesse tipo de sociedade, tanto a identidade profissional, quanto as competências mobilizadas no exercício da função dizem respeito ao profissional médico.

Os macrorresultados, alcançados pelos diretores à frente da Unimed-Beta, como expansão do número de beneficiários e, conseqüentemente, de cooperados, dizem respeito a ações que reforçam o profissionalismo, pois trata-se de uma cooperativa médica operadora de

saúde. Tendo em vista que, historicamente, houve controvérsias sobre o grau de autonomia do médico no Brasil (DONANNGELO, 1975; COELHO, 1999), que a autonomia profissional depende do contexto social e geográfico no qual a profissão se desenvolve, determinando o poder de uma profissão (FREIDSON, 1988), o próprio Freidson (2009) reconheceu que é a capacidade de autorregulação que confere a autonomia profissional.

Sendo assim, a configuração da identidade profissional como gestor da cooperativa de trabalho médico pressupõe não somente a continuidade (reprodução de saberes profissionais) como a ruptura (produção de novos saberes), tendo em vista a realidade do segmento de saúde suplementar no Brasil, da cooperativa médica inserida em um mercado regulamentado por uma agência reguladora e o próprio cargo de Diretor Executivo. Na fala de um dos entrevistados, a complexidade de aspectos apontados pode ser observada.

“As dificuldades são muitas, viu. Eu acho que disparado a mais difícil ali é administrar as incongruências e as adversidades de intenções e objetivos que tem dentro da Unimed. Nós estamos numa competição meio de soma zero. Quer dizer, para um ganhar o outro tem que perder. Então, às vezes, para o cliente ganhar o plano tem que perder, para o médico ganhar o cliente tem que perder. Nós estamos num sistema que é inadministrável” (SSM24).

Os diretores executivos, expostos a um conjunto de desafios relacionados com a profissão médica e a gestão da cooperativa de trabalho médico no contexto de um sistema de saúde considerado impossível de ser administrado, vêm recorrendo a estratégias identitárias. Essas podem assumir a forma de transações externas entre o indivíduo e os *outros significativos*, visando “[...] acomodar a identidade para si à identidade para o outro” (DUBAR, 2005, p. 140). Assim, o principal desafio está na acomodação da identidade para si, representada por uma trajetória biográfica na função de gestão da cooperativa à identidade para o outro, particularmente, os médicos cooperados. Estes estão mais próximos da realidade da assistência, muitas vezes, incongruente com a perspectiva da gestão em saúde.

A discussão, nesse momento, se volta para os processos de formação. Relatos de entrevistados mostraram haver um distanciamento entre os saberes da prática médica na assistência e as necessidades da assistência à saúde no âmbito da gestão em cooperativas de trabalho médico. Apesar de não ser foco deste estudo, os conflitos de interesse entre os médicos na Cooperativa remetem, dentre outras possibilidades, à possível discrepância entre a formação e a prática médica, o que pode nutrir a equação de soma zero que caracteriza a competição no contexto que a cooperativa médica Unimed-Beta está inserida.

O fato de haver diferentes gerações de médicos trabalhando na Cooperativa seria, por si só, uma possível fonte de conflitos. Entretanto, a afirmação anterior sobre a formação e a prática profissional no complexo contexto da Unimed-Beta no Brasil foi ilustrada com o relato de um médico que falou sobre sua trajetória, seus sonhos e as rupturas experimentadas ao se inserir na prática profissional.

“Então, os nossos propósitos, nossas metas eram outras. Aí, depois vieram os planos de saúde; veio o governo, vieram empresas, vieram máquinas empresariais gerenciar e querendo ganhar dinheiro (...). Hospitais que eram filantrópicos e que atendiam SUS e isso e aquilo, hoje os hospitais fecharam para isso e, estão, se tornando empresa; aquele que não se tornar empresa vai quebrar. O ser diretor é ser realista, é estar prontamente inserido em uma realidade que não é talvez aquela que você queria, mas é aquilo que você tem que participar. Aquela que você participa, que você tem um monte de gente inserido no contexto. E não é sair por aí realizando sonho e fazendo o bem sem olhar a quem. Não podemos fazer isso, infelizmente” (SSM28).

Parsons (1968) já apontava a concepção de que as profissões deveriam servir à coletividade definindo o comportamento profissional, ideia essa que seria disseminada por meio das instituições formadoras. Entretanto, opondo-se a essa visão, Freidson (2009) elucidou que o desempenho do profissional se apoia muito mais em suas práticas do que nos processos de socialização vivenciados durante a formação universitária.

Tratar a função de direção executiva na cooperativa de trabalho médico como uma extensão da profissão médica pressupõe concordar que, ao assumi-la, os médicos o fizeram unindo-se a outros colegas para conjuntamente enfrentarem situações adversas no sentido de transformá-las em oportunidade. Observou-se, porém, que um dos diretores da Unimed-Beta ao falar como empregado da Unimed-Beta, mostrou a contradição com princípios preconizados para a sociedade cooperativa (OCB, 2011b; ICA, 2011), ou seja, o não pertencimento à sociedade cooperativa (identidade real). Atos de atribuição por parte de outros significativos, nesse aspecto, reiteraram essa diferença (identidade virtual).

“Nessa diretoria, a gente percebe aquele que entende do cooperativismo, sabe o que é a Unimed, que a Unimed não é uma medicina privada, que a Unimed zela pelo cooperado, e que o cooperado está aqui dentro; que ela tem que zelar pela saúde do usuário, zelar muito bem pela qualidade. A gente vê isso. Mas a gente vê diferença nisso, entre os próprios diretores que defendem a Unimed” (SSM21).

Ao analisar a identidade profissional e as competências mobilizadas pelos diretores na função, observou-se que suas trajetórias são singulares, apesar de eles vivenciarem espaço comum de identificação - a Unimed-Beta. Variáveis como a personalidade e a motivação, destacadas no modelo de Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000), adaptado por Paiva (2007),

poderiam também ser consideradas em face desses diferentes resultados. Dubar (2001), por sua vez, argumentou que as identidades profissionais não são adquiridas, mas construídas e reconstruídas ao longo da vida, no próprio percurso profissional. Entretanto, indivíduos que assumem as mesmas atividades de trabalho podem estruturar diferentes identidades profissionais, pois a identidade profissional é constituída na trajetória do indivíduo e o percurso incorpora espaços de identificação além do espaço profissional (DUBAR, 2005).

O lugar central ocupado pelo diretor presidente foi um elemento a mais para a compreensão de aspectos da dinâmica entre a identidade e as competências profissionais mobilizadas pelo diretor executivo da cooperativa médica. Sua identidade profissional real apresentou maiores discrepâncias com a visão dos SSM's, seus pares, particularmente no que se refere à posição que ele ocupa e às relações de poder estabelecidas na Cooperativa. Considerando que o modelo *líder carismático fundador* é o mais comum no Brasil, segundo Davis e Bialoskorski Neto (2010), e foi o que mais se aproximou do modelo de gestão da Unimed-Beta, discrepâncias entre a identidade profissional real e a virtual do diretor presidente foram balizadas em questões de poder, que poderiam ser interpretados à luz do carisma do líder. Segundo Pagés (2006), esse se baseia em características pessoais daquele que detém o poder como a virtude, a responsabilidade e a autoridade.

Tendo em vista o conjunto de características pessoais do diretor presidente atribuídas pelos entrevistados (identidade virtual), bem como as competências profissionais (cognitiva, funcional, comportamental, ética e política), reconhecidas por terceiros, compreende-se que a identidade profissional do diretor foi configurada no exercício da função na Unimed-Beta. Se esse líder fundador da cooperativa tem problemas de desempenho na delegação de poder e na indicação sucessória, conforme sinalizou o estudo, trata-se de uma estratégia identitária. Nessa, a transação subjetiva permanece positivamente orientada para a permanência no cargo, apoiada na legitimidade que o reconhecimento de competências autorga-lhe. Na transação objetiva, macrorresultados vêm garantindo os votos e as reeleições.

Trata-se de uma articulação problemática entre a *identidade para si* e a *identidade para o outro*, conforme sinaliza Dubar (2005). Concordando com Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000), adaptado por Paiva (2007), enquanto os resultados das ações forem observados e reconhecidos pelos médicos, há possibilidades de ele permanecer na função.

Os profissionais resolvem os problemas usando um *repertório* de soluções, e aprendem a *reformular* e *renomear* problemas difíceis, a fim de resolvê-los mais facilmente, conforme destacou Schön (1983), sendo a prática profissional mais uma forma de *arte*. Isso é especialmente importante quando os profissionais operam em áreas mal definidas ou

ambíguas, denominadas zonas *indeterminadas*, caso da função de gestão da cooperativa médica operadora de saúde pesquisada. Essa visão de como operar profissionalmente Schön (1983) nomeou-a nova epistemologia da prática profissional.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo-se do pressuposto de que a configuração da identidade dos médicos cooperados diretores executivos da Unimed-Beta está relacionada à mobilização de competências que possibilitem o enfrentamento de desafios do contexto da saúde brasileira, o objetivo geral deste estudo foi analisar a configuração da identidade desses profissionais, considerando competências profissionais mobilizadas para o exercício da função.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva, nos moldes de um estudo de caso. Os sujeitos da pesquisa foram divididos em dois grupos: primários e secundários, ambos escolhidos utilizando-se critérios de inclusão e exclusão. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e a análise dos dados pela técnica de análise de conteúdo.

A Cooperativa Unimed, cenário deste estudo, situa-se no interior de Minas Gerais e foi criada na década de 1980. No macrocontexto da saúde suplementar, permeado de transformações após a regulamentação, em 1998, a cooperativa de trabalho médico Unimed se adaptou, sobreviveu e cresceu, estando classificada entre as dez maiores dessa modalidade de operadora de saúde em Minas Gerais no que concerne ao número de beneficiários e rede credenciada.

Para conhecer como se configura a identidade e as competências profissionais mobilizadas pelos diretores executivos da Unimed-Beta, foram entrevistados 29 profissionais. Os sujeitos primários foram aqueles sobre os quais se buscou conhecer a identidade e as competências mobilizadas no exercício da função; os secundários foram profissionais que compartilham com os sujeitos primários o cotidiano de trabalho e que, portanto, possibilitaram delinear a *identidade para o outro* - identidade virtual - dos sujeitos primários. Os sujeitos primários e secundários da pesquisa representaram praticamente 100% da equipe gerencial da Cooperativa, cenário do estudo.

A configuração da identidade profissional desses diretores foi revelada pela análise das entrevistas e do *diário de bordo*. Assim, na visão deles próprios e de *outros significativos* que com eles compartilham o cotidiano de trabalho, foi possível conhecê-la. Em uma abordagem biográfica e relacional foram contemplados: a formação, a experiência anterior e a trajetória; o exercício profissional atual deles na Unimed-Beta e fora dela; as expectativas relacionadas ao trabalho que realizam como Diretores Executivos da Unimed-Beta; e a *identidade relacional*, na visão deles próprios e de *outros significativos*.

No que se refere à formação e à experiência anterior e a trajetória dos cooperados diretores executivos na Unimed-Beta foram identificadas características identitárias do grupo. Com a fragmentação do saber na profissão médica, que levou à constituição de 53 especialidades, no Brasil, a profissão não pode ser tratada como um grupo hegemônico de interesses, pois a especialização cristalizou subgrupos que se organizam e enfrentam os demais para defender interesses específicos da especialidade e não somente os interesses gerais da categoria médica.

Ao analisar as competências profissionais mobilizadas pelos diretores no exercício da função, identificou-se um conjunto expressivo de habilidades que contemplaram os cinco componentes da perspectiva integrada de análise adotada: cognitiva, funcional, comportamental, ética e política. Cabe um destaque especial para as competências mencionadas como próprias do diretor presidente, tanto pelos sujeitos secundários médicos, quanto pelos não médicos.

De acordo com os entrevistados, o diretor presidente mobiliza um conjunto diferenciado de competências no exercício da função. Apesar de ter sido constatado que na Unimed-Beta utiliza-se uma forma de gestão que se aproxima do modelo *líder carismático fundador*, destaca-se o lugar significativo que o diretor presidente ocupa na Cooperativa, na visão dos sujeitos secundários.

Foi possível compreender aspectos da dinâmica entre a identidade e as competências profissionais mobilizadas pelos diretores executivos no exercício da função. Ao dizer *quem sou* como diretor executivo da Unimed-Beta (identidade real) o diretor precisou articular ao que *dizem que ele é* como gestor (identidade virtual); assim, ele pode reconhecer (ou não), suas próprias competências para a função (competência reconhecida por ele mesmo ou não) e conseguir o reconhecimento (ou não) por parte daqueles com os quais compartilha o cotidiano de trabalho (competência reconhecida por terceiros). Essa rica dinâmica entre a identidade e as competências profissionais desses médicos cooperados, articuladas de forma praticamente indissociável, pôde ser observada ao longo do estudo, desde as entrevistas e diário de bordo, passando pela organização, tratamento, até a análise final dos dados, em um processo denso e, especialmente, instigante e desafiador.

Ante o exposto, considera-se como contribuições desta tese: a elaboração da perspectiva integrada de análise da identidade e competências profissionais, com base em Dubar (1997, 2005) e Cheetham e Chivers (1996, 1998, 2000, adaptada por Paiva, 2007); a compreensão da configuração da identidade dos diretores executivos da Cooperativa, considerando as competências profissionais mobilizadas no exercício da função; a

identificação de aspectos da dinâmica entre identidade e competências profissionais mobilizadas pelos diretores da Unimed-Beta na função. E, também, a confirmação da tese defendida de que a configuração da identidade de médicos cooperados diretores executivos de uma cooperativa de trabalho médico Unimed está relacionada à mobilização de competências que possibilitem o enfrentamento de desafios do contexto da saúde no Brasil.

Ressalta-se que a perspectiva teórico-metodológica elaborada para fins de análise da identidade e das competências profissionais ampliou a compreensão da formação da identidade profissional. Além de explicá-la por meio das interações sociais, da comunicação e da visão dos entrevistados - componente subjetivo - condições objetivas da profissão médica - realidade profissional (formação e profissão médica) - foram consideradas, evitando-se a limitação da análise à dimensão subjetiva.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a opção pelo estudo de caso, pois, conforme destacou Yin (2010), os resultados obtidos não permitem generalizações. Outro aspecto a ser considerado é a abordagem somente na perspectiva do núcleo central da administração da Cooperativa, no entanto, coerente com o objetivo proposto e o referencial teórico metodológico adotado.

Em face dos resultados obtidos e das limitações apresentadas, sugere-se ampliar os estudos sobre a temática em cenários de pesquisa similares, articulando-a com outras estratégias que possibilitem dar voz aos públicos que não convivem diretamente com os diretores executivos no cotidiano de trabalho. Tal perspectiva é fundamental, pois muitos são afetados diretamente pelas ações dos diretores no que tange à assistência à saúde, em particular, os cooperados, os prestadores de serviços e os beneficiários da operadora de saúde.

As preocupações dos SSNM's quanto à forma de condução da Unimed-Beta desperta para a importância de os diretores executivos, em geral, e do diretor presidente, em particular, buscarem estratégias para enfrentamento dos desafios da gestão, em alternativas como a educação continuada em cooperativismo.

A permanência dos diretores por longo período à frente da Cooperativa foi tratada de forma análoga a um *bom casamento*. Sabe-se que essa prática de assumir vários mandatos é comum em cooperativas. Como não foi interesse explícito deste estudo analisar a sociedade cooperativa, sugere-se o aprofundamento em estudos sobre o modelo de gestão desse tipo de sociedade. No caso, pesquisas fundamentadas em teorias dos campos da administração para análise da gestão, da economia para desvelar a governança à luz da empresa familiar, e da sociologia para compreender a formação e prática profissional do médico no Brasil do século XXI. Trata-se da necessidade de uma abordagem necessariamente interdisciplinar ou

transdisciplinar com vistas a contribuir para o enfrentamento de desafios do sistema de saúde do Brasil.

Aos médicos cooperados das Unimed's, em geral, e da Unimed-Beta, em particular, sugere-se que as questões relacionadas ao profissionalismo médico, elucidadas nesta tese, sejam discutidas, analisadas e consideradas, visando à reconfiguração da identidade e o desenvolvimento de competências profissionais com vistas a transformar o futuro da profissão médica. Se a cooperativa médica é uma alternativa ao mercado, o *jogo de soma zero* em que todos tomam parte, mas todos perdem, pode ser alterado, avançando-se no sentido de uma competição de soma positiva. Esta gera valor para os beneficiários, conforme advogam Porter e Teisberg (2007), e com que a autora desta tese concorda, pois se amplia o nível das condições de saúde da população assistida.

Às instituições formadoras de profissionais de saúde, em particular, dos médicos, fica um alerta sobre a aparente descontextualização desse profissional quando se insere no mercado de trabalho. Como mencionado, a medicina é uma profissão que demanda muito trabalho e dedicação, mas, no século XXI, não promete o almejado *status* financeiro esperado por esse trabalhador.

Para os formuladores de políticas públicas e sociais, sugere-se conhecer as diversas modalidades de operadoras que prestam assistência à saúde no Brasil, bem como seus gestores, para que se amplie o conhecimento sobre o segmento de saúde suplementar. É importante lembrar que a sociedade brasileira carece de um planejamento integrado da assistência, de longo prazo, com vistas a possibilitar o enfrentamento dos significativos desafios que o Brasil tende a experimentar nas próximas décadas, caso haja um estrangulamento do sistema de saúde.

Destaca-se que em nenhum momento se teve a pretensão de esgotar a análise de um problema complexo e ainda pouco estudado. Buscou-se, particularmente, oferecer uma contribuição teórico-metodológica, avançar na discussão e estimular novas investigações que possam vir a elucidar os aspectos que ficaram por compreender e outros que podem emergir. Acredita-se que as suposições levantadas poderão ser confirmadas ou negadas por futuras pesquisas, pois o debate é fundamental. Por sua vez, o mesmo coaduna-se com a contribuição pretendida de construir um saber científico, caminho que o estudo buscou trilhar. Trata-se, enfim, da expressão do desejo da autora de se unir àqueles que acreditam na construção de uma sociedade melhor e mais humana.

## REFERÊNCIAS

ABBOTT, Andrew Delano. *The system of professions: an essay on the division of expert labour*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988. 452p.

ACHER, Margareth. *Making our way through the world: human reflexivity an social mobility*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro/RJ: Ministério da Saúde / ANS, Setembro, 2012. 52 p. Dados eletrônicos.

\_\_\_\_\_. *Foco – Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro/RJ: Ministério da Saúde/ANS, Junho, 2012. 52p.

ALBUQUERQUE, Ceres *et al.* A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p.1.421-30, set./out., 2008.

ALMEIDA, Antônio José. Contributos da sociologia para a compreensão dos processos de profissionalização. *Medi@ções - Revista OnLine da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal*, v. 1, n. 2, p. 115-27, 2010. Disponível em: <[http://mediacoes.esse.ips.pt/index.php/mediacoes\\_online/article/viewFile/28/pdf\\_13](http://mediacoes.esse.ips.pt/index.php/mediacoes_online/article/viewFile/28/pdf_13)>. Acesso em: 05 jan. 2011.

ALMEIDA, Célia. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: IPEA, 1998. 80p.

ALVES, Marília; BRITO, Maria José Menezes. Perfil, ações e identificação organizacional de diretores hospitalares. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 2004, Curitiba. *Anais...* Curitiba: Anpad, 2004.

AMARAL, Carlos Faria Santos; REZENDE, Nilton Alves. *Procedimentos de alto custo em saúde e novas tecnologias II*. Apostila do Curso de Pós-Graduação em Auditoria e Mecanismos de Regulação em Saúde. Belo Horizonte, Fundação Unimed, 2009. 43p.

ANDREAZZI, Maria de Fátima S. *O seguro privado de saúde no Brasil*. 1991. 265f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

ANS TABNET. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET\\_CC.DE](http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_CC.DE)>. Acesso em: 10 set. 2011.

AREOSA, João; CARAPINHEIRO, Graça. Quando a imagem é profissão: profissões da imagiologia em contexto hospitalar. *Sociologia, Problemas e Práticas*, Oeiras, n. 57, p.83-108, maio 2008.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE MINAS GERAIS (AMMG). Minas terá mais duas escolas de medicina. *Jornal da Associação Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 39, n. 135, p. 6, jun./jul. 2012.

BAHIA, Ligia. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1385-97, set./out. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500002) & [lng=pt&nrm=iso](#)>. Acesso em: 01 nov. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232008000500002.

BANCO CENTRAL DO BRASIL (BCB). *Manual de governança cooperativa: diretrizes para boas práticas de governança em cooperativas de crédito*. Brasília: Banco Central do Brasil, 2007. 54p.

BARATO, J. N. *Competências essenciais e avaliação do ensino universitário*. Brasília: UNB, 1998 (mimeografado).

BARBOSA, Maria Ligia de Oliveira. As profissões no Brasil e sua sociologia. Dados [online]. v. 46, n. 3, p. 593-607, 2003.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p. Título original: *Content Analysis*.

BARROS, Leandro Eduardo Vieira. *Competências profissionais e sua gestão na área da saúde: um estudo de caso com médicos de um hospital privado mineiro*. 2011. 116f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte.

BATISTA, Sylvia Helena da Silva. A interdisciplinaridade no ensino médico. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 39-46, abr. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022006000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jun. 2011.

BAUMAN, Zygmunt. *Identidade: entrevista a Benedito Vecchi*. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. 110p. Título original: *Identity (Conversations with Benedetto Vecchi)*.

\_\_\_\_\_. *Vida líquida*. Tradução Carlos Alberto Medeiros. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007. 212p. Tradução de: *Liquid life*.

BECKER, Howard. Conferência: a Escola de Chicago. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.177-188, out. 1996.

BENDASSOLLI, Pedro Fernando. *Os ethos do trabalho: sobre a insegurança ontológica na experiência atual com o trabalho*. 2006. 257f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BERGER, Peter Iudwig; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1976. 247p.

BERNARDINO, Elizabeth; FELLI, Vanda Elisa Andres. Saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, nov./dez. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_15.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2010.

BIALOSKORSKI NETO, Sigismundo; BARROSO, Marcelo; REZENDE, Amaury José. Co-operatives governance and management systems: an agency theory approach. Disponível em: <[http://www.fearp.usp.br/cooperativismo/paper\\_sist\\_gerenciais.pdf](http://www.fearp.usp.br/cooperativismo/paper_sist_gerenciais.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2010.

BITENCOURT, Claudia Cristina. A gestão de competências como alternativa de formação e desenvolvimento nas organizações: uma reflexão crítica baseada na percepção de um grupo de gestores. In: RUAS, Roberto; ANTONELLO, Claudia Simone; BOFF, Luiz Henrique (Orgs). *Os novos horizontes da gestão: aprendizagem organizacional e competências*. Porto Alegre: Bookman, 2005 (reimpressão 2008), p.132-149.

BORGES, Hugo Campos; PIMENTEL, Janaine Lopes. Operadoras de planos de saúde e cooperativismo: o paradoxo do Sistema Unimed. In: CAMPOS, Emerson Fidelis *et al.* *Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimed de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Editora Federação das Unimed de Minas Gerais, 2008, cap. 8, p. 207-17.

BOSI, Alfredo. O positivismo no Brasil: uma ideologia de longa duração. *Revista Brasileira, Academia Brasileira de Letras*, Rio de Janeiro, Fase VII, v. 11 n. 43, p. 157-82, abr./ maio/jun. 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução* n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 10 de outubro de 1996.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Decreto* n. 3.327, de 5 de janeiro de 2000. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2000b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Decreto* n. 5604, de 25 de abril de 1874. Manda observar o regulamento nesta data para execução do art. 2º da Lei n. 1.829 de 9 de Setembro de 1870, na parte em que estabelece o registro civil dos nascimentos, casamentos e óbitos. Brasília: Diário Oficial da União, 1874.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Lei* n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 1998.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Lei* n. 10.406, de 10 de Janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Lei* n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2000a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Lei n. 5.764*, de 16 de dezembro de 1971. Define a política nacional de cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1971.

\_\_\_\_\_. *Lei 12.058*, de 13 de outubro de 2009. Dispõe sobre a prestação de apoio financeiro pela União aos entes federados que recebem recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), no exercício de 2009, com o objetivo de superar dificuldades financeiras emergenciais. Brasília: Diário Oficial da União, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES n. 1.133* de 07 de agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

BRITO, Maria José Menezes. *A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados em Belo Horizonte*. 2004. 393f. Tese (Doutorado em Administração) - Centro de Pós Graduação e Pesquisas em Administração, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

\_\_\_\_\_; MONTEIRO, Plínio Rafael Reis; COSTA, Janaina Oliveira. Interfaces da mudança e dos modos de gestão na rede hospitalar privada de Belo Horizonte: caminhos e descaminhos na ótica da gerente-enfermeira. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26, 2002, Salvador. *Anais...* Salvador: ANPAD, 2002.

\_\_\_\_\_; *et. al.* Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. *Saúde Soc.* [online]. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 45-57, abr./jun 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Os médicos e a política de saúde: entre a estatização e o empresariamento, a defesa da prática liberal da medicina*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 214p.

CARAPINHEIRO, Graça. *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Afrontamento, 1998. 300p.

CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso (Coords.). *O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004. 234p.

CASTELLS, Manuel. *O poder da identidade*. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999, 530p., v.2.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.1, n.2, p. 04-26, jun. 2000.

CHANLAT, Jean Francois. *Ciências sociais e management: reconciliando o econômico e o social*. Trad. Ofélia de Lanna S. Torres. São Paulo: Atlas, 2000, 100p. Título original: *Sciences sociales et management*.

CHEETHAM, Graham; CHIVERS, Geoff. Towards a holistic model of professional competence. *Journal of European Industrial Training*, Bingley, v. 20, n. 5, p. 20-30, 1996.

\_\_\_\_\_. The reflective (and competent) practitioner: a model of professional competence which seeks to harmonise the reflective practitioner and competence-based approaches. *Journal of European Industrial Training*, Bingley, v. 22, n. 7, p. 267-76, 1998.

\_\_\_\_\_. A new look at competent professional practice. *Journal of European Industrial Training*, Bingley, v. 24, n. 7, p. 374-83, 2000.

\_\_\_\_\_. Professions, competence and informal learning. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 2005. Disponível em: <<http://books.google.com/?id=xwyqLR-mG4cC&pg=PA162&dq=%27%27%27Dreyfus+Model+of+Skill+Acquisition%27%27%27#PPA162,M1>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

COELHO, Edmundo Campos. *As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Record, 1999. 304p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Médicos obtêm o maior índice de confiança. *Jornal Medicina*, Brasília, v. 20, n. 156, ago./out. 2005.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MINAS GERAIS (CRM-MG). Educação médica: mais qualidade na graduação. *Médico das Gerais*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 8-11, maio de 2010.

CONTANDRIOPOULOS, Andre Pierre *et al.* *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento*. 3ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999. 214p.

COOLEY, Charles Horton. Society and the individual. In: HATCH, Mary Jo; SCHULTZ, Majken. (Ed). *Organizational identity: a reader*. New York: Oxford University Press, 2004.

CORNFORTH, Chris. The governance of cooperatives and mutual associations: a paradox perspective. *Annals of Public and Cooperative Economics*, Oxford, v. 75, n. 1, p.11-32, mar., 2004.

CORREIA, Tiago. *Medicina: agir numa saúde em mudança*. Lisboa: Editora Mundos Sociais, CIES, ISCTE-IUL, 2012. 198p.

COUTINHO, Maria Chalfin. Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégia de investigação. *Cad. Psicol. Soc. Trab.* [online]. v. 12, n. 2, p. 189-202, dez., 2009.

CRUZIO, Helton de Oliveira. *Como organizar e administrar uma cooperativa: uma alternativa para o desemprego*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2000. 156p.

DAL MAGRO, Márcia Luiza P.; COUTINHO, Maria Chalfin. Os sentidos do trabalho para sujeitos inseridos em empreendimentos solidários. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 4, p. 703-11, out./dez. 2008.

DAVEL, Eduardo Paes Barreto; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes. (Orgs). *Gerência em ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial*. Rio de Janeiro: FGV, 2005. 340p.

DAVIS, Peter. *Human resource management in cooperatives: theory process and practice*. Geneve: International Labor Organization, 2004.

\_\_\_\_\_; BIALOSKORSKI NETO, Sigismundo. Governança e gestão de capital social em cooperativas: uma abordagem baseada em valores. *Economia Solidária e Ação Cooperativa* (ESAC), São Leopoldo, v. 5, n. 01, p. 1-24, jan./jun. 2010.

DELGADO, Berenice Sofal. As cooperativas médicas e o princípio das portas abertas: limitação sob a análise econômica do direito. *Revista Paradigma*, n. 19, p. 129-50, 2010.

DEMAZIÈRE, Didier; DUBAR, Claude. Trajetórias profissionais e formas identitárias: uma teorização. In: GUIMARÃES, Nadia Araujo; HIRATA, Helena (Orgs). *Desemprego: trajetórias, identidade, mobilizações*. São Paulo: SENAC, 2006, p. 165-87, cap. 4.

DIAS, Roberto da Silva. Cooperativismo de trabalho à luz de Guerreiro Ramos: uma economia de caráter isonômico para profissionais de nível superior. In: ENANPAD, 24, 2000, Florianópolis. *Anais... ANPAD*, 2000.

DICIONÁRIO. *Miniaurélio Eletrônico*. Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, versão 5.13, Editora Positivo Informática Ltda., 2004. (corresponde à 7.ed., revista e atualizada, do Minidicionário Aurélio da Língua Portuguesa).

DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975. 174p.

DRUCKER, Peter. *Desafios gerenciais para o século XXI*. São Paulo: Pioneira, 2000. 170p.

DUBAR, Claude. *A socialização: construção de identidades sociais e profissionais*. Tradução de Annette Pierrette Botelho e Estela Pinto Ribeiro Lamas. 2. ed. rev. Portugal: Porto, 1997. 239p. Título Original: *Socialisation, la construction des identites sociales et professionnelles*.

\_\_\_\_\_. Identidade profissional em tempos de Bricolage. *Contemporaneidade e Educação*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 9, p.152-156, 1º sem, 2001.

\_\_\_\_\_. *A socialização: construção de identidades sociais e profissionais*. Tradução de Andréa Stathel M. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2005, 343p. Título Original: *Socialisation, la construction des identites sociales et professionnelles*.

\_\_\_\_\_. *A crise das identidades: a interpretação de uma mutação*. Tradução Mary Amazonas Leite Barros. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009. 292p. Título original: *La crise des identités: l'interprétation d'une mutation*.

\_\_\_\_\_. A sociologia do trabalho frente à qualificação e à competência. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 19, n. 64, set. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73301998000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 fev. 2010.

DURKHEIM, Émile. *A divisão do trabalho social*. 3. ed. Lisboa: Presença, 1989, v. 1 (Introdução), v.2 (cap. 1 e 2).

DUTRA, Joel Souza. *Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna*. São Paulo: Atlas, 2004. 208p.

ERIKSON, Erik H. *Identidade: juventude e crise*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. 322p. Título original: *Identity, youth and crisis*.

ÉSTER, Angelo Brigato. *A construção da identidade gerencial dos gestores da alta administração das universidades federais de Minas Gerais*. 2007. 275f. Tese (Doutorado em Administração) Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

EVERS, Frederick T.; RUSH, James C. do; BERDROW, Iris. *The bases of competence: skills for lifelong learning and employability*. San Francisco: Jossey-Bass, 1998. 273p.

EVETTS, Julia. The sociological analysis of professionalism: occupational change in the modern world. *International Sociology*, Nottingham, v. 18, n. 2, p. 395-415, June 2003.

FERNANDES, Maria Elizabeth Rezende. *De “Jóia da Coroa” a “Coroa sem Jóia”*: estudo do processo identificatório em duas empresas multinacionais em reestruturação. 2008. 218f. Tese (Doutorado em Administração) Centro de Pós Graduação e Pesquisas em Administração, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

\_\_\_\_\_. Os paradoxos do processo identificatório na trajetória de diretores, gerentes e técnicos de duas empresas multinacionais de tecnologia. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 33, 2009, São Paulo. *Anais...* São Paulo: ANPAD, 2009.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso. Construindo o conceito de competência. *RAC*, Curitiba, Edição Especial, v. 5, p. 183-96, 2001.

FLICK, Uwe. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Trad. Sandra Netz. 2.ed, reimp. 2007. Porto Alegre: Bookman, 2007. 312p. Título original: *Qualitative sozialforschung*.

FREIDSON, Eliot. *Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política*. São Paulo: EDUSP, 1998. 288p.

\_\_\_\_\_. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press, 1988 (Original publicado em 1970). Disponível em: <[http://books.google.com.br/books?id=G7vhOk\\_bYIsC&printsec=frontcover&hl=pt-br&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.br/books?id=G7vhOk_bYIsC&printsec=frontcover&hl=pt-br&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)>. Acesso em: 14 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. Tradução de André de Faria Pereira-Neto e Kvieta Brezinova de Moraes. São Paulo: Editora UNESP; Porto Alegre, RS: Sindicato dos Médicos, 2009. 456p. Título original: *Profession of medicine*.

\_\_\_\_\_. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Versão revista de trabalho apresentado no 19º Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, MG, 19 de outubro de 1995.

Disponível em: <[http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs\\_00\\_31/rbcs31\\_08.htm](http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_08.htm)>. Acesso em 23 jan. 2011.

FREITAS, Isa Aparecida; BRANDÃO, Hugo Pena. Trilhas de aprendizagem como estratégia para desenvolvimento de competências. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 29, 2005, Brasília. *Anais...* Brasília: ANPAD, 2005.

FREUD, [Sigmund](#). Projeto para uma psicologia científica (1950-1895). In: *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. 2. ed. rev. Obras Psicológicas Completas. Edição Standard Brasileira. Tradução da 1.ed. José Luís Meurer. Rio de Janeiro: Imago, 1987a, v. I, Parte I, p. 336-7. Título original: *Aus den Anffangen der Psychoanalyse*.

\_\_\_\_\_. Identificação. In: \_\_\_\_\_. *Psicologia de grupo e a análise do ego*. 2. ed. rev. Obras Psicológicas Completas de Freud. Edição Standard Brasileira. Tradução da 1.ed. José Luís Meurer. Rio de Janeiro: Imago, 1987b. v. XVIII, parte VII, p.133-40. Título original: *Massenpsychologie Ich-Analyse*.

GIDDENS, Anthony. *Modernidade e identidade*. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002. 233p. Título original: *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 205p.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite; GIRARDI, Luísa Gonçalves. Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: os conceitos e evidências internacionais. Trabalho produzido para a Organização Pan-Americana da Saúde, PWR-Brasil, maio de 2007. Disponível em: <[http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/NESCON-UFMG/Modalidades\\_contratacao\\_trabalho\\_medico.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESCON-UFMG/Modalidades_contratacao_trabalho_medico.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2011.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. 158p.

GONÇALVES, Carlos Manuel. Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, Porto, v. 17 n. 18, p. 177-224, 2007/2008.

GONCZI, Andrew. Competency-based learning: a dubious past - an assured future? In: Boud, David; Garrick, John (Orgs.). *Understanding learning at work*. London: Routledge, 1999, p. 180-94.

GRIFFIN, Ricky W.; MOORHEAD, Gregory. *Fundamentos do comportamento organizacional*. Tradução de Fernando Moreira leal, André Siqueira Ferreira. São Paulo: Ática, 2006. 488p. Titulo original: *Fundamentals of organizational behavior*.

HALL, Calvin S.; LINDZEY, Gardner; CAMPBELL, John B. *Teorias da personalidade*. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000, 592p.

HALL, Richard H. *Organizações: estruturas, processos e resultados*. 8.ed. Tradução Roberto Galman; revisão técnica Guilherme Maximiano. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004. 322p. Título original: *Organizations: structures, processes, and aoutcomes*.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Tradução de Tomás Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. In: HALL, D. H.; McGREW, T. *Modernity and is futures*. 10th. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. 102p. Título original: *The question of cultural identity*.

HATCH, Mary Jo; SCHULTZ, Majken. The dynamics of organizational identity. *Journal Human Relations*, London, v. 55, n. 8, p. 989-1018, Aug., 2002.

HERSEY, Paul.; BLANCHARD, Kenneth. H. *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. Trad. Edwino A. Royer. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária (EPU), 1986. 428p.

HILL, Linda. *Novos gerentes: assumindo uma nova identidade*. São Paulo: Makron Books, 1993. 296p.

HOGG, Michael A.; TERRY, Deborah J.; WHITE, Katherine M. A tale of two theories: a critical comparison of identity theory with social identity theory. *Social Psychology Quartely*, v. 58, n. 4, p. 225-69, 1995. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2787127?searchUrl=%2Faction%2FdoBasicSearch%3FQuery%3D%2522a%2Btale%2Bof%2Btwo%2Btheories%2522%26gw%3Djtx%26prq%3Da%2Btale%2Bof%2Btwo%2Btheories%26Search%3DSearch%26hp%3D25%26wc%3Don&Search=yes&uid=2134&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21101215366863>>. Acesso em: 22 jan. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf)>. Acesso em: 18 dez. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC). *Código das melhores práticas de governança corporativa*. 4. ed. São Paulo: IBGC, 2009. 73p.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ibgc.org.br/Historico.aspx>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

INTERNATIONAL CO-OPERATIVE ALIANCE (ICA). Disponível em: <<http://www.ica.coop/ica/index.html#aims>>. Acesso em: 21 nov. 2011.

JEFFERS, James R.; BOGNANNO, Mario F.; BARTLETT, John C. On the demand versus need for medical services and the concept of shortage. *American Journal of Public Health*, New York, v. 61, n. 1, p. 46-63, Jan., 1971.

JOAS, Hans. Interacionismo simbólico. In: GIDDENS, Anthony; TURNER, Jonathan. (Orgs). *Teoria social hoje*. Tradução de Gilson César Cardoso de Souza. São Paulo: UNESP, 1999. p.127-74. Titulo Original: *Social theory today*.

KAUFMANN, Jean-Claude. *A invenção de si: uma teoria da identidade*. Tradução Joana Chaves. Lisboa: Instituto Piaget, 2004. 306p. Título original: *L'invention de soi*.

KOTLER, Philip; HAYES, Thomas; BLOOM, Paul N. *Marketing de serviços profissionais: estratégias inovadoras para impulsionar sua atividade, sua imagem e seus lucros*. Tradução de Eduardo Lasserre. 2. ed. São Paulo: Manole, 2002. 511p. Título original: *Marketing professional services: forward-thinking strategies for boosting your business, your image, and your profits*.

KUBR, Milan; ABELL, Derek F. Managers and their competences. In: PROKOPENKO, Joseph (Ed.), *Management development*. Geneva: ILO, 1998. p. 9-19.

LAING, Ronald David. *O eu e os outros: o relacionamento interpessoal*. 7. ed. Tradução de Aurea Brito Weissenberg. Petrópolis: Vozes, Lisboa, Centro do Livro Brasileiro, 1986. 174p. título original: *The self and others*.

LALLEMENT, Michel. *História das ideias sociológicas: de Parsons aos contemporâneos*. Petrópolis: Vozes, 2004. 341p.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no panorama atual e perspectivas. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 78, (Suplemento 1), p. 31-37, 2008.

LAPLANCHE Jean; PONTALIS, Jean Bertrand. *Vocabulário da psicanálise*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 552p.

LARSON, Magali Sarfatti. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley, CA: University of California Press, 1977. Disponível em: <[http://books.google.com/books?id=N4Ik8Xsrjx0C&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_atb#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com/books?id=N4Ik8Xsrjx0C&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false)>. Acesso em: 16 dez. 2010.

LE BOTERF, Guy. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Trad. Patrícia Chittoni Ramos Reuillard. 3. ed. (Reimpressão 2007). Porto Alegre: ArtMed, 2003. 278 p. Título original: *Compétence et navigation professionnelle*.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. *Os equívocos da excelência: as novas formas de sedução na empresa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. 357p.

LUZ, Madel T.. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*. [online]. São Paulo, v.18, n.2, p. 304-311. abr./jun. 2009.

MACHADO, Hilka Vier. A identidade e o contexto organizacional: perspectivas de análise. *RAC*, Curitiba, Edição Especial, p. 51-73, 2003.

MACHADO, Maria Helena. *Perfil dos médicos no Brasil: análise preliminar*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / CFM-MS / PNUD, 1996. 112p.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, abr./jun., 2004.

\_\_\_\_\_. JORGE, Alzira de Oliveira. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p.1.535-42, set./out. 2008.

MEAD, George Herbert. *Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press, 1934. 401p.

MEHEDFF, Nassim Gabriel. *Habilidades, questão de competências?* Brasília: Ministério do Trabalho, Secretaria de Formação e Desenvolvimento Profissional. 1996. 26p.

MENDES, Eugênio Vilaça. (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998. 359p.

\_\_\_\_\_. O dilema do SUS. *Radis: Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 25, p. 35-6, set., 2004.

\_\_\_\_\_. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

MERTENS, Leonard. *Sistemas de competência laboral: surgimento y modelos*. Resumem Ejecutivo. Guanajuato, Mexico. Mayo, 1996.

MERTON, Robert King. "Some preliminaries to a sociology of medical education appendix a socialization: a terminological note". In: MACKAY, Lesley; SOOTHILL, Keith; MELIA, Kath (Orgs). *Classic texts in health care*. 1957. Disponível em: <[http://books.google.com.br/books?id=896em9CtUSMC&pg=PA140&lpg=PA140&dq=%22Some+preliminaries+to+a+sociology+of+medical%22&source=bl&ots=k-KgoJGw5&sig=2Jrk8HhbzV4UoNdzwi-RB-51kPE&hl=pt-BR&ei=iM6UTfS1BYzAgQfakNXACA&sa=X&oi=book\\_result&ct=Result&resnum=3&ved=0CC0Q6AEwAg#v=onepage&q=%22Some%20preliminaries%20to%20a%20sociology%20of%20medical%22&f=false](http://books.google.com.br/books?id=896em9CtUSMC&pg=PA140&lpg=PA140&dq=%22Some+preliminaries+to+a+sociology+of+medical%22&source=bl&ots=k-KgoJGw5&sig=2Jrk8HhbzV4UoNdzwi-RB-51kPE&hl=pt-BR&ei=iM6UTfS1BYzAgQfakNXACA&sa=X&oi=book_result&ct=Result&resnum=3&ved=0CC0Q6AEwAg#v=onepage&q=%22Some%20preliminaries%20to%20a%20sociology%20of%20medical%22&f=false)>. Acesso em: 22 jan. 2011.

MICHEL, Maria Helena. *Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais*. 2. ed. atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2009. 204p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000. 269p.

\_\_\_\_\_. (Org) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 80p.

MINTZBERG, Henry. Burocracia profissional. In: \_\_\_\_\_. *Criando organizações eficazes*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003, p. 212-38.

\_\_\_\_\_. Produtividade que mata. *GVExecutivo*, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 17-23, nov./dez. 2007.

MONTEIRO, Daniella Aparecida. *Gestão estratégica de uma cooperativa de trabalho médico: uma análise a partir da visão baseada em recursos*. 2005. 181f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Lavras, Lavras.

MORIN, Edgar. Por uma reforma do pensamento. In: PENA-VEGA, Alfredo; NASCIMENTO, Elimar Pinheiro do (Orgs). *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2001, p. 21-34.

MOTTA, Paulo Roberto. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. 256p.

OCEMG-SESCOOP/MG. *Informações econômicas e sociais do cooperativismo mineiro 2011*. Belo Horizonte: Sistema OCEMG-SESCOOP/MG, 2011. 128p.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. O mercado de planos de saúde: o problema vira solução? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p.1.398-1.408, set./out., 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS (OCB). Disponível em: <<http://www.ocb.org.br/e/cooperativismo/identidade.asp>>. Acesso em: 21 nov. 2011a.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <<http://www.ocb.org.br/site/ramos/index.asp>>. Acesso em: 22 nov. 2011b.

PAGÈS, Max *et al.* *O poder das organizações*: São Paulo: Atlas, 2006. 287p.

PAIVA, Kely César Martins de Paiva. *Gestão de competências e a profissão docente: um estudo em universidades no estado de Minas Gerais*. 2007. 278f. Tese (Doutorado em Administração) Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

\_\_\_\_\_; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo. Competências, gestão de competências e profissões: perspectivas de pesquisas. *RAC*, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 339-68, abr./jun., 2008.

PARSONS, Talcott. Professions. In: D. L. Sills (Org). *International encyclopedia of the social sciences*. New York: The Macmillan. 1968, vol. 12. Disponível em: <<http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3045000992.html>>. Acesso em: 08 jan. 2011.

PEREIRA, Mauricio Landi. O conselho de administração, a governança cooperativa e o cooperado. In: ENCONTROS COOPERATIVOS, 2011, Fortaleza, *Anais...*, 27 de junho de 2011.

PINHO, Diva Benevides. *O cooperativismo no Brasil*: São Paulo: Saraiva, 2004. 376p.

PIRES, Carlos Henrique Mascarenhas. Carteira de identidade: dias contados. *Recanto das Letras*. 2009. Disponível em: <<http://www.recantodasletras.com.br/artigos/1799043>>. Acesso em: 18 maio. 2012.

POMBO, Olga. Epistemologia da interdisciplinaridade. In: PIMENTA Carlos. (Coord). *Seminário Internacional: um teatro para a inteligência: interdisciplinaridade, humanismo,*

universidade. Porto: Campo das Letras, 2004. 235p. Disponível em: <[http://www.humanismolatino.online.pt/v1/pdf/C002\\_11.pdf](http://www.humanismolatino.online.pt/v1/pdf/C002_11.pdf)>. Acesso em: 24 de ago. 2009.

PORTER, Michel E.; TEISBERG, Elizabeth O. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007. 432p. Título original: *Redefining health care: creating value-based competition on results*.

PRATT, Michael G. To be or not to be?: Central questions in organizational identification. In: WHETTEN, David A.; GODFREY, Paul C. (Eds.). *Identity in organizations: building theory through conversations*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998. p. 171-207.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO COOPERATIVISTA (s.n.t.).

RIBEIRO, José Mendes *et al.* Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1.477-87, set./out., 2008.

ROQUETE, Fátima Ferreira. *Impactos da regulamentação estatal na gestão organizacional: o caso de uma cooperativa médica Unimed no Estado de Minas Gerais*. 2002. 226f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

\_\_\_\_\_; BRITO, Maria José Menezes; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes. Regulamentação Estatal e gestão organizacional: o caso de uma cooperativa médica Unimed no Brasil. In: XIII PAN AMERICAN NURSING RESEARCH COLLOQUIUM, 4 a 7 de setembro de 2012, Miami.

\_\_\_\_\_. *et al.* Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde pública. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. Divinópolis, 2012. No prelo.

\_\_\_\_\_. *et al.* “¿Quién soy yo?” con la palabra, enfermeros supervisores de un hospital privado de Belo Horizonte“. *Enfermería Global*, Murcia, v. 11, n. 27, p. 259-75, jul. 2012.

\_\_\_\_\_; MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes. Impactos da regulamentação estatal da assistência médica suplementar na gestão organizacional: o caso da cooperativa médica Unimed da cidade de Belo Horizonte. In: IX COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE PODER LOCAL: GESTÃO DO SÉCULO XXI, GESTÃO SOCIAL E GESTÃO DO DESENVOLVIMENTO, 9, 2003, Salvador. *Anais...* Salvador, 2003.

\_\_\_\_\_; VIEIRA, Adriane; BRITO, Maria José Menezes. Formação Acadêmica e prática profissional na configuração da identidade de enfermeiros supervisores. In: III CONGRESSO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM IBERO AMERICANO E DE PAÍSES DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA, 13 a 15 de junho de 2012, Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

RUAS, Roberto Lima. Desenvolvimento de competências gerenciais e contribuição da aprendizagem organizacional. In: FLEURY, Maria Tereza Leme; OLIVEIRA JR., Moacir de

Miranda (Orgs) *Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências*. São Paulo: Atlas, 2001, p. 242-69.

\_\_\_\_\_. A atividade gerencial no século XXI e a formação de gestores: alguns nexos pouco explorados. REAd, Porto Alegre, v. 10, ed. 41, n. 5, set./out 2004. Disponível em: <[http://read.adm.ufrgs.br/edicoes/resumo.php?cod\\_artigo=297&cod\\_edicao=41](http://read.adm.ufrgs.br/edicoes/resumo.php?cod_artigo=297&cod_edicao=41)>. Acesso em 17 set. 2010.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1.463-75, 2008.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 2. ed. rev. e atual.. Rio de Janeiro: Campos, 1987. 89p.

SATO, Fábio Ricardo Loureiro. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 49-62, jan./fev., 2007.

SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex (Coords). *Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, São Paulo, v. 1, dez., 2011, 118p.

SCHÖN, Donald A. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. London: Maraca Temple Smith, 1983. 8p.

SCHULZE, Edgar. *Participação e estrutura de poder no modelo de gestão cooperativa: o caso UNIMED no RS*. 2002. 148f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração. Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM DO COOPERATIVISMO (SESCOOP). *Manual de governança cooperativa*. Brasília: SESCOOP, 2007. 80p. (Série Gestão Cooperativa).

SILVA, Benedicto (Coord); FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. *Dicionário de Ciências Sociais*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1987. 1421p.

SILVA, Emanuel Sampaio *et al.* Cooperativas e relações de intercooperação: mecanismos e práticas no ramo trabalho. In: IX SEMINÁRIO INTERNACIONAL, 2005, Rio de Janeiro. *Anais...* São Paulo: UNIRCOOP, 2005.

SILVA, Tomaz Tadeu da. A produção social da identidade e da diferença. In: \_\_\_\_\_ (Org). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 73-102.

SMITH, Adam. *A riqueza das nações*. 6. ed. Trad. Noberto de Paula Lima. Rio de Janeiro: Ediouro, 1986. 444p. Título original: *An inquiry the nature and causes of the wealth of nations*.

SIMON, Herbert A. *Comportamento administrativo: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas*. Rio de Janeiro: FGV, 1971.

SOMMERMAN, Américo. *Inter ou transdisciplinaridade: da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes*. São Paulo: Paulus, 2006.

SOTO, Eduardo. *Comportamento organizacional: o impacto das emoções*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. 313p.

SOUZA, Alícia Navarro de. Formação médica, racionalidade e experiência. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 87-96, 2001.

SOUZA, Danielle Cristina Moreira; ROQUETE, Fátima Ferreira; BRITO, Maria José Menezes. Gestão de uma operadora de planos de saúde no contexto da regulamentação estatal. In: XXª SEMANA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 17 a 21 de outubro de 2011, Belo Horizonte. Pró-Reitoria de Pesquisa, UFMG, 2011.

STEFFEN, Ivo. *Modelos de competência profissional*. Turin: OIT, 1999.

STELLA, Regina Celes de Rosa *et al* . Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000500007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 nov. 2010.

STRAUSS, Anselm L.. *Espelhos e máscaras*. A busca de identidade. Tradução de Geraldo Gerson de Souza. São Paulo: Edusp, 1999. 177p. Título original: *Mirrors and masks: the search for identity*.

\_\_\_\_\_; CORBIN, Juliet. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Tradução de Luciane de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto alegre: Artmed, 2008, reimp. 2009. 288p. Título original: *Basics of qualitative research 2e*.

TAJFEL, Henri. Social psychology of intergroup relations. *Annual Review of Psychology*, Palo Alto (CA-USA), v.33, p.1-39, fev., 1982.

\_\_\_\_\_. TURNER, John Charles. An integrative theory of intergroup conflict. In: HATCH, Mary Jo; SCHULTZ, Majken. (Eds). *Organizational Identity: a reader*. Oxford: Oxford University Press, 2004, p. 56-65.

TORR, Amanda. A complex view of professional competence. In: 17TH NATIONAL VOCATIONAL EDUCATION AND TRAINING RESEARCH CONFERENCE, 2008. NCVER. Adelaide: 2008.

TOURAINÉ, Alain. *Um novo paradigma: para compreender o mundo de hoje*. Tradução de Gentil Avelino Tilton. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 261p. Título original: *Un nouveau paradigme pour comprendre le monde d'aujourd'hui*.

UNIMED-BETA. Estatuto Social. 2010.

\_\_\_\_\_. Gerência Comercial, 2011.

\_\_\_\_\_. O plano cooperativo da Unimed-Beta. In: 29ª CONFERÊNCIA NACIONAL DAS UNIMED's, 6 a 9 de outubro de 1999, Vitória, Espírito Santo. *Anais...* UNIMED DO BRASIL.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Vestibular 2013. Disponível em: <[http://web.cpv.ufmg.br/Arquivos/2012/Relacao\\_candidato\\_vaga.pdf](http://web.cpv.ufmg.br/Arquivos/2012/Relacao_candidato_vaga.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2012.

VENTURA, Elvira Cruvinel Ferreira; FILHO, Joaquim Rubens Fontes; SOARES, Marden Marques. (Coords). *Governança cooperativa: diretrizes e mecanismos para fortalecimento da governança em cooperativas de crédito*. Brasília: BCB, 2009. 256p.

VERGARA, Sylvia Constant. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 96p.

VIEIRA, Adriane; LUZ, Talita Ribeiro. Do saber aos saberes: comparando as noções de qualificação e de competência. *O&S*, Salvador, v. 12, n. 33, p. 93-108, abr/jun. 2005.

VIVEIROS, Ricardo. *Ética e solidarismo na saúde: a trajetória de vida de Edmundo Castilho [coleta de depoimentos e pesquisa José Maria Silva Moreira]*. São Paulo: Ricardo Viveiros, 1999. 131p.

WITTORSKI, Richard. Da fabricação das competências. In: TOMASI, Antonio (Org.). *Da qualificação às competências: pensando o século XXI*. Campinas (SP): Papyrus, 2004, p.75-92, cap. 4.

YIN, Robert. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 212p.

ZARIFIAN, Philippe. A gestão da e pela competência. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL "EDUCAÇÃO, TRABALHO E COMPETÊNCIAS". Rio de Janeiro. Centro Internacional para a Educação, Trabalho e Transferência de Tecnologia. 28 e 29 de novembro de 1996.

ZYLBERSZTAJN, Décio. Organização de cooperativas: desafios e tendências. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 23-32, jul./dez., 1994.

## APÊNDICE A

### Formulário sócio-demográfico

#### FORMULÁRIO

N.: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

#### ASPECTOS RELATIVOS AO CARGO OCUPADO NA UNIMED-BETA

1- Tempo na organização:

- ( ) menos de quatro anos ( ) de quatro a oito anos ( ) de oito a 12 anos ( ) de 12 a 16 anos  
( ) de 16 a 20 anos ( ) mais de 20 anos

No caso de menos de 5 anos:

- ( ) zero a seis meses ( ) seis meses a um ano ( ) um a dois anos ( ) dois a três anos  
( ) três a quatro anos ( ) quatro a cinco anos

2- Tempo na função atual:

- ( ) menos de um ano ( ) de um a dois anos ( ) de dois a três anos ( ) de três a seis anos  
( ) mais de seis anos

3- Jornada de trabalho:

a- Jornada “formal” de trabalho diária:

- ( ) quatro horas ( ) seis horas ( ) oito horas ( ) outras \_\_\_\_\_

b- Jornada “real” de trabalho diária:

- ( ) quatro horas ( ) seis horas ( ) oito horas ( ) 10 horas ( ) mais de 10 horas

Sua jornada de trabalho na Unimed-Beta é flexível? ( ) sim ( ) não

Em caso afirmativo, qual sua opinião sobre a flexibilidade de horário?

#### ASPECTOS REFERENTES À QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

4- Graduação em: \_\_\_\_\_

5- Tempo de formado (a):

- ( ) de um a cinco anos ( ) de seis a 10 anos ( ) de 11 a 15 anos ( ) de 16 a 20 anos  
( ) de 21 a 29 anos ( ) de 31 a 39 anos ( ) de 40 a 49 anos ( ) de 50 a 59 anos  
( ) mais de 60 anos

6- Pós-Graduação:

- ( ) Residência em: \_\_\_\_\_  
( ) Especialização em: \_\_\_\_\_  
( ) Mestrado em: \_\_\_\_\_  
( ) Doutorado em: \_\_\_\_\_

7- Curso de formação gerencial: ( ) sim ( ) não

Se sim, onde: \_\_\_\_\_

Quando: \_\_\_\_\_

## ASPECTOS PESSOAIS

4- Sexo:  masculino  feminino

5- Idade:

- menos de 30 anos  de 31 a 35 anos  de 36 a 40 anos  de 41 a 45 anos  
 de 46 a 50 anos  de 51 a 55 anos  de 56 a 60 anos  de 61 a 65 anos  
 de 66 a 70 anos  mais de 70 anos

6- Estado Civil:

- solteiro(a)  casado(a)  separado(a)  divorciado(a)  viúvo(a)  
 união estável

7- Tem algum outro vínculo empregatício ou realiza alguma outra atividade remunerada atualmente?  sim  não

Em caso afirmativo, especificar a(s) organização(ões):

---

---

---

---

11.1- Cargo(s) que ocupa na(s) outra(s) organização(ões):

---

---

---

---

11.2- Jornada de trabalho na outra organização (ou tempo dispendido na outra atividade exercida):

até quatro horas  quatro horas  seis horas  oito horas  12 horas

5- Número de empregos: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

### Roteiro de entrevista (Sujeitos Primários)

1. O(a) senhor(a) poderia se apresentar? Quem é o (nome do entrevistado)?
2. Fale sobre sua trajetória profissional até chegar à diretoria executiva da Unimed-Beta.
3. O que é ser médico-cooperado?
4. O que é ser diretor executivo da Unimed-Beta?
5. O que levou o senhor a aceitar o cargo de diretor executivo?
6. Como o senhor se sente hoje como diretor executivo?
7. Quais são as características de um bom diretor executivo?
8. Fale sobre as principais competências que o senhor deve mobilizar no exercício de sua função como diretor executivo da Unimed-Beta.
9. Quais são os principais conhecimentos e experiências de vida que contribuíram para que o senhor assumisse o cargo de diretor executivo?
10. Como é o dia a dia do diretor executivo?
11. Quais são as facilidades e recompensas de ser diretor executivo?
12. Quais as dificuldades que o senhor vivencia no exercício dessa função?
13. Fale sobre ser médico e diretor executivo da Unimed-Beta.
14. Como é a relação do senhor com:
  - a) Os membros dos conselhos de administração, técnico-ético e fiscal;
  - b) Os assessores da direção, superintendentes e gerentes.
15. Com quais desses grupos o senhor tem mais facilidade de lidar? Por quê?
16. E com quais o senhor tem maior dificuldade? E por quê?
17. Que tipos de alianças são necessários para o exercício da direção executiva?
18. O senhor poderia nos contar uma situação que exigiu flexibilidade, muito *jogo de cintura*, e como o senhor se comportou?
19. Quais as principais diferenças que o senhor observou na forma de gestão da Unimed-Beta após a promulgação da Lei n. 9.656/98 (Lei que regulamentou os planos e seguros privados de saúde)?
20. Fale sobre sua participação conselho de administração da Unimed-Beta.
21. Do ponto de vista do senhor, quais valores são mais arraigados na Unimed-Beta? Como esses valores influenciam o trabalho do senhor como diretor executivo?
22. O que supõe que as pessoas pensam do senhor como diretor executivo?
23. O senhor é reconhecido por seu trabalho como diretor executivo? Se sim, como?
24. Como e onde o senhor se vê no futuro?
25. Há alguma coisa importante que o senhor gostaria de acrescentar e que não está incluída no roteiro de entrevista ou alguma pergunta que gostaria de fazer?

Muito obrigada!

## APÊNDICE C

### Roteiro de Entrevista (Sujeitos Secundários)

1. O senhor(a) poderia se apresentar? Quem é o (nome do entrevistado)?
2. Fale sobre sua trajetória profissional na Unimed-Beta.
3. O que é ser membro do conselho de administração, assessoria, superintendente, gerente, coordenador da Unimed-Beta?
4. O que levou o(a) senhor(a) a aceitar o atual cargo na Cooperativa?
5. Como o(a) senhor(a) se sente hoje nesse cargo?
6. Minha pesquisa contempla também os médicos cooperados que são diretores executivos da Unimed-Beta e gostaria de ouvir a opinião do(a) senhor(a) a respeito de aspectos desse profissional.
  - a) Quais são as características de um bom diretor executivo?
  - b) Quais as principais competências que o diretor executivo deve mobilizar no exercício da função?
  - c) Quais são os principais conhecimentos e experiências de vida que contribuem para que o médico cooperado assuma o cargo de diretor executivo?
  - d) Como é o dia-a-dia de um diretor executivo?
  - e) Quais são as facilidades e recompensas de ser diretor executivo?
  - f) Quais as dificuldades que o diretor executivo enfrenta no exercício da função?
  - g) Fale sobre ser médico e diretor executivo da Unimed-Beta.
  - h) Como é a relação do(a) senhor(a) com o diretor executivo?
  - i) Como o(a) senhor(a) percebe a relação dos diretores executivos entre si?
  - j) Que tipos de alianças são necessárias para o exercício da direção executiva?
  - k) O(a) senhor(a) poderia nos contar uma situação que exigiu flexibilidade, muito *jogo de cintura*, e como o diretor executivo se comportou.
  - l) Quais as principais diferenças que o senhor observou na forma de gestão da Unimed-Beta após a promulgação da Lei n. 9.656/98 (Lei que regulamentou os planos e seguros privados de saúde)?
  - m) Fale sobre a participação dos diretores executivos no conselho de administração da Unimed-Beta.
  - n) Do ponto de vista do(a) senhor(a), quais valores são mais arraigados na Unimed Beta? Como esses valores influenciam o trabalho do diretor executivo?
  - o) O que o(a) senhor(a) pensa a respeito do diretor executivo da Unimed-Beta?
  - p) O diretor executivo é reconhecido pelo trabalho que realiza? Se sim, como?
  - q) Como e onde o(a) senhor(a) vê o Diretor Executivo da Unimed-Beta no futuro?
7. Há alguma coisa importante que o(a) senhor(a) gostaria de acrescentar e que não está incluída no roteiro de entrevista ou alguma pergunta que gostaria de fazer?

Muito obrigada!

## APÊNDICE D

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Caro participante,

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), intitulada *Identidade e competências profissionais de cooperados-gestores de uma Unimed de Minas Gerais*.

De acordo com a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e conforme requisito do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, estamos nos apresentando e descrevendo brevemente a pesquisa que vamos realizar. Esta tem como objetivo analisar como se configura a identidade social de cooperados-gestores de uma cooperativa médica Unimed, localizada em Minas Gerais, considerando competências profissionais mobilizadas para o exercício da função.

Para este estudo, estamos aplicando um questionário e uma entrevista com roteiro semiestruturado. O questionário é autoaplicado pelos participantes e contém perguntas simples sobre aspectos pessoais, do cargo que ocupa e da qualificação profissional. Sua finalidade é identificar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa. A entrevista contém questões que possibilitarão conhecer um pouco sobre você, sua atividade, suas competências profissionais, bem como sua percepção sobre a função de gestão da direção executiva da Unimed. Tanto o questionário quanto a entrevista são completamente seguros, e respondê-los não provocará desconforto.

Ressaltamos que você tem nossa garantia de receber resposta a qualquer dúvida sobre a pesquisa. Você tem também a liberdade de não participar da pesquisa, e isso não lhe trará nenhum prejuízo em qualquer fase do estudo, não implicando qualquer dano, custo ou penalização a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e nenhum benefício financeiro.

Comprometemo-nos a manter a confidencialidade das informações fornecidas por você e não identificar seu nome em nenhum momento, protegendo-o de eventuais questões éticas que possam surgir. Todos os resultados obtidos na pesquisa serão mantidos sob sigilo e ficarão sob a tutela e total responsabilidade da pesquisadora, podendo a qualquer momento ser consultados.

Durante todo o estudo, você poderá pedir esclarecimentos ou se retirar do mesmo. Se houver alguma informação que deseje receber, os telefones de contato são (31) 3324-4993 e 9981-5081.

Desde já agradecemos a sua atenção e colaboração.

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Menezes Brito

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Ms. Fátima Ferreira Roquete

Eu, \_\_\_\_\_, CI \_\_\_\_\_,  
declaro ter sido informado a respeito do que li ou do que foi lido para mim sobre a pesquisa *Identidade e competências profissionais de cooperados-gestores de uma Unimed de Minas*

*Gerais.* Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, a temática das questões que serão coletadas, seus riscos e desconfortos, bem como que meu nome não será divulgado e os resultados serão utilizados apenas para fins científicos. Declaro estar ciente de que todas as informações são confidenciais e que eu tenho a garantia de esclarecimento de qualquer dúvida que porventura surgir em qualquer fase da pesquisa. Sei que a minha participação não terá despesas, nem remuneração e que estão preservados os meus direitos. Assim, concordo voluntariamente e consinto na minha participação no estudo, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem quaisquer prejuízos. Declaro que obtive de forma voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação neste estudo.

Nome da cidade, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Assinatura do profissional entrevistado

**Contato das pesquisadoras:**

- Fátima Ferreira Roquete  
Rua Valparaíso 360 / apto. 11 - Sion  
CEP: 30315-580 - Belo Horizonte/MG  
Telefones: (31) 9981-5081  
E-mail: fatimaroquete@gmail.com
- Prof. Dr<sup>a</sup> Maria José Menezes Brito  
Av. Alfredo Balena, 190/S1 514 - St<sup>a</sup> Efigênia  
CEP: 30.130-000 - Belo Horizonte/MG  
Telefones: (31) 3409-9846 /

**Contato COEP UFMG:**

Av. Presidente Antonio Carlos, 667 - Unidade Administrativa II – 2º Andar, sala 2005  
Campus Pampulha  
CEP: 31270-901.  
Belo Horizonte/MG.  
Telefone: (31) 3409-4592  
Email: coep@prpq.ufmg.br