

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS**

EDUARDO DO CARMO

**DESEMPENHO ORGANIZACIONAL DE OPERADORA DE
PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: estudo de
caso de uma Cooperativa Médica**

UBERLÂNDIA

2016

EDUARDO DO CARMO

DESEMPENHO ORGANIZACIONAL DE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: estudo de caso de uma Cooperativa Médica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios - FAGEN, da Universidade Federal de Uberlândia - UFU como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração

Área de Concentração: Estratégia e Mudança Organizacional

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Loebel

UBERLÂNDIA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

C287d Carmo, Eduardo do, 1985-
2016 Desempenho organizacional de operadora de planos de saúde
suplementar no Brasil : estudo de caso de uma Cooperativa Médica /
Eduardo do Carmo. - 2016.
163 f. : il.

Orientador: Eduardo Loebel.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Administração.
Inclui bibliografia.

1. Administração - Teses. 2. Desenvolvimento organizacional -
Teses. 3. Saúde Suplementar - Teses. 4. Cultura organizacional - Estudo
de casos - Teses. 5. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) -
Teses. I. Loebel, Eduardo. II. Universidade Federal de Uberlândia.
Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

CDU: 658

EDUARDO DO CARMO

DESEMPENHO ORGANIZACIONAL DE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: estudo de caso de uma Cooperativa Médica

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios - FAGEN, da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, pela banca examinadora formada por:

Uberlândia, 24 de Agosto de 2016

Prof. Dr. Eduardo Loebel, UFU/MG

Profa. Dra. Cíntia Rodrigues de Oliveira Medeiros - UFU/MG

Profa. Dra. Ana Maria Malik - EAESP-FGV/SP

A Deus, nosso criador. Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para aceitar novos desafios e enxergar novas possibilidades. Aos meus pais, Dagmar Imaculada Pereira do Carmo e Joel do Carmo, que nunca mediram esforços à minha formação acadêmica e pessoal e sempre apoiaram as minhas decisões.

AGRADECIMENTOS

Ser capaz de completar as tarefas que a vida nos atribui, mesmo quando por escolha própria, algumas vezes é algo penoso. Ter concluído uma pós-graduação *lato sensu* ao mesmo tempo em que realizava outra *strictu sensu*, foi um desafio e tanto. Conciliar a vida acadêmica, depois de tanto tempo afastado, com a vida profissional, amorosa e a social foi uma experiência fatigante, porém extremamente amadurecedora.

Sei que muitos já enfrentaram ou ainda irão passar tudo isso, portanto não é exclusividade minha. Mas só quem percorreu essa estrada e chegou até aqui, é capaz de avaliar o quão complexa foi a caminhada. Da mesma maneira, são esses os que experimentam o sabor doce da conquista.

Não sou capaz de mensurar, quantitativamente, a parcela de contribuição que cada um teve para que eu chegasse a este triunfo. Mas não poderia deixar, em hipótese alguma, de prestar meus sinceros agradecimentos a várias pessoas que me apoiaram nesta realização.

Aos meus pais, Dagmar e Joel, que são o maior motivo de eu ter chegado até aqui. Sustentáculo de todas as minhas conquistas e meus verdadeiros mestres, sempre fundamentados em seu amor incondicional.

Aos colegas de sala e de batalha (Ana Cristina, Andrea, Clarice, Cláudio, Gustavo, Erick, Fernanda, Helton, Laiene, Lúmia, Thais e Saulo), pelo intercâmbio de conhecimento que foi capaz de proporcionar grande crescimento intelectual e despertou ainda mais o meu anseio como pesquisador. Principalmente às parceiras de trabalho e da vida: Laiene e Lúmia.

Aos servidores do PPGA e da FAGEN, colegas de profissão, pelo suporte aos alunos do programa.

Aos professores que tive durante a minha caminhada no mestrado, sempre tão dedicados à Universidade Federal de Uberlândia, aos princípios de um ensino público de qualidade e principalmente ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Gestão e Negócios: Edileusa, Stella, Márcio, Verônica, André e Valdir.

Às Professoras Ana Maria Malik e Cíntia Rodrigues, pelas contribuições na banca de qualificação e na participação da banca final.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Eduardo Loebel, por me incluir em um projeto de sua autoria, pelos direcionamentos e confiança na minha capacidade como pesquisador, apesar da inexperiência.

Ao Prof. Dr. José Eduardo Ferreira Lopes e alunos do mestrado profissional, por me acolherem e me fazerem sentir parte da turma durante a minha curta e proveitosa passagem na disciplina de métodos quantitativos.

Ao diretor do Hospital Odontológico, Prof. Márcio Teixeira, por me conceder flexibilidade nas horas trabalhadas e acreditar que a responsabilidade no exercício de minhas funções seriam mantidas. E de fato, foram.

A minha namorada, Carolina Oliveira Santos, pelo incentivo, compreensão e admiração demonstrados durante esta conquista. Mais do que isso, pela ajuda efetiva na organização dos dados coletados nesta dissertação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo apoio financeiro ao projeto apresentado em atendimento à Chamada Universal -MTI/CNPq nº 14/2013 - Faixa A.

A todos os envolvidos das instituições co-participantes, por abrirem as portas do trabalho de campo e pelas informações fornecidas, imprescindíveis para a realização deste trabalho.

A Universidade Federal de Uberlândia, que possibilitou o desenvolvimento da minha vida acadêmica desde o ano de 2003. Finalizei uma graduação, uma especialização, um mestrado e, neste mesmo local, é onde eu trabalho como técnico administrativo em educação. Passo mais tempo nessa instituição do que em minha própria casa, sendo, de fato, uma instituição da qual me orgulho fazer parte.

Por fim, agradeço às demais pessoas que de alguma maneira torceram e/ou se alegraram por esta vitória.

"O conhecimento transforma. A partir da leitura, vamos em certa direção com curiosidade intelectual, buscando descobrir mais sobre dado assunto. Quando terminamos o nosso percurso, estamos diferentes. Pois, o que descobrimos em nosso caminho frequentemente abre horizontes, destrói preconceitos, cria alternativas que antes não vislumbrávamos. As pessoas à nossa volta permanecem as mesmas, mas a nossa percepção pode se modificar a partir da descoberta de novas perspectivas. "

Maria Ester de Freitas

RESUMO

O aumento da participação do setor privado no campo dos serviços de saúde vem ganhado destaque desde a década de 1980. O governo brasileiro, a partir da segunda metade da década de 1990, redesenhou o seu papel ao romper o monopólio estatal e permitir a expansão da atividade privada em diversos campos da economia, passando a ser mediador e regulador. Nesse contexto, a instituição da Agência Nacional de Saúde (ANS), em janeiro de 2000, marcou uma etapa da regulação do setor, que passou por diversas transformações que ocasionaram o aumento dos custos e diminuição do número de Operadoras de Planos de Saúde (OPS) em atividade. A interesse em ações que visam manter a saúde financeira dessas empresas é, portanto, o ponto de partida deste estudo. Trata-se de um estudo de caso que tem por objetivo investigar a influência de fatores organizacionais e ambientais, a partir da visão dos gestores de uma pequena cooperativa de trabalho médico (chamada de OPX), que contribuíram para a construção de desempenho organizacional superior, evidenciado em um estudo anterior. A investigação se faz a partir de quatro categorias analíticas que estão relacionadas ao desempenho organizacional: cultura organizacional, estrutura organizacional, gestão estratégica e ambiente externo. Os dados foram coletados a partir de três fontes de evidências: documentos, observação direta e entrevistas semi-estruturadas com a participação de gestores-chave da organização. Os dados foram analisados a partir do método de análise de conteúdo. Foram identificados elementos que caracterizam a cultura organizacional da cooperativa. Quanto ao tipo de estrutura, trata-se de burocracia profissional especializada. Os processos formais de gestão estratégica não são efetivamente utilizadas, mas as ferramentas operacionais de controle se mostraram rígidas. E a respeito do ambiente externo, mostraram-se relevantes a concorrência, a regulação, o judiciário e a economia. Todos eles, em alguma medida, influenciaram o desempenho da organização. Não foi constatada nenhuma outra característica para a definição de nova categoria que pudesse ajudar a responder a pergunta de pesquisa.

Palavras-chave: Desempenho Organizacional. Operadoras de Plano de Saúde Suplementar. Assistência suplementar. Setor privado de saúde, Cooperativas. Regulação.

ABSTRACT

The increased participation of the private sector in the field of health services has gained prominence since the 1980s. The Brazilian government, from the second half of the 1990s, has redesigned its role in breaking the state monopoly and allowed the expansion of private activity in various fields of economy, becoming a mediator and regulator. In this context, the establishment of the National Health Agency (ANS), in January 2000, marked a stage of sector regulation, which went through several transformations that led to the increase in costs and decrease in the number of Health Plans Operators (OPS) in activity. The concern with actions aimed at maintaining the financial health of these companies is therefore the starting point of this study. This is a case study that aims to investigate the influence of organizational and environmental factors, from the perspective of the managers of a small cooperative medical work (called OPX), which contributed to the construction of higher organizational performance, shown in a previous study. The investigation is based on four analytical categories that are related to organizational performance: organizational culture, organizational structure, strategic management and external environment. Data were collected from three sources of evidence: documents, direct observation and semi-structured interviews with the participation of key managers of the organization. Data were analyzed using Content Analysis method. Elements that characterize the organizational culture of the cooperative were identified. Regarding the type of structure, it is specialized professional bureaucracy. The formal process of strategic management are not effectively used, but operational control tools proved rigid. And about the external environment were relevant competition, regulation, the judiciary and the economy. All of them, to some extent, influenced the organization's performance. It was not found any other feature for defining new category that could help answer the research question.

Keywords: Organizational *performance*. Health care provider. Health insurance. Supplemental health system. Co-operatives. Regulation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Elementos da cultura organizacional.....	46
Quadro 2 - Operadoras melhores classificadas quanto ao desempenho	78
Quadro 3 - Perfil dos entrevistados da OPX.....	88
Quadro 4 - Categorias iniciais, intermediárias e finais	101
Quadro 5 - Fatores do desempenho superior	140

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Operadoras de planos de saúde em atividade (Brasil – dezembro/1999-março/2016).....	20
Figura 2 - Visão da estrutura do referencial teórico	29
Figura 3 – O domínio do desempenho organizacional	31
Figura 4 – Dimensões do desempenho operacional e do desempenho organizacional	33
Figura 5 - As correntes explicativas da vantagem competitiva	35
Figura 6 - O processo de administração estratégica.....	55
Figura 7 - O ambiente externo	60
Figura 8 - As cinco forças do modelo de concorrência de Porter	61
Figura 9 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência médica coletivos entre as operadoras (Brasil- Junho/2014)	66
Figura 10 - A regulação da ANS	69
Figura 11 - Dimensões do Programa de Qualificação de Operadoras	70
Figura 12 - Fontes múltiplas de evidência	84
Figura 13 - Bloco de entrevistas por funções	87
Figura 14 - Categorias analítica detalhadas	92
Figura 15 - As cinco forças competitivas na OPX.....	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das operadoras em atividade por porte, segundo modalidade (set/2014).....	25
Tabela 2 -As cinco estruturas de Mintzberg	50
Tabela 3 - Dados do Sistema Unimed no Brasil	81
Tabela 4 – Características dos beneficiários.....	97
Tabela 5 - Sala de Situação: Ressarcimento	137

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
ACI	Aliança Cooperativa Internacional
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde
CADOP	Sistema de Cadastro de Operadoras
CH	Complexo Hospitalar
EMG	Empresas de Medicina de Grupo
HCO	<i>Health Care Organizations</i> / Organizações de assistência à saúde
IHCO	Organização Internacional das Cooperativas de Saúde
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
ML	Margem Líquida
OI	Organização Industrial
OPS	Operadoras de Plano de Saúde
OPX	Operadora de Plano de Saúde objeto de estudo deste trabalho
PIB	Produto Interno Bruto
PQSS	Programa de Qualificação da Saúde Suplementar
RBV	<i>Resource Based View of the Firm</i> / Visão Baseada em Recursos
ROA	<i>Return on Assets</i> / Retorno operacional sobre ativos
ROE	<i>Return on Equity</i> / Retorno sobre o Patrimônio Líquido
ROI	<i>Return on Investment</i> / Retorno sobre o Investimento
SCP	<i>Structure-Conduct-Performance</i> / Estrutura-Condução-Desempenho
SMJ	<i>Strategic Management Journal</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
TI	Tecnologia da Informação
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
1.1	Contexto	16
1.1.1	Regulação e Saúde Suplementar	17
1.1.2	Desempenho Organizacional e Saúde	21
1.2	Problema de Pesquisa	23
1.3	Objetivos	24
1.4	Relevância e Justificativa da Pesquisa	24
1.5	Estrutura da Dissertação	27
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1	O conceito de Desempenho Organizacional	29
2.1.1	O conceito de desempenho e sua dimensionalidade	32
2.2	Perspectivas teóricas.....	34
2.2.1	Desempenho Organizacional e Organização Industrial (OI)	36
2.2.2	Desempenho Organizacional e Visão Baseada em Recursos (RBV).....	38
2.3	Construtos Analíticos	40
2.3.1	Cultura Organizacional.....	41
2.3.1.1	Cultura e Desempenho Organizacional	44
2.3.2	Estrutura Organizacional	47
2.3.2.1	Estrutura e Desempenho Organizacional	52
2.3.3	Gestão	54
2.3.3.1	Gestão Estratégica em Saúde	58
2.3.4	Ambiente	59
2.3.4.1	Ambiente da Indústria	61
2.3.4.2	O mercado de Saúde Suplementar e o Papel da Agência Reguladora	64
2.3.4.3	O papel da Agência Reguladora	67
3.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	73

3.1.	Classificação da Pesquisa.....	73
3.2.	Método de Pesquisa: o Estudo de caso.....	75
3.2.1.	A escolha do caso	77
3.2.1.1.	A Unimed	79
3.3.	Coleta dos dados.....	83
3.3.1.	Entrevistas	85
3.3.2.	Documentos.....	88
3.3.3.	Observação Direta	90
4.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	96
4.1.	A Cooperativa OPX.....	96
4.2.	Categorias de Análise.....	100
4.2.1.	Cultura organizacional	103
4.2.2.	Estrutura Organizacional.....	111
4.2.3.	Gestão estratégica.....	119
4.2.4.	Ambiente	130
4.3.	Discussão.....	140
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
5.1.	Limites da pesquisa e Indicações para futuros desdobramentos	149
	REFERÊNCIAS	151
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIPADRONIZADAS	161

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contexto

O campo de serviços de saúde vem passando por transformações desde a década de 1980, período em que a maioria dos países da América Latina experimentou mudanças políticas, sociais e econômicas. Nesse contexto, o aumento da participação do setor privado vem ganhando destaque nos debates em saúde no mundo, principalmente no que diz respeito ao papel desse setor no financiamento das ações de saúde e em sua articulação com o setor público (PINTO; SONRAZ, 2004).

Apesar de a Constituição Federal de 1988 enunciar, em seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, é sabido que não existem recursos suficientes para viabilizar esse preceito (MELO, 2004; OCKÉ-REIS; DE ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006). Dada a escassez de recursos orçamentários para o custeio de operações e novos investimentos, a falta de medicamentos e materiais, o aumento da demanda devido à expansão da população urbana, dentre outros motivos, a rede pública de hospitais do Sistema Único de Saúde – SUS vem sendo submetida a um processo de deterioração acelerada (MELO, 2004).

Neste cenário se insere o papel dos Planos Privados de Saúde e Seguro Saúde, “atuando de forma a contribuir para a desoneração do Estado, com o compromisso de atendimento eficiente a seus associados e segurados” (MELO, 2004, p.17). Assim, apesar de o serviço público de saúde ser um direito fundamental do ser humano, parte da sociedade faz a opção pelo pagamento de serviços privados, objetivando maior benefício próprio (BAHIA, 2001). Essa escolha é considerada por Faveret Filho e Oliveira (1990) e Pinto e Sonraz (2004) como possível efeito colateral da ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde a partir da formação do SUS, pois, para os autores, a classe média foi excluída progressivamente nesse processo, e passou a buscar os planos privados como modo de superar os seus problemas de saúde. Além disso, aumentou-se a oferta de planos de saúde para funcionários de instituições públicas e privadas (PINTO; SONRAZ, 2004).

Dessa maneira, a partir do conceito de universalização excludente, caracterizado no trabalho de Faveret Filho e Oliveira (1990), é que Ribeiro (2009) evidencia dois mecanismos distintos, porém inter-relacionados que surgiram após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: (i) a saída de camadas de rendas médias e altas para o seguro privado e (ii) o racionamento da oferta de serviços no sistema público (RIBEIRO, 2009). Esses dois efeitos conjugados fizeram com que se observasse, ao longo das últimas décadas, o crescimento do

segmento de saúde suplementar acompanhado de alguns desafios para sua integração no sistema brasileiro, como destacam Pinto e Sonraz (2004).

Ao monitorarem o perfil de cobertura de serviços dos planos de assistência à saúde, Pinto e Soranz (2004) chegaram à conclusão de que, no sistema brasileiro, os planos de assistência à saúde agravaram a situação de desigualdade social por conta do acesso e uso dos serviços serem restritos. Segundo os autores, a utilização e a cobertura populacional em planos de saúde e sua utilização precisam ser constantemente monitorados, principalmente na região Sudeste, onde a concentração da cobertura gira em torno 70% da população.

Apesar dos diversos problemas existentes, é inegável evidenciar avanços importantes na estrutura e operação do setor, na regulação econômica e na assistencial. O destaque desses ganhos se baseia na maior solidez das operadoras e no crescimento do setor, com o aumento do número de beneficiários; na indução de novas práticas assistenciais, valorizando a promoção e prevenção, assim como na introdução de mecanismos de avaliação de qualidade (SANTOS; MALTA; MERHY, 2008). Tudo isso é consequência do processo de regulação da saúde brasileira que o país passou a experimentar a partir do final da década de 1990, que possibilitou um novo padrão de atuação do Estado.

1.1.1 Regulação e Saúde Suplementar

O governo brasileiro, a partir da segunda metade da década de 1990, redesenhou o seu papel ao romper o monopólio estatal e permitir a expansão da atividade privada em diversos campos da economia, passando a ser mediador e regulador. Dessa forma, criou as Agências Reguladoras, que segundo Melo (2004, p.6):

foram criadas com a intenção de normatizar os setores dos serviços públicos delegados e de buscar equilíbrio e harmonia entre o Estado, usuários e delegatários. De um modo geral, as agências adquiriram grande importância no cenário econômico nacional na medida em que passaram a deter o poder de amplos setores da atividade econômica do interesse de investidores. Por isso, o modelo das Agências Reguladoras foi implantado de forma a concedê-las autonomia administrativa e financeira para evitar que tanto governo quanto empresas ajam de forma oportunista.

Às Agências Reguladoras, a partir da concepção de um Estado regulador (e não necessariamente provedor de serviços), foi transferida a função de proteção do interesse

público frente às estratégias econômicas dos agentes privados (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013).

A área da saúde, assim como outros setores que possuem relevante atividade na economia do país (energia elétrica, telecomunicações, aviação civil, dentre outros) passou por transformações que diminuíram o grau de intervenção do Estado, que adotou uma nova estrutura, a partir da criação de uma agência reguladora (MELO, 2004). A instituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em janeiro de 2000, marcou uma etapa da regulação do setor, que teve início com a aprovação da Lei nº 9.656 de junho de 1998 – o chamado marco regulatório (NITÃO, 2004).

Até o advento da lei supracitada, não havia controle algum, por parte do Estado, para esse setor, que agia sobre a sua própria lógica e estabelecia regras sem interferência do governo (MONTONE, 2000). À exceção das seguradoras – que já eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), as operadoras agiam com total liberdade e como consequência podiam cobrar preços abusivos, não precisavam garantir alguns procedimentos ou podiam excluir um beneficiário pela simples conveniência (VALOR, 2009). Daí a importância e o desafio da ANS, criada no ano de 2000, pela Lei nº 9961: atuar no desenvolvimento dessa atividade econômica incentivando o aumento da competitividade e, ao mesmo tempo, proteger o consumidor.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é um órgão regulador, criado pelo governo, vinculado ao Ministério da Saúde, que tem por finalidade “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores [...]” (LEI 9.661, 2000).

A ANS foi criada com um viés de atuação com ênfase no aspecto econômico/financeiro das operadoras de planos e seguros de saúde. Vale dizer que, ao contrário das outras agências, criadas para atuar sobre novos mercados oriundos do processo de privatização de empresas públicas, essa surgiu em um setor já estruturado, em expansão e que guardava forte ligação com o mercado financeiro (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013).

O fator determinante para a regulação governamental na saúde suplementar¹ são as falhas de mercado (por exemplo, assimetria de informações e externalidades negativas de impacto) existentes na relação mercado *versus* consumo (MELO, 2004; SANTOS, MALTA;

¹ A saúde suplementar diz respeito à opção de se pagar um plano ou seguro, de maneira privada, para obter o acesso a assistência médica-hospitalar além do que já é pago como contribuição obrigatória para a seguridade social, que inclui todos os cidadãos no direito do acesso a este serviço público (BAHIA, 2001).

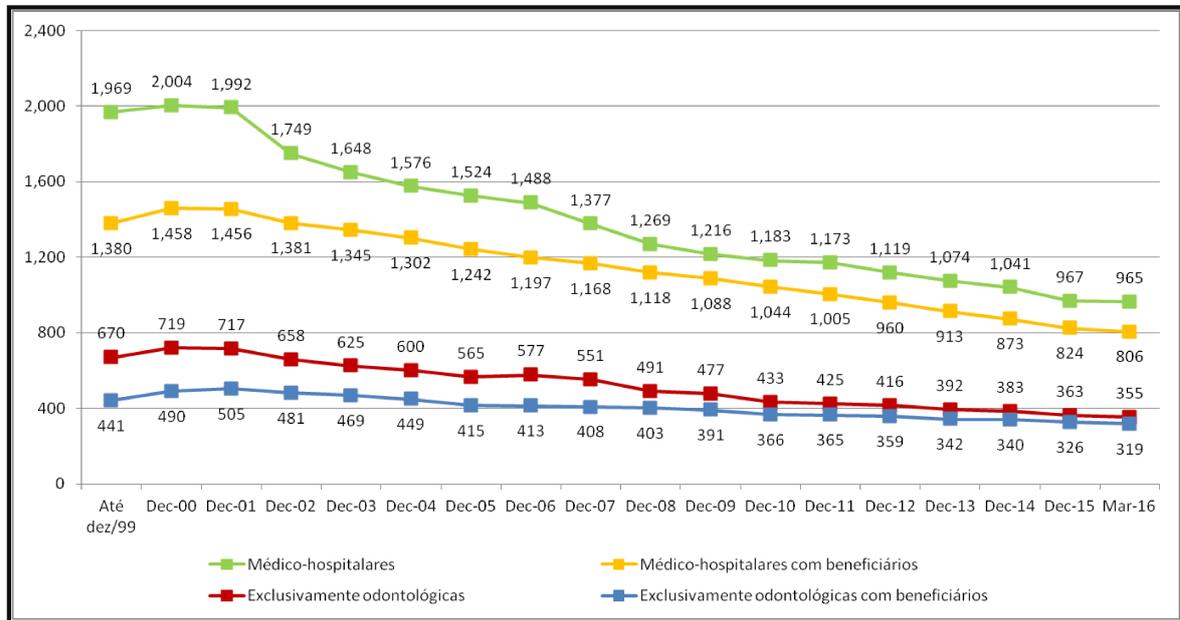
MERHY, 2008; SANTACRUZ, 2010). Essa situação era marcada por aumento de preços, negação de atendimento, burocratização dos procedimentos para atendimento aos beneficiários e prestadores vinculados aos planos de saúde, problemas de solvência/falência de empresas operadoras de planos de saúde, evasão fiscal e necessidade de controle/contenção dos preços da assistência médica. Tudo isso encorajou os setores governamentais a se mobilizarem para a aprovação de uma legislação específica (SANTOS, MALTA; MERHY, 2008).

A regulação trouxe avanços importantes na estrutura e operação do setor, nos âmbitos econômico e assistencial. Mudanças como a oferta de produtos obrigatórios por lei, proibição da seleção de risco e da exclusão indiscriminada de usuários (MONTONE, 2003), controle de preços, regras de como as empresas devem operar, exigências de recursos suficientes para honrar contratos caso saiam do mercado são outras consequências das intervenções da Agência que, apesar de dar mais confiança e credibilidade ao setor, é vista com maus olhos pelos empresários, pois as empresas acabaram sofrendo impactos significativos (VALOR, 2009).

O novo padrão de intervenção do Estado, no mercado de saúde suplementar, após a regulamentação do setor, promoveu profundas mudanças na atuação estratégica da indústria de planos de saúde suplementar no Brasil (NITÃO, 2004). As operadoras estão criando e comercializando produtos cada vez mais específicos, seguindo a ideia de focar em outros nichos de mercado; investindo em redes próprias para obtenção de maior controle dos custos com assistência médica; focando nos pequenos e médios negócios para ampliar a base de beneficiários, entre outras estratégias que lhes garantam o equilíbrio financeiro (VALOR, 2009).

Como resultado de uma pesquisa feita entre 2000 e 2006, Santos, Malta e Merhy (2008) analisaram a estrutura e operação do setor, com base na regulação econômica e na assistencial. A respeito dos primeiros indicadores, os autores chegaram à conclusão de que houve um movimento de declínio das operadoras ativas e aumento do cancelamento de registro de operadoras, tanto por solicitação das empresas quanto pela operação de liquidação realizada pela ANS. Em contrapartida, os dados desse mesmo período identificaram o aumento expressivo do número de beneficiários em todas as modalidades de operadoras, mostrando uma ampliação real do mercado. Esse movimento de concentração no setor de saúde suplementar (FARINA; GUIMARÃES, 2010) parece não haver mudado nos últimos anos, quando se analisam os dados disponibilizados pela Agência, confirmados a partir da observação da **Figura 1**.

Figura 1 – Operadoras de planos de saúde em atividade (Brasil – dezembro/1999-março/2016).



Fonte: ANS (2016a).

Os dados mostram que havia 1.969 operadoras médico-hospitalares com registro ativo, no Brasil, em 1999. A partir de levantamentos de dados do Sistema de Cadastro de Operadoras (Cadop) da ANS, constatou-se que muitas empresas - principalmente as de pequeno porte - deixaram o mercado de saúde no período de abril de 2000 a setembro de 2007 (período de maior queda) tendo como motivos principais, segundo Pereira (2010), a solicitação voluntária de cancelamento; liquidação extrajudicial e incorporação à outra empresa. Segundo o autor, grande parte dessas empresas que deixaram o mercado não atendia os requisitos mínimos de funcionamento e/ou não estavam atuando de fato no mercado. Os últimos dados disponibilizados pela Agência mostram que, em março de 2016, essas operadoras chegaram a 965. O grande número de empresas em atuação, mesmo decrescente, traduz o fato de que a saúde pública no Brasil é alvo de descaso no que diz respeito à confiança da população nesse sistema, segundo a visão de Melo (2004). Em relação ao número de usuários, como apontado anteriormente, observa-se um movimento contrário, pois hoje eles são quase 49 milhões (no ano de 2000 eram 31,2 milhões) segundo dados da ANS (2016a).

Assim, desde a regulamentação do sistema privado de atenção à saúde, as empresas operadoras veem tentando se ajustar em várias dimensões. Elas precisam atender às normas e

exigências da ANS, prover um serviço de qualidade que garanta a satisfação tanto dos usuários como dos prestadores de serviços e, ao mesmo tempo, buscar um equilíbrio financeiro interno (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

A situação financeira, portanto, deve ser objeto de atenção das Operadoras de Plano de Saúde Suplementar, uma vez que o envelhecimento da população fez com que a utilização dos serviços aumentasse e, como consequência, os custos da saúde também se elevaram (GUIMARAES; ALVES, 2009). A preocupação com ações que visam manter a saúde financeira dessas empresas que sofrem uma pressão do ambiente externo e enfrentam desafios para continuarem rentáveis é, portanto, o ponto de partida deste estudo, pois segundo Salvatori e Ventura (2012, p. 481), “o segmento econômico-financeiro é parte primária e fundamental para a existência saudável de uma empresa que objetiva operar no mercado de planos de saúde e, por esse motivo, deve ser monitorado com certa prioridade”.

1.1.2 Desempenho Organizacional e Saúde

O desempenho organizacional tornou-se tópico central para a gestão de organizações de serviços públicos, inclusive as de assistência à saúde (*health care organizations – HCOs*). A importância que se dá a esse debate está pautada no fato de que essas organizações representam uma parcela substancial do Produto Interno Bruto (PIB) de países industrializados (SICOTTE et al., 1998).

Apesar da sua importância para a análise e gestão das HCOs, o desempenho organizacional no setor da saúde, assim como no campo de pesquisa da estratégia, é tido como um conceito evasivo. Apesar da crescente preocupação com a *performance* na indústria da saúde, as pesquisas e a teoria sobre esse assunto possuem lacunas já identificadas por Sicotte et al. (1998) que consistem na confusão que se faz em relação à multidimensionalidade do construto e também no paradoxo existente sobre o próprio conceito de desempenho. Segundo os autores, a existência de uma variedade de modelos de avaliação do desempenho, muitas das vezes, leva a adoção de pontos de vista incompletos e unilaterais. Da mesma maneira, a adoção de um ou outro critério específico de medição pode não traduzir a real *performance* da organização. Daí a importância de se criar modelos de avaliação de desempenho que sejam ao mesmo tempo globais e integrativos no lugar de permitir a competição de indicadores e perspectivas sobre o tema (SICOTTE et al., 1998).

Como parte do esforço para compreender as diferenças dos níveis de desempenho dos

sistemas de saúde dos países de alta renda, Tchouaket et al. (2012) esclarecem a natureza multidimensional do construto. Assim, os autores avaliaram o desempenho da saúde de 27 países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e agruparam os perfis similares, com base em seu desempenho global.

Azevedo (1991) já comentava a evolução da avaliação do desempenho de serviços de saúde em geral, considerando-o um campo incipiente de conhecimento e de prática no ambiente nacional. Embora não haja consenso sobre como medir o desempenho dos sistemas de serviços de saúde, Viacava et al. (2004) sugeriram a necessidade de ampla discussão nacional para a formulação de um quadro conceitual a partir do qual seriam definidos indicadores adequados para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. O seu trabalho descreveu a experiência na adaptação e desenvolvimento da metodologia e forneceu *insights* sobre a forma de aplicá-la para melhorar a formulação da política de saúde no Brasil.

Em outro estudo mais recente, Viacava et al. (2012) apresentam uma revisão da matriz da avaliação do sistema de saúde, no Brasil, desenvolvida em 2003, e uma atualização conceitual das subdimensões de avaliação do desempenho de serviços de saúde - efetividade, acesso, eficiência e adequação - bem como o processo de seleção de seus respectivos indicadores. Os autores, em sua conclusão, corroboram com o fato de que o desempenho dos serviços de saúde no Brasil não é uniforme, e as melhorias mais significativas foram observadas em relação à efetividade e ao acesso.

Tem-se que o sistema de saúde é um dos mais complexos da sociedade contemporânea e compreender as características das organizações de saúde, tais como o processo de trabalho, dinâmica e estrutura de funcionamento é fundamental para o debate (AZEVEDO, 2002). Apesar disso, a revisão de literatura deste trabalho indica que grande parte dos estudos sobre o desempenho organizacional na área da saúde centraram os seus esforços na análise econômica-financeira de empresas atuantes no setor.

Estudos aplicados como o de Bonacim e Araujo (2010) descrevem as consequências das mudanças operacionais nos indicadores econômicos-financeiros de um hospital público, indicando que, de fato, a preocupação da avaliação econômica da saúde é um meio de se buscar mais eficiência e eficácia das atividades de uma organização.

Veloso e Malik (2010) se preocuparam em avaliar o desempenho econômico-financeiro de empresas que atuam na área da Saúde, englobando em sua pesquisa os hospitais, operadoras de plano de saúde e empresas em geral, de maneira comparativa, a partir de seus balanços financeiros do exercício do ano de 2006. Para os autores, a análise do desempenho dessas empresas em relação à sua atratividade como investimento é considerada adequada,

pois permite que os *stakeholders* tomem decisões mais fundamentadas em relação à entrada no setor.

Motivado a esse mesmo tipo de pesquisa empírica, Loebel (2013) submeteu e teve um projeto aprovado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), inscrito no processo 477247/2013-0, que propôs uma pesquisa ampla para aprofundar o tema do desempenho organizacional no âmbito do setor de saúde suplementar. O trabalho proposto compõe-se de duas etapas. A primeira etapa consiste na criação e análise quantitativa de um banco de dados contábeis, financeiros e operacionais de operadoras de planos de assistência médica, por modalidade, abrangendo o período de 2001 a 2012. A segunda etapa consiste na escolha de duas ou três operadoras, que apresentaram desempenhos superiores na primeira fase, para a realização de estudos de caso qualitativos.

A primeira parte do projeto deu origem à produção recente de Baldassare (2014), que avaliou o desempenho econômico-financeiro de operadoras de plano de saúde suplementar, no Brasil, entre 2001 e 2012. Foram utilizados dois modelos para avaliar os efeitos *ano*, *operadora*, *modalidade* e *porte* sobre o desempenho organizacional, a partir de cinco indicadores financeiros: Retorno sobre Ativo (ROA), Retorno Operacional sobre Ativos (OROA), Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE), Liquidez Corrente e Sinistralidade. Como desfecho de sua investigação, o autor conseguiu identificar nove operadoras que apresentaram desempenho superior em mais de uma dessas medidas adotadas.

Assim, os resultados encontrados por Baldassare (2014) estimularam o avanço para a segunda etapa deste projeto, previsto na escolha de duas ou três operadoras que apresentam desempenhos organizacionais superiores para a realização de estudos de caso qualitativos. Uma dessas operadoras foi objeto de estudo desta dissertação, que buscou descrever os principais fatores que influenciaram o desempenho superior a partir do que está exposto nos objetivos do trabalho. Portanto, este estudo de caso também faz parte do projeto citado, corroborando para o encerramento de sua fase qualitativa.

1.2 Problema de Pesquisa

Diante das lacunas evidenciadas a partir da revisão de literatura, tanto no que se refere ao construto desempenho quanto no pequeno número de estudos de casos já realizados na área de saúde, a metodologia do estudo de caso foi escolhida para explorar uma operadora de planos de saúde suplementar. Assim, o problema de pesquisa do presente trabalho encontra-se

definido da seguinte maneira: **como o corpo de gestores da OPS compreende que a cooperativa médica conseguiu construir um desempenho organizacional superior ?**

1.3 Objetivos

O objetivo geral da pesquisa consiste em investigar a influência de fatores organizacionais e ambientais, a partir da visão dos gestores da organização, que contribuíram para a construção do desempenho organizacional superior de uma operadora de planos de saúde. Isso se faz a partir de um estudo de caso de uma cooperativa médica - por sigilo foi chamada pelo pesquisador de OPX - que se enquadrou entre as que apresentaram melhores desempenhos econômicos-financeiros entre 2001 a 2012 (BALDASSARE, 2014).

O conceito central desta pesquisa é, portanto, desempenho organizacional, considerado como constructo dependente. Para identificar e analisar as principais causas de desempenho organizacional superior, serão utilizadas categorias analíticas fundamentadas no quadro teórico. Dessa maneira, são quatro os objetivos específicos propostos neste trabalho e assim apresentados:

- a) Identificar e analisar os elementos que constituem a **cultura organizacional** da OPS e que exercem influência sobre o desempenho organizacional, a partir da visão dos gestores.
- b) Analisar como os gestores enxergam a **estrutura organizacional** dessa operadora, que por conseguinte influencia o seu desempenho;
- c) Analisar como as práticas do processo de **gestão estratégica** da operadora conseguem influenciar seu desempenho organizacional, segundo a visão dos gestores da organização sobre como se dão essas práticas;
- d) Analisar as interferências do **ambiente externo**, principalmente em relação à *estrutura de concorrência do setor* e à *regulação*, no desempenho organizacional dessa OPS de acordo com a perspectiva dos gestores sobre esse ambiente.

1.4 Relevância e Justificativa da Pesquisa

Apesar de o interesse crescente pela temática do desempenho organizacional de operadoras de planos de assistência médica na área de gestão da saúde, a revisão de literatura

permite dizer que pouca pesquisa empírica na modalidade estudo de caso foi conduzida sobre o assunto no Brasil quando comparado com as pesquisas realizadas sobre empresas industriais ou serviços.

Além disso, as pequenas e médias empresas são campos importantes dos estudos organizacionais e de estratégia, pois são responsáveis pelo aumento de competitividade e fortalecimento de nossa economia (PICCHIAI, 2010). A operadora a ser estudada se encaixa nessa condição, pois corresponde a uma empresa de pequeno porte (até 20.000 beneficiários) e na modalidade de cooperativa médica. Quando a cooperativa foi escolhida como objeto de estudo, a distribuição das operadoras em atividade por porte, segundo modalidade, se dava conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das operadoras em atividade por porte, segundo modalidade (set/2014)

Modalidade	Total	Sem beneficiários	Pequeno porte (Até 20.000)	Médio porte (20.000 a 100.000)	Grande porte (Acima de 100.000)
Total	1.437	194	822	319	102
Administrador de benefícios	112	112	-	-	-
Autogestão	201	13	145	32	11
Cooperativa Médica	313	-	137	139	37
Cooperativa Odontológica	117	2	83	26	6
Filantropia	76	3	55	17	1
Medicina de grupo	338	28	204	81	25
Odontologia de grupo	268	36	196	22	14
Seguradora especializada	12	-	2	2	8

Fonte: ANS (2014).

Ademais, das 10 maiores operadoras em número de beneficiários, 4 delas são cooperativas UNIMEDs e representam 30% do mercado de planos de saúde (ANS, 2014), o que gera um peso considerável em se fazer o estudo em uma empresa que opere nessa modalidade. Assim sendo, Portela et al. (2010, p.406) afirma que mesmo que a UNIMED não constitua uma única empresa “merece destaque a importância das cooperativas médicas, em

virtude de sua abrangência e sua capilaridade nacional; em adição, constituem-se nas principais provedoras de serviços hospitalares na saúde suplementar”.

De acordo com Santos, Malta e Merhy (2008), é possível dizer que o grupo que melhor se adaptou ao processo regulatório foi o das cooperativas médicas, enquanto as seguradoras especializadas foram as que tiveram o maior impacto negativo. A explicação baseia-se no fato de que as cooperativas, por serem singulares e se adaptarem ao mercado local, possuem uma resposta mais rápida para adaptarem às novas regras impostas, tornando-se mais competitivas.

Pelos motivos aqui expostos, a opção deste estudo foi a de realizar um estudo de caso único, em uma Operadora de Plano de Saúde Suplementar, na modalidade cooperativa médica, cujo foco está em investigar as possíveis causas do seu desempenho. Assim, a OPX foi a escolhida para ser pesquisada em profundidade, justificada também pelo fato de ser a singular com a menor taxa de sinistralidade no Brasil, apresentando em 2014 a taxa de 39%, o que a torna única.

A presente pesquisa encontra-se inserida na linha de pesquisa de organização e mudança - da pós-graduação *stricto sensu* da Faculdade de Gestão e Negócios (FAGEN) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) - no campo de conhecimento da estratégia empresarial e da gestão em saúde. Recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, por meio da Chamada Universal MCTI/CNPq de número 14/2013.

A relevância científica deste estudo consiste na possibilidade de produzir conhecimento para reduzir a lacuna atualmente presente na literatura específica – como demonstrado na revisão de literatura - a partir das evidências empíricas do estudo de caso. Além disso, este estudo torna-se importante do ponto de vista teórico uma vez que elaborará questões de pesquisa e, até mesmo, hipóteses que irão compor os elementos de pesquisas futuras que utilizem a mesma abordagem metodológica.

No âmbito da aplicação do conhecimento, espera-se beneficiar os públicos empresariais, em especial os gestores da operadora estudada, não especializados (público geral) e científico, pelos resultados apresentados. Além disso, os atores da regulação do setor (ANS) também seriam beneficiários dessa produção pelo maior envolvimento no campo científico. Por fim, busca-se o fortalecimento do Núcleo de Pesquisa em Gestão em Saúde da UFU – NPG

Saúde/FAGEN e por consequência as atividades de pesquisa e extensão relacionadas à gestão em saúde.

No âmbito social, os resultados produzidos por esta pesquisa serão divulgados ao grande público por meio da imprensa (isto é, jornais, revistas, rádios, etc.), com o objetivo de fornecer informações para que o usuário entenda a lógica da atividade e o papel que ele exerce dentro da relação de troca. Isso possibilitará maior integração entre o prestador e o beneficiário e, por conseguinte, melhoria na prestação dos serviços de saúde e satisfação do consumidor.

Vale dizer que é frequente algum trabalho que investigue as causas do desempenho organizacional de uma operadora de saúde suplementar, de maneira qualitativa, a partir das categorias analíticas escolhidas neste estudo. Porém, pela revisão de literatura feita não foram encontrados estudos orientados a investigar as causas do desempenho considerando a associação entre as dimensões (a) estrutura, (b) gestão, (c) cultura e (d) ambiente de maneira complementar, ainda mais ligado à área da saúde. Esta parece ser, portanto, uma contribuição que esse trabalho faz em relação à teoria e que também pode ser observada em relação à metodologia, uma vez que é nesse embasamento teórico que a metodologia se ampara.

1.5 Estrutura da Dissertação

Esta dissertação está estruturada em cinco capítulos. O capítulo 1 consiste em uma introdução sobre o assunto, em que é apresentado o contexto, o problema de pesquisa, os objetivos gerais e específicos, a relevância e as justificativas (teórica, prática e social) para a realização da pesquisa.

No capítulo 2, o referencial teórico do trabalho é apresentado e procura trazer toda a teoria que serviu de base para a realização do estudo. Para isso, este capítulo encontra-se dividido em três seções que facilitam a compreensão do embasamento teórico. A primeira preocupação consiste na discussão que os principais autores de desempenho organizacional fazem sobre o tema e busca delimitar o próprio conceito a ser considerado nesta dissertação.

Em um segundo momento, é feita uma discussão a respeito de duas correntes teóricas recorrentes nos estudos sobre desempenho: a *Organização Industrial*, que considera que o desempenho é provocado pela indústria na qual a firma está inserida e o modelo da *Visão baseada em recursos*, que entende que o ambiente interno é o elo principal na determinação

do desempenho organizacional. Embora distintas, essas duas teorias foram tratadas de maneira complementar, uma vez que ambas são capazes de auxiliar na compreensão das causas da heterogeneidade do desempenho das organizações.

A terceira seção traz os conceitos escolhidos como categorias analíticas neste trabalho: cultura organizacional, estrutura, gestão estratégica e ambiente. É feita uma discussão acerca das abordagens, definições, características e delimitações de cada construto a partir da literatura estudada e, em seguida, estabelecida a relação que esses fatores possuem com o desempenho organizacional. A partir dos pressupostos teóricos espera-se demonstrar que o desempenho construído pela operadora estudada é, de alguma forma, explicado por componentes organizacionais e ambientais que, em certa medida, dependem da interação entre as operadoras e seus ambientes e das própria trajetória organizacional da operadora.

No capítulo 3, "Procedimentos Metodológicos da Pesquisa", são detalhados os procedimentos metodológicos escolhidos para o desenvolvimento da pesquisa. É identificada a abordagem de investigação adotada, feita uma explanação sobre a escolha do caso e descrição do modo como este método foi aplicado na operadora estudada, sendo destacada a forma como se procurou dar validade e confiabilidade na investigação.

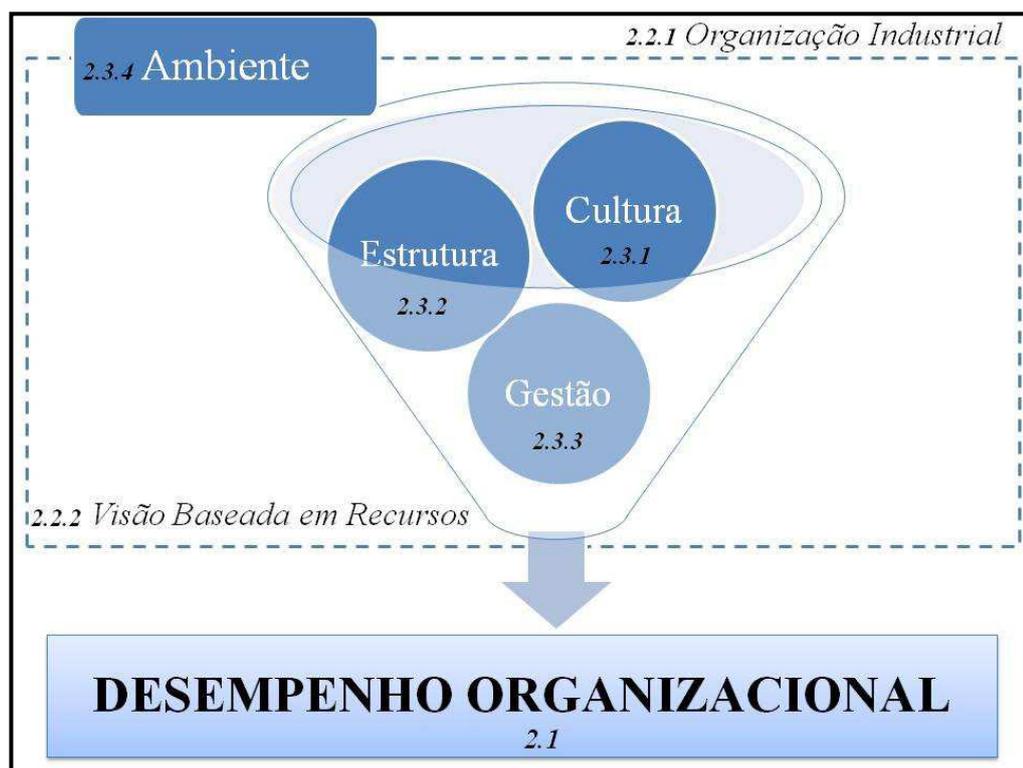
O capítulo 4 é dedicado à análise dos dados que foram coletados no campo. Por meio da interpretação das entrevistas, análise dos documentos coletados e do que foi observado na organização, são identificadas e exploradas categorias analíticas a partir do método de análise de conteúdo.

E no capítulo 5 são feitas as considerações finais da pesquisa, com destaque das contribuições e limitações do trabalho assim como a sugestão de uma agenda de pesquisas futuras sobre o tema.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta os conceitos que servirão de base para a coleta de dados e análise dos resultados deste trabalho. A primeira preocupação consiste na discussão sobre o desempenho organizacional a partir da visão de diversos autores, buscando delimitar o próprio conceito a ser considerado nesta dissertação. Findo este tópico, os próximos apresentarão uma discussão a respeito de duas correntes teóricas recorrentes nos trabalhos sobre desempenho e então, os conceitos analíticos que servirão de sustentação para a análise dos determinantes do desempenho organizacional no estudo de caso. A Figura 2 ilustra essa questão e define o escopo do referencial teórico.

Figura 2 - Visão da estrutura do referencial teórico



Fonte: Elaborada pelo autor .

2.1 O conceito de Desempenho Organizacional

O sucesso e a sobrevivência dos negócios é o objetivo de toda organização moderna e a competição por clientes, recursos e capital faz com que o desempenho organizacional seja extremamente relevante na consecução desse propósito (RICHARD et al., 2009). Assim, o

foco das pesquisas em estratégia consiste no entendimento de quais são os determinantes da *performance*² organizacional e em explicar como os gestores conseguem criar um desempenho superior (COMBS; CROOK; SHOOK, 2005).

A importância do conceito de desempenho organizacional é um consenso entre os autores da área, havendo grande interesse entre os acadêmicos e profissionais em medir e entender esse conceito (CARNEIRO et al., 2005; COMBS; CROOK; SHOOK, 2005; RICHARD et al., 2009; VENKATRAMAN; RAMANUJAM, 1986). Apesar disso, a complexidade e multidimensionalidade do conceito dificulta a seleção de um esquema conceitual para defini-lo e operacionalizá-lo e isso representa, portanto, um limite ao avanço teórico.

O tema desempenho organizacional é alvo de extensa pesquisa teórica e empírica (VENKATRAMAN; RAMANUJAM, 1986; COMBS et al., 2006; RICHARD et al., 2009; MATITZ; BULGACOV, 2001; BRITO; BRITO, 2012). Apesar de existirem problemas em relação à natureza do próprio construto e das discussões a esse respeito persistirem, é inegável a importância da utilização do desempenho como um conceito-chave nas pesquisas de estratégia (VENKATRAMAN; RAMANUJAM, 1986).

Além disso, a importância do desempenho na gestão estratégica pode ser explicada em relação às três dimensões - dimensões teórica, empírica e gerencial (VENKATRAMAN; RAMANUJAM; 1986). Do ponto de vista teórico, o conceito encontra-se no coração da gestão estratégica; empiricamente, a maioria dos estudos de investigação estratégica emprega o construto para analisar uma variedade de questões que envolvem conteúdos e processos estratégicos; já a importância gerencial explica-se pelas prescrições que são oferecidas para a melhoria do desempenho empresarial (VENKATRAMAN; RAMANUJAM, 1986).

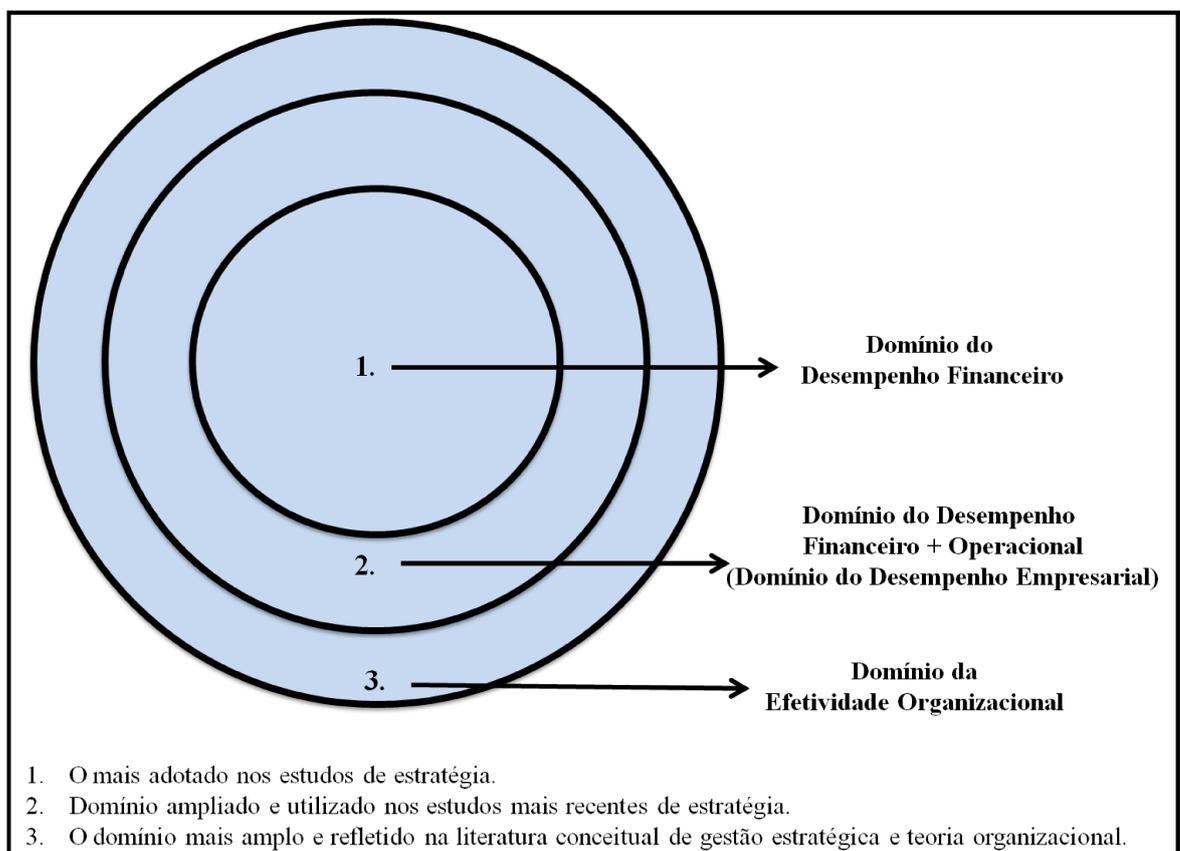
Os pesquisadores têm conceituado e medido a *performance* de diversas maneiras. Venkatraman e Ramanujam (1986) exploram, em sua discussão, as dimensões do conceito e propõe um modelo com três domínios. O primeiro deles e mais central é o domínio do Desempenho Financeiro (*Domain of Financial Performance*), por meio do qual o uso de indicadores financeiros (crescimento das vendas e rentabilidade - ROE, ROI e ROS) refletem o cumprimento das metas econômicas da empresa, sendo o modelo dominante nas pesquisas em estratégia. Em uma segunda dimensão, um pouco mais amplo e chamado de Domínio do Desempenho Empresarial (*Domain of Business Performance*), são incluídos os indicadores

² Vale notar que os termos **desempenho** e **performance** são tratados como sinônimo neste trabalho.

operacionais da *performance* (não-financeiros como *market share*, lançamento de novos produtos, qualidade, eficiência em *marketing*, valor adicionado e outras medidas de eficiência tecnológica), isto é, foca-se em fatores-chave do sucesso operacional que servem de orientação ao desempenho financeiro. Por fim, a última e mais ampla dimensão, o domínio da efetividade organizacional (*Domain of Organizational Effectiveness*) leva em consideração a variedade de metas organizacionais (e muitas das vezes conflitantes) e a influência dos *stakeholders* para discutir de maneira conceitual o tema nas áreas de gestão estratégica e teoria organizacional.

Embora uma conceituação mais ampla (efetividade organizacional) seja desejável, Venkatraman e Ramanujam (1986) constataram que a maioria dos estudos de estratégia tem restringido seu foco para os dois primeiros "círculos" da Figura 3. A literatura deste domínio mais amplo estaria centrada, então, na preocupação com os debates sobre quais seriam os modelos mais apropriados para a mensuração do desempenho. A perspectiva proposta pelos autores está representada na Figura 3.

Figura 3 – O domínio do desempenho organizacional



Fonte: Venkatraman e Ramanujam (1986, p. 803).

Outro avanço no estudo do tema está presente no trabalho de Combs, Crook e Shook (2005). Os autores construíram um modelo de *performance* organizacional e suas dimensões a partir da síntese de estudos anteriores e da própria análise das medidas de desempenho presentes no *Strategic Management Journal* (SMJ). Assim sendo, definem o desempenho organizacional como os resultados sociais e econômicos provindos da interação entre os atributos, ações e ambiente da organização.

Os autores supracitados diferenciam o desempenho operacional do desempenho organizacional, sendo este último capaz de ser dimensionalizado em lucratividade, mercado financeiro e medidas de crescimento. Em outras palavras, eles afirmam que o desempenho operacional está relacionado com, porém fora do domínio conceitual do desempenho organizacional. Na realidade, um afeta o outro de maneira que é possível concluir que o desempenho operacional é visto por eles como antecedente do desempenho organizacional.

Richard et al. (2009) continuam o debate acerca do significado e medidas do desempenho, porém com ênfase particular em medidas financeiras e na visão do conceito como variável dependente. Em sua definição, eles estabelecem a diferença entre *performance* organizacional e efetividade organizacional. Enquanto a efetividade é vista como um conceito mais amplo (VENKATRAMAN; RAMANUJAM, 1986), o desempenho engloba três áreas específicas de resultados empresariais: (a) desempenho financeiro – lucros, ROA, ROI, etc. (b) desempenho do mercado – vendas, fatia de mercado, etc. e (c) retorno de acionistas – valor total do retorno, valor econômico adicionado, etc.

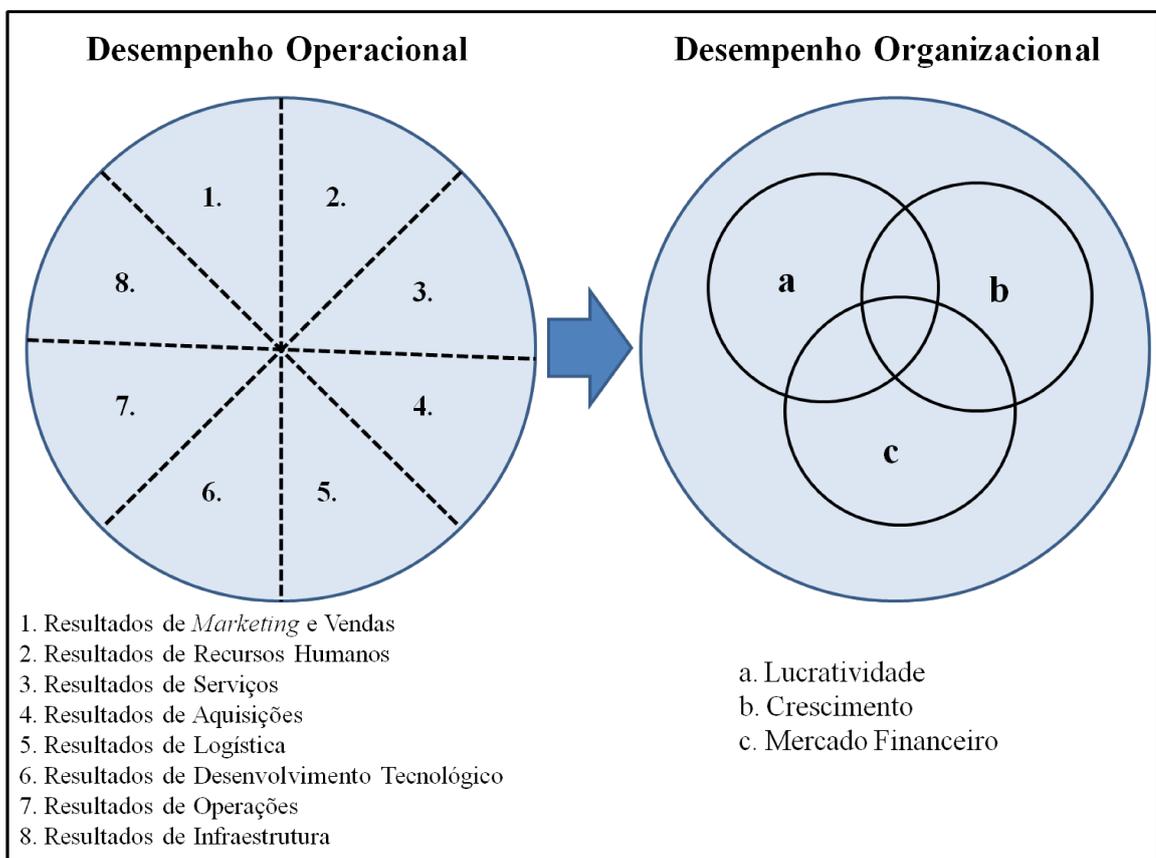
2.1.1 O conceito de desempenho e sua dimensionalidade

Quanto à estrutura dimensional do conceito, não é possível afirmar se ele é passível de representação por um único fator ou por diversas dimensões ligadas entre si. As empresas e os pesquisadores utilizam critérios variados de desempenho de acordo com as suas necessidades, o que dificulta estabelecer conclusões sobre a dimensionalidade do construto (SANTOS, 2008). Em geral, não é possível descrever o sucesso de uma empresa por meio de uma única métrica e, por isso, diversas perspectivas devem ser consideradas para avaliar se o sucesso está sendo alcançado, o que também não é apenas uma questão de dicotomia entre “sim” e “não” (CARNEIRO, 2005).

Combs, Crook e Shook (2005) afirmam que os pesquisadores do campo de estratégia concordam com o fato de que a *performance* é um conceito multidimensional. Entretanto, as dimensões identificadas nos estudos que eles analisaram dão a entender que elas dependem de outros fatores - método analítico do estudo (quantitativo ou qualitativo), fonte de dados e medidas examinadas – e, por isso, existe um grande número de dimensões distintas. Além disso, há também a discordância quanto ao nome de cada dimensão e qual índice está relacionado a cada uma delas.

Por isso, os pesquisadores interessados em tornar as dimensionalidades da *performance* mais claras, precisam separar o desempenho operacional do desempenho organizacional. Essa separação permite a construção de uma teoria mais rica e de testes empíricos mais refinados (COMBS; CROOK; SHOOK, 2005). Por fim, vale destacar que os autores identificaram três dimensões distintas - lucratividade, mercado financeiro e medidas de crescimento - conforme ilustrado na Figura 4.

Figura 4 – Dimensões do desempenho operacional e do desempenho organizacional



Fonte: Adaptado de Combs, Crook e Shook (2005).

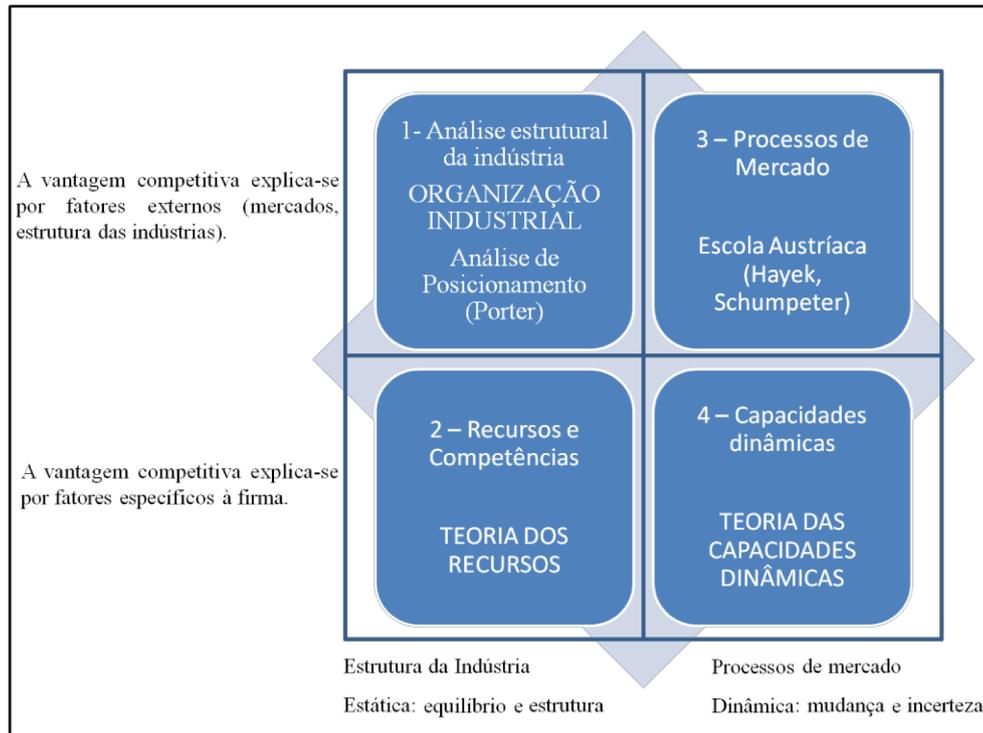
As evidências de Richard et al. (2009) também sugerem que o construto não deve ser visto como unidimensional e nem caracterizado por apenas uma medida operacional. Tal multidimensionalidade é compartilhada pela literatura de gestão, contabilidade e finanças. Mais detalhadamente, a exploração do trabalho desses autores mostra que a dimensionalidade está relacionada a três fontes dentro do contexto de pesquisa: (a) *stakeholders* (b) heterogeneidade das circunstâncias de mercado – recursos, ambiente e escolha estratégica e (c) tempo – propriedades de séries temporais que relacionam as atividades organizacionais à *performance*.

Levando em conta o que foi exposto até o presente momento, chega-se a uma definição conceitual e das dimensões do desempenho, dimensões estas que irão formar a base para o acúmulo de evidências em relação às teorias do desempenho organizacional (COMBS; CROOK; SHOOK, 2005). Vale dizer que o presente estudo adotou a concepção de desempenho do Domínio do Desempenho Empresarial, segundo a tipologia proposta por Venkatraman e Ramanujam (1986), apresentada neste Referencial teórico.

2.2 Perspectivas teóricas

As teorias de estratégia empresarial que fazem tratamento da vantagem competitiva dividem-se em dois eixos principais: (1) aquele que faz tratamento da concepção de origem dessa vantagem e (2) o que diferencia as abordagens com base nas premissas sobre concorrência. Nesta primeira dimensão, o destaque se faz para a categorização entre (a) as teorias que consideram a vantagem competitiva como uma característica do posicionamento estratégico adotado pela firma, derivado da estrutura da indústria, da dinâmica da concorrência e do mercado (exterior à organização); e (b) as que concebem o desempenho superior como fruto de atributos internos à organização (VASCONCELOS; CYRINO, 2000). As teorias de estratégia empresarial podem ser representadas seguindo essas duas dimensões, conforme a Figura 5.

Figura 5 - As correntes explicativas da vantagem competitiva



Fonte: Vasconcelos e Cyrino (2000, p. 23).

Tradicionalmente, o debate que se faz sobre o desempenho organizacional no campo da estratégia empresarial tem como bases teóricas predominante: a visão baseada em recursos - *Resourced Based View of the firm* – RBV - (BARNEY, 1991) e a organizacional industrial - OI (PORTER, 1981). Apesar dessas perspectivas serem costumeiramente trabalhadas em plano de oposição (HODGSON, 1998), o recorte analítico do presente trabalho procura considerar ambas as perspectivas para esclarecer as fontes de desempenho empresarial.

De acordo com Hitt, Ireland e Hoskisson (2007), dados fornecidos por pesquisas que se fundamentam na OI dizem que aproximadamente 20% da lucratividade de uma empresa pode ser atribuída pela indústria na qual ela está inserida. No entanto, essas pesquisas também revelam que 36% da discrepância na lucratividade são explicadas pelas características e ações das empresas (HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2007). Isso sugere que tanto o ambiente quanto as características internas da empresa influenciam determinado nível de lucratividade e, assim, este trabalho procura levar em consideração esses dois arcabouços teóricos, de maneira complementar, para explicar o desempenho organizacional.

As decisões tomadas por uma firma, tais como a definição da estratégia, o desenho da estrutura organizacional, a alocação de recursos e o desenvolvimento de competências gerenciais, segundo PICCHIAI (2008), têm como ponto de partida o ambiente externo da

organização – apreendido no conceito de estratégia competitiva de Porter (1981) ao mesmo tempo que internamente, a organização vai se capacitando e desenvolvendo os seus recursos – preconizados pela visão baseada nos recursos da firma de Barney (1991) e Penrose (1959).

A discussão gira em torno da explicação para o desempenho: se ele é provocado pela indústria na qual a firma está inserida ou por fatores singulares a ela (PENA; MALIK, 2011). Assim, enquanto o modelo de OI sugere que o ambiente externo é o principal determinante das ações estratégicas da empresa, a RBV entende que o ambiente interno (os recursos e capacidades singulares) é o elo fundamental para a competitividade estratégica (HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2007). Essas duas principais correntes de pensamento que procuram explicar a heterogeneidade de desempenho são apresentadas a seguir.

2.2.1 Desempenho Organizacional e Organização Industrial (OI)

A organização industrial é tratada como uma corrente teórica derivada da Economia, cujo alicerce é atribuído à capacidade da estrutura industrial em explicar o desempenho superior de empresas, foco principal dos estudos em estratégia (CAMILO; CARVALHO; XAVIER, 2009; PENA; MALIK, 2011). De acordo com Vasconcelos e Cyrino (2000), essa é uma das principais correntes teóricas capazes de explicar a ocorrência de níveis de *performance* econômica acima da média do mercado, em função das estratégias adotadas por uma dada empresa.

Os pesquisadores da economia industrial rejeitam os aspectos organizacionais da estratégia empresarial e sustentam a estrutura industrial como fator determinante, sendo as mais atrativas aquelas situações que se aproximam dos monopólios e oligopólios (VASCONCELOS; CYRINO, 2000). Segundo Porter (1981), a estrutura industrial é o principal determinante do sucesso ou fracasso de uma firma dentro do cenário competitivo, sendo o seu sucesso decomposto em duas áreas: a atratividade da indústria em que a empresa compete e a sua posição relativa dentro dessa indústria.

Embora muitos outros pesquisadores tenham contribuído para pesquisas de gestão estratégica, baseada no modelo de Mason e Bain conhecido como SCP (Structure-Conduct-*Performance* ou Estrutura-Condução-Desempenho), nenhum deles possui mais influência do que Michael Porter (BARNEY; HESTERLY, 2004). Para Vasconcelos e Cyrino (2000, p. 25), “o autor articulou o primeiro e provavelmente mais influente ‘paradigma’ no campo da

Estratégia empresarial, o que explica a importante difusão de suas ideias nos últimos 25 anos”.

Os trabalhos desenvolvidos por Michael Porter abandonaram a proposta inicial do SCP, que se baseou em uma perspectiva de regulação governamental, e abriram espaço à utilização do poder dos monopólios em favor das empresas (BARNEY; HERSTERLY, 2004; VASCONCELOS; CYRINO, 2000). Com base nesse paradigma, as principais ferramentas e esquemas analíticos desenvolvidos por esse autor estão: (1) o modelo das ameaças ambientais consubstanciadas nas cinco forças; (2) um modelo genérico para análise do ramo e das oportunidades no ambiente de negócios; e (3) o conceito de grupos estratégicos (BARNEY; HESTERLY, 2004).

A literatura sobre estratégia, nas décadas de 1970 e 1980, focou sua formulação com base no modelo econômico da organização industrial (OI), com a hegemonia do modelo das cinco forças competitivas de Porter (RIBEIRO, 2012). O modelo das cinco forças de Porter (1981) isolou os cinco grupos de ameaças ao lucro de uma firma num ramo de atividade: a ameaça dos rivais, a ameaça dos entrantes, a ameaça dos substitutos, a ameaça dos fornecedores e a ameaça dos compradores. Esse modelo tem sido capaz de prever a competitividade de um ramo de atividade na economia e tem sido utilizado como sustentação de grande parte de estudos empíricos (BARNEY;HERSTERLY, 2004).

Segundo Hitt, Ireland e Hoskisson (2007), o modelo é uma ferramenta analítica utilizada para que as empresas aprendam a dominar seus recursos de maneira a implantar a estratégia competitiva exigida pelas características estruturais da indústria. O modelo de organização industrial sugere, assim, que o ambiente externo é o principal determinante das ações estratégicas das empresas, sendo a influência desta maior do que as escolhas que os gerentes fazem em suas organizações, a partir dos seus recursos internos e exclusivos.

A partir dos pressupostos apresentados, nota-se que a lógica dos modelos de organização industrial é muito clara em relação à origem e à causalidade, uma vez que a essência da formulação estratégica competitiva é a relação da organização com o seu meio ambiente, cujo prisma é traduzido na indústria. Com relação ao nexos causal, a indústria é capaz de determinar o comportamento dos agentes econômicos que, por conseguinte, determina a *performance* das firmas (PENA; MALIK, 2011; VASCONCELOS; CYRINO, 2000).

2.2.2 Desempenho Organizacional e Visão Baseada em Recursos (RBV)

A diferença de *performance* entre as organizações passou a ser explicada de acordo com a teoria da Visão Baseada em Recursos (*Resourced Based View of the firm* – RBV) como alternativa à posição dominante da organização industrial (VASCONCELOS; CYRINO, 2000). Esse conjunto de ideias tenta explicar o modo como as empresas mobilizam os seus recursos a favor da competitividade. Para tal, ela considera as competências, capacidades, habilidades e os recursos internos como sendo responsáveis por diferenciar uma organização da outra.

A RBV emergiu como perspectiva contemporânea dominante na pesquisa de conteúdo estratégico durante os anos 1980, principalmente por combinar rigor analítico e relevância na prática administrativa de maneira mais eficiente e eficaz (OMAKI, 2005).

Barney e Hesterly (2004) fazem um apanhado teórico capaz de explicar a origem da teoria da dependência de recursos. Segundo os autores, ela tem apoio em diversas pesquisas tradicionais da teoria econômica e organizacional, como a economia Penrosiana (PENROSE, 1959), a Escola Austríaca (Jacobson, 1992) e a teoria evolucionária da firma (NELSON; WINTER, 1982). A importância que se dá nessa retrospectiva é que esse enfoque, juntamente com o paradigma estrutura-conduta-desempenho (*structure-conduct-performance*, - SCP) são capazes de explicar como o campo de pesquisa em gestão estratégica se desenvolveu.

A partir do reconhecimento de que havia limitações nos modelos de desempenho da firma baseados no SCP, alguns autores passaram a trabalhar um enfoque complementar, conhecido como a perspectiva da dependência de recursos da firma (RBV - *Resource Based View*). Esse modelo adota como unidade de análise os recursos e capacidades controlados pela firma, ao invés do ramo ou grupo estratégico - conforme adotado no SCP (BARNEY; HESTERLY, 2004).

Uma compreensão do que seja recursos no modelo RBV é extraída de Wernerfelt (1984). O autor os considera qualquer coisa que pode ser pensada como uma força ou fraqueza de determinada empresa. Mais formalmente, os define como ativos tangíveis e intangíveis que estão ligados à empresa como, por exemplo, a marca, contatos comerciais, maquinário, processos eficientes e outros.

Barney (1991) ampliou esse conceito e definiu que os recursos de uma firma incluem todos os ativos, competências, processos organizacionais, informações, conhecimento e outros

atributos capazes de ser controlados por uma empresa de modo a serem usados na criação e implementação de estratégias que melhore a eficiência e efetividade organizacional. O autor os classifica em três categorias: (a) capital físico (inclui tecnologia, instalações e equipamentos, localização geográfica e acesso à matéria-prima); (b) capital humano (inclui o treinamento, experiência, inteligência, relacionamentos e *insight* entre gestores e trabalhadores no nível operacional); (c) capital organizacional (inclui a estrutura de relatório formal da firma, o planejamento formal e informal, controle, coordenação de sistemas assim como o relacionamento informal de grupos com a empresa e da empresa com o ambiente).

Segundo o autor, a visão baseada em recursos tem como premissa na análise das fontes de vantagem competitiva: (i) as firmas dentro de uma indústria (ou grupo) podem ser heterogêneas a respeito dos recursos que controlam e (ii) esses recursos não podem ser perfeitamente movidos entre as empresas e assim essa heterogeneidade pode ser mais duradoura. Ser duradoura é algo que vai ao encontro do que o autor chama de vantagem competitiva sustentável e para isso os recursos devem ser (1) valiosos, no sentido de permitir que uma firma explore uma oportunidade ou neutralize ameaças ambientais; (2) raros entre os concorrentes atuais e potenciais; (3) não ser imitável ou ser imitável de forma imperfeita e (4) sem substitutos estratégicos próximos, principalmente para os recursos de valor (BARNEY, 1991; BARNEY; HESTERLY, 2004).

A Teoria dos Recursos Internos dedica atenção em sugerir que a “criação e a exploração de investimentos específicos para a transação sob condições de incerteza são essenciais se a firma pretende obter sucesso a longo prazo” (BARNEY; HESTERLY, 2004, p. 143). Segundo Barney e Hesterly (2004, p. 161)

a lógica da dependência de recursos reforça a ideia de que as firmas deveriam olhar para dentro, descobrir seu próprio valor, suas singularidades, tornando mais onerosa a imitação de seus recursos e capacidades, para, só então, descobrir os mercados em que aqueles recursos possam ser explorados.

Assim, nota-se que ambos os modelos teóricos explorados aqui têm como condão a compreensão das causas da heterogeneidade do desempenho das organizações e, a discussão sobre eles é essencial quando se pensa gestão estratégica. Dessa forma, reiterar o tratamento complementar a que este trabalho deu a essas duas teorias faz-se pertinente, uma vez que os construtos que serão trabalhados na próxima sessão parecem, em suas especificidades, estarem alinhados a esse arcabouço teórico.

2.3 Construtos Analíticos

Os conceitos escolhidos como categorias analíticas neste trabalho serão detalhados nos tópicos subsequentes, não em detrimento dos aspectos técnicos, mas sim em complementaridade e da seguinte maneira: primeiro, é feita uma discussão acerca das abordagens, definições, características e delimitações de cada construto a partir da literatura estudada; em seguida, é estabelecida a relação que esses fatores possuem com o desempenho organizacional.

Uma das categorias de análise escolhida é a **cultura organizacional**. Segundo Rocha e Pelogio (2011, p.3), sob a perspectiva de uma abordagem funcionalista, “uma pesquisa de cultura organizacional pode ser muito útil e fundamental, pois oferece a possibilidade de um diagnóstico mais profundo e a partir daí, intervenções mais eficientes e eficazes, permitindo uma administração mais competente”. Além disso, esse é um tema que pode estar diretamente ligado ao desempenho, uma vez que, a partir da década de 80, muitos autores reconheceram a sua importância estratégica ao defenderem a possibilidade de ganhos de desempenho organizacional a partir da adequada gestão da cultura (PETERS; WATERMAN, 1982; SANTOS, 1998;).

A partir da análise da **estrutura organizacional**, à luz das categorias conceituais encontradas na literatura, principalmente com base em Mintzberg (2003), busca-se demonstrar como a estrutura organizacional constitui um componente importante para o bom desempenho, uma vez que o autor defende que a configuração da estrutura organizacional é capaz de contribuir para a consecução das atividades da organização e seus objetivos.

Ao se analisar a **gestão organizacional**, a atenção que se dá é em relação aos processos de administração estratégica - que incluem a análise do ambiente, a formulação estratégica, a execução e o gerenciamento – uma vez que os processos relacionados com a gestão estratégica podem contribuir para o melhor posicionamento e consequente desempenho superior da firma.

Por fim, e não menos importante, procedeu-se a uma discussão a respeito do **ambiente** em que as operadoras de plano de saúde suplementar estão inseridas. De acordo com a teoria da Organização Industrial de Porter, é preciso analisar as forças competitivas que atuam na concorrência dessas empresas, pois este é o ponto de partida do desenvolvimento estratégico (PORTER, 2008). Além disso, a regulação do setor será tratada nesse tópico, com base na

literatura e visão crítica sobre o assunto, pois esta também exerce influência sobre o seu desempenho.

Vale dizer que esses construtos, muitas vezes, encontram-se relacionados e trabalhados de maneira conjunta e direta nos trabalhos que os envolvem. Em relação à cultura, por exemplo, Pereira et al. (2004) estabelecem a relação que ela e suas nuances possuem, direta e indiretamente, com o desenvolvimento de lideranças que, por sua vez, acabam influenciando o desempenho organizacional. Isso gera uma tensão na estrutura organizacional e, por fim, esse círculo torna-se vicioso. Outro exemplo seria o de Almeida et al. (2013) que mencionam a influência dos aspectos culturais no estilo de gestão empresarial.

O objetivo aqui, portanto, não é separá-las para mostrar que isoladamente possuem ligação com a *performance* da organização, mas sim delimitar as categorias analíticas e justificar o uso de tais categorias. Assim, de maneira complementar, este trabalho está orientado a investigar as causas do desempenho considerado as associações entre as dimensões (a) estrutura, (b) gestão, (c) cultura e (d) ambiente.

2.3.1 Cultura Organizacional

O conceito de cultura é extraído da antropologia e não há um consenso a respeito de seus significados. Seguindo essa mesma lógica, a aplicação nos estudos organizacionais é também abordada de diversas maneiras (SMIRCICH, 1983).

Baseado na visão da antropologia social, a cultura é o conjunto de significados compartilhados por um grupo, que permite a seus membros interpretar e agir sobre o ambiente em que estão inseridos. A partir das interações que são estabelecidas entre os membros do grupo surgem os valores, crenças, mitos, religiões e folclore que dão sentido ao mundo natural das pessoas (PEREIRA et al., 2004). De acordo com esse campo de investigação, a cultura é formada por construções sociais que se fazem em meio aos costumes de uma sociedade e organização (ALMEIDA et al., 2013)

A partir do final dos anos 1970, o termo cultura organizacional passou a ser usado para designar um novo campo de interesse dentro da administração (BARBOSA, 1996; ALMEIDA et al., 2013) que não só está consolidado, mas também desperta grande interesse teórico e prático (FREITAS, 2007). A discussão em torno desse tema segue, basicamente, uma divisão em três grandes campos conceituais: a **antropologia cognitiva**, que enxerga a

cultura como o conjunto dos conhecimentos que são compartilhados entre os membros de um grupo ou sociedade; a **antropologia simbólica**, que ao invés de enfatizar os conhecimentos, preocupa-se com os significados compartilhados; e a **antropologia estrutural**, que privilegia o estudo dos processos psicológicos inconscientes, ou seja, a cultura seria uma projeção universal da própria mente (FREITAS, 2007).

Smircich (1983) é uma das principais autoras que procedem a esse debate sobre paradigmas e conceitos de cultura nas organizações. Segundo ela, o conceito de cultura está cada vez mais ligado aos estudos das organizações, principalmente no que diz respeito ao reconhecimento de seus aspectos simbólicos. Nesse sentido, as publicações costumam tratar o poder do simbolismo, lendas, histórias, mitos e cerimônias que fazem com que a cultura corporativa seja reconhecida como os valores rígidos (no sentido de difícil mudança) que levam ao sucesso ou à falha organizacional.

Com base na combinação de pressupostos (homem, cultura e organização) os estudos sobre cultura organizacional se inclinam a duas formas de visão. A primeira trata a cultura como **variável** e então a enxerga como um conjunto de elementos ou características que a distingue de outras. Em outras palavras, diz respeito a algo que a organização possui. Já a segunda abordagem enxerga a cultura como uma **metáfora**, ou seja, um sistema estruturante que é analisado em seus aspectos simbólicos, ideais e expressivos, isto é, algo que a organização é (SMIRCICH, 1983).

Freitas (2007) diz que os estudos, pesquisas e abordagens que enxergam a cultura como metáfora são mais críticos e reconhecem que os indivíduos participam da construção da realidade organizacional de maneira ativa. Por isso, exploram aspectos conceituais e políticos da organização como o poder, controle social e ideológico ou a importância de construção de vínculo e imagem. Já os que aceitam a cultura como uma variável trabalham o fato de que ela pode ser definida e instrumentalizada assim como é feito com a estratégia e a estrutura de uma empresa, isto é, apresenta-se como mais um componente que está sob o controle da gestão e que pode ser moldado a partir dos seus objetivos. É tido como um tratamento funcionalista do assunto e além de ser a mais difundida, essa perspectiva é também a adotada para este trabalho.

O conceito de cultura estabeleceu um grande valor à dimensão simbólica nas organizações e nas diferentes formas de gestão, sendo um comportamento que não se restringe ao âmbito racional, ou seja, precisa ser entendido em seus próprios termos (BARBOSA, 1996). Daí a importância na conceituação do termo.

Nesse contexto, a cultura organizacional é vista como um complexo conjunto de valores, crenças, suposições, e símbolos que definem a forma em que uma empresa conduz seus negócios (BARNEY, 1986). Outro autor que trabalha o construto de maneira mais abrangente é Schein (1985), sendo considerado por Freitas (2007) um dos conceitos mais ricos na literatura sobre o tema. Para Schein (1985, p. 17)

Cultura organizacional é o conjunto de pressupostos básicos que um grupo aprendeu como forma de lidar com seus problemas de adaptação externa e de integração interna, e que funcionam suficientemente bem para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas.

O autor afirma que a cultura organizacional pode ser analisada a partir de três níveis: os artefatos e as criações, os valores e as crenças, e os pressupostos básicos. Os artefatos fazem parte do nível mais superficial e englobam estruturas e processos organizacionais visíveis, observáveis; os valores abrangem regras, princípios e normas que orientam as ações de um grupo de maneira consciente; e os pressupostos básicos são as crenças, percepções, pensamentos e sentimentos inconscientes (mais difícil de serem observados).

Hofstede et al. (1990) parte de uma abordagem mais holística das organizações e classificam as manifestações de cultura em quatro categorias: símbolos, heróis, rituais e valores. Os símbolos se referem às palavras, gestos, figuras ou objetos que carregam um significado particular dentro de uma cultura. Os heróis são pessoas (vivas ou mortas; reais ou imaginárias) que possuem características altamente valorizadas na cultura e que servem de modelo de comportamento. Os rituais dizem respeito às atividades coletivas que pelo lado técnico são supérfluas, mas que socialmente são essenciais dentro de uma cultura. Por fim, e considerado o núcleo central da cultura, encontram-se os valores, que são sentimentos não-específicos manifestados (bons e ruins, feios e bonitos, normais e anormais, racionais e irracionais), extraídos muitas vezes do inconsciente e raramente acessados.

Barbosa (1996) considera que o termo cultura organizacional possui um significado restritivo e por isso sugere o uso de “cultura administrativa” como mais apropriado com o objetivo de maior amplitude conceitual e sociológica que possibilite uma melhor compreensão nas relações entre cultura, que não se restrinja apenas à empresa, mas, também, esteja relacionada às formas de gestão. Para esta autora, a cultura de uma empresa é “uma variável importante, podendo funcionar como um complicador ou um aliado na implementação de novas políticas administrativas, relacionando-se também ao seu desempenho econômico”

(p.7). Em outras palavras, a autora sinaliza a importância da cultura organizacional no que se refere ao sucesso empresarial.

A cultura organizacional de uma empresa é, segundo Priore, Prado e Cannas Neto (2012), um conjunto de valores, normas e regras que os indivíduos devem seguir para interagir com os demais indivíduos da organização. Ela está relacionada à dinâmica de funcionamento de uma empresa e determina como as pessoas devem agir e como devem tomar decisões. Além disso, os autores apontam a tendência de aproximação desse construto com aspectos de liderança, uma vez que o líder seria o responsável por criar a cultura (PETERS; WATERMAN, 1986) e/ou de gerenciá-la (SCHEIN, 1985).

Qualquer que seja o enfoque dado ao conceito de cultura, o importante é que ele se transformou num referencial analítico útil para as qualidades não-rationais das organizações, porque focaliza o que é subjetivo e os aspectos interpretativos da vida das organizações. Temas sobre os quais os modelos racionais, baseados fundamentalmente nos princípios de eficiência e eficácia, silenciam (LEITÃO, 1989, p. 42).

Diante do exposto, percebe-se que o tema em questão incorpora uma grande carga de subjetividade. Existem inúmeros conceitos de cultura organizacional e cada uma das definições possuem aspectos centrais que norteiam a discussão do tema. No entanto, segundo Leitão (1989), a análise da cultura permite novas abordagens metodológicas - de natureza qualitativa - que extrapolam os limites inerentes aos modelos racionais. E procedendo a uma abordagem qualitativa e ao tratamento da cultura como uma variável gerenciável, ou seja, sob o aspecto de uma abordagem funcionalista nesta dissertação, torna-se importante evidenciar a contribuição da literatura que aponta a relação desse construto ao desempenho das organizações.

2.3.1.1 Cultura e Desempenho Organizacional

A cultura é um dos fatores determinantes para o sucesso ou insucesso de uma organização (FERNANDES; PEDROSO, 2010; PRIORE; PRADO; CANNAS NETO, 2012; SMIRCICH, 1983). Por isso, vários autores consideram a importância dos fatores culturais nas práticas de gestão e que a cultura é um fator de diferenciação em empresas bem sucedidas (HANSEN; WENERFELT, 1989; PETERS; WATERMAN, 1982; ROCHA; PELOGIO, 2011; SANTOS, 1998), ou seja, passa-se a reconhecer a sua importância estratégica.

A década de 1980 é marcada pelo interesse no estudo da cultura organizacional para se analisar a realidade empresarial e, é nesse momento, que os estudiosos passam a estabelecer uma relação entre a cultura e o desempenho (ALMEIDA et al., 2013). Assim sendo, pode-se dizer que o desempenho organizacional é resultante dos diferentes tipos de cultura e da intensidade da força cultural que a empresa apresenta (PETERS; WATERMAN, 1982; CAMERON; FREEMAN, 1991; SANTOS, 1998).

No ano de 1986, Barney (1986) já defendia que as empresas que possuíssem uma cultura formada por determinados atributos (valiosa, rara e de difícil imitação) seriam capazes de obter desempenho financeiro superior, ou seja, a cultura é considerada uma fonte de recurso socialmente complexa (BARNEY; HESTERLY, 2014) de vantagem competitiva. Ademais, caso a empresa não tenha esses atributos próprios, elas não seriam capazes de se dedicar a atividades organizacionais que mudariam as suas culturas de modo a gerar desempenho superior sustentável. O autor investe esforços em mostrar que uma cultura é capaz de gerar efeitos que se espalham em uma empresa, uma vez que ela não apenas define quem são seus empregados, clientes, fornecedores e concorrentes mais relevantes, mas também define como a organização irá interagir com esses atores-chave.

Pouco mais de uma década depois, o trabalho de Santos (1998) ganhou espaço no contexto brasileiro ao explorar o impacto da cultura no desempenho da empresa e, a partir de um estudo conduzido em firmas do setor têxtil, chega a conclusão de que a cultura está significativamente associada ao desempenho organizacional (assumido como desempenho econômico-financeiro) e que as empresas que possuem uma cultura forte evidenciam melhor desempenho.

Quando a cultura é forte e coesa e se os indivíduos se identificam com a organização, é possível promover o desempenho e a competitividade (ALMEIDA et al., 2013). Ela é considerada um dos fatores que influenciam a tomada de ações em favor do comprometimento dos funcionários, que desenvolvem suas atividades em um nível de qualidade compatível com as exigências do mercado que estão diretamente relacionadas à competitividade de uma organização (ROCHA; PELOGIO, 2011; SANTOS, 1998).

De acordo com a relação que o autor estabelece entre cultura e desempenho, Almeida et al. (2013) defendem que a organização deve ser compreendida a partir de dois componentes principais: a sua relação com o ambiente (organização-ambiente) e a partir de componentes de desenho interno (estrutura, cultura, tecnologia, sistema de feedback organizacional e sistema de gerenciamento de *performance*). Assim, entender como as empresas caracterizam ou mudam suas estruturas internas é importante para classificar e compreender o desempenho.

Pereira et al.(2004) estabelecem a relação que a cultura e suas nuances possuem, direta e indiretamente, com o desenvolvimento de lideranças que, por sua vez, acabam influenciando o desempenho organizacional e torna a estrutura mais tensa, gerando um potencial círculo vicioso.

Alguns estudos abordam a relação entre a cultura e a *performance* a partir de uma metodologia quantitativa. Seguindo a mesma metodologia de Santos (1998), Sá e Enders (2002) e Rocha e Pelagio (2011), a partir do Modelo de Valores Competitivos, definem a tipologia cultural predominante em instituições de ensino. Sá e Enders (2002) identificam um perfil cultural predominante e que alguns indicadores de desempenho estão ligados à cultura organizacional. Nessa mesma linha, Rocha e Pelagio (2011) evidenciam que não se pode afastar os aspectos subjetivos do indivíduo quando se analisa a Cultura Organizacional, mesmo adotando-se um viés funcionalista.

Assim, nota-se que vários estudos relacionam a cultura organizacional com o desempenho empresarial, porém pouco se sabe sobre esta relação na área da saúde, especificamente em relação às operadoras de saúde suplementar. O único estudo encontrado foi o trabalho de Braga (2013), que a partir de um estudo na Santa Helena Assistência Médica S/A analisou a possível relação de determinados elementos da cultura com o desempenho da empresa.

O autor baseou-se em sete categorias de elementos de cultura organizacional evidenciados por Freitas (2007) que compõem as rotinas organizacionais e analisou essa possível relação. Esses elementos encontram-se explicados no Quadro 1. Braga (2013, p. 49) chegou à conclusão de que a “cultura contribuiu, porém não isoladamente, mas possivelmente com um conjunto de variáveis, para o desempenho da empresa nos últimos anos”.

Quadro 1- Elementos da cultura organizacional

Elemento	Conceito
Valores	Conjunto de normas, costumes, ações, formas de pensar e agir que são consideradas corretas pelos que fazem parte da organização. São reforçados por aspectos históricos tradicionais, costumes, rituais, crenças, etc.
Crenças e pressupostos	É algo que é tido como verdade e que está presente em todos os âmbitos que constituem a organização.
Ritos, rituais e cerimônias	São os eventos internos e externos, formais e informais dos quais a organização participa. São divididos em rituais de passagem, reconhecimento, integração, renovação e degradação.
Sagas e heróis	São aqueles que de alguma forma personificam valores e condensam força e

	coragem organizacionais .
Estórias	São narrativas baseadas em eventos reais que informam sobre a organização, reforçam o comportamento e enfatizam como esse comportamento se ajusta ao ambiente organizacional desejado.
Tabus	Diz respeito à maneira que se espera que os integrantes se comportem. São tão importantes quanto os valores, porém tidos de maneira não explícita, considerados a parte mais secreta e escondida nas organizações e vistos como assuntos que causariam desconforto e vergonha, podendo até mesmo quebrar normas e contratos vigentes no ambiente interno.
Normas	São os procedimentos e comportamentos imprescindíveis para a vida social. Servem como direcionador do funcionamento ideal das atividades cotidianas da organização e tem origem, em parte, nas crenças e pressupostos.

Fonte: Freitas (2007). Elaborado pelo autor.

Segundo Freitas (2007), a descrição dos elementos que constituem a cultura organizacional, a forma como eles funcionam e as mudanças comportamentais que eles provocam são formas de tornar o assunto mais concreto e de facilitar o seu reconhecimento. Além disso, estes elementos são capazes de fornecer uma interpretação ou uma mensagem aos que fazem parte da organização sobre o que é considerado importante e válido, a partir de uma linguagem funcionalizada.

Destarte, a cultura organizacional é considerada uma categoria analítica a ser explorada neste estudo dada a sua importância e relação com o construto principal considerado neste trabalho. A escolha desta categoria visa também preencher esta lacuna existente em relação à área de saúde suplementar, especificamente, nos moldes de estudo de caso. Assim sendo, a proposta que será detalhada na metodologia será, de maneira qualitativa, identificar elementos e características da cultura da empresa em questão e de que maneira eles se relacionam com o desempenho superior apresentado.

2.3.2 Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional é o ponto de partida para se alcançar novos padrões de eficiência e velocidade nos fluxos administrativos e um desempenho de qualidade (MINTZBERG, 2003). A estrutura ideal ou o nível ideal de estruturação de uma empresa são temas complexos e relevantes (COELHO; COELHO, 2003). Segundo os autores, “a estrutura organizacional apresenta um caráter transitório, volátil à medida da volatilidade do ambiente

em que a empresa está inserida” (p.143). Em outras palavras, o estudo do tema deve ter como ponto de partida o relativismo (em detrimento ao universalismo), que permite a afirmação de que a estruturação de uma empresa depende da conjuntura em que ela se insere e é a adequação entre a sua estrutura e o contexto que define a eficácia da organização.

Um ponto a ser mencionado é que não há uma estrutura única e ideal que seja altamente efetiva para todas as organizações (COELHO; COELHO, 2003; OLIVEIRA; KOVACS, 2006). Na ausência desse padrão, passou-se a trabalhar na busca de uma estrutura que melhor se ajustasse a cada contexto. Mais do que isso, o tratamento da flexibilidade e adaptabilidade das estruturas organizacionais parecem ser temas mais oportunos e pertinentes a se trabalhar, uma vez que a sobrevivência das empresas (em um ambiente turbulento e incerto) depende deles (COELHO; COELHO, 2003).

A estrutura organizacional vem sendo tratada como uma variável crítica pelos analistas de organizações. Seja qual for o tipo de organização, a principal função da estrutura é coordenar o trabalho a ser realizado e delimitar a amplitude de seu controle. Além disso, ela ajuda a estabelecer as estratégias, a alocar pessoas e recursos e a regular os sistemas de recompensas (LEITÃO, 1989). Ainda sobre as funções, Santos et al. (2014) enfatizam outras funções básicas como a de realizar produtos organizacionais e atingir metas organizacionais; minimizar ou regulamentar a influência das variações dos indivíduos na organização; e representar o contexto no qual o poder é exercido, as decisões são tomadas e as atividades são executadas.

Mintzberg (2003, p. 12) define a estrutura de uma organização como "a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e, depois, como a coordenação é realizada entre essas tarefas". Ele oferece uma abordagem que diz que os elementos da estrutura devem ser selecionados de maneira a permitir uma consistência ou harmonia interna e também uma consistência básica com a situação da organização (por exemplo o seu tamanho, idade, tipo de ambiente em que está inserido e assim por diante). Assim, nota-se que toda atividade humana organizada envolve duas exigências básicas e opostas: a divisão do trabalho em diferentes tarefas e os mecanismos de coordenação (por exemplo, controle e comunicação) entre elas.

Nessa mesma linha, Schneider et al. (2013, p.4) em trabalho mais contemporâneo, que relaciona a influência dos fatores organizacionais sobre o desempenho do gerenciamento de projetos, define

A estrutura organizacional é o resultado de um processo, pelo qual a autoridade é distribuída, as atividades são especificadas desde os níveis operacionais até a alta administração e um sistema de comunicação é delineado, a fim de permitir que as pessoas executem as atividades e exerçam a autoridade que lhes compete, para atingir os objetivos organizacionais.

Mesmo que pareça mais simplório em sua definição, Mintzberg (2003) problematizou a temática ao delinear cinco configurações estruturais puras que uma organização é capaz de adotar para se tornar eficaz. Primeiramente, vale dizer que a representação formal de uma organização inicia-se pelo seu organograma. Por mais que seja claro que nem todos os relacionamentos de poder e comunicação importantes da empresa estão sempre escritos no papel (relacionamentos informais existem), acredita-se que ele não é indispensável. Apesar de considerar também a existência dessa estrutura informal (relacionamentos não oficiais no grupo de trabalho), elas estão entrelaçadas e muitas das vezes incapazes de se distinguirem. De qualquer maneira, o mais importante neste ponto é dizer que o autor defende que o organograma não deve ser rejeitado e deve fazer parte do contexto de uma estrutura, pois ele pode representar um quadro preciso da divisão do trabalho ao mostrar: os cargos que existem na organização, como estão agrupados em unidades e como a autoridade formal flui entre eles.

Outra característica evidenciada em sua obra é que independente da configuração da estrutura que for adotada, cada organização é composta por cinco diferentes partes básicas: a alta administração estratégica, a gerência intermediária, a tecnoestrutura, o pessoal de suporte e o pessoal de operação, conforme detalhado no parágrafo seguinte.

O núcleo operacional é considerado o coração de qualquer organização e envolve os membros que executam o trabalho básico diretamente relacionado à fabricação de produtos ou prestação de serviços (os *outputs*), fundamentais para manter mantê-la viva. Com exceção das organizações muito pequenas, as demais também precisam de componentes administrativos, que compreendem a cúpula estratégica, a linha intermediária e a tecnoestrutura. A cúpula estratégica é responsável por assegurar que a organização cumpra a sua missão de maneira eficaz e também que atenda às necessidades dos que a controlam ou que detêm poder sobre ela. Já a intermediária, é a linha que conecta a cúpula estratégica ao núcleo operacional, envolvendo mecanismos de supervisão direta na formação da hierarquia organizacional. Na tecnoestrutura estão os analistas de controle, que estão envolvidos na adaptação, transformando a organização para enfrentar as mudanças ambientais a partir da efetivação de certas formas de padronização da organização. Por fim, tem-se a assessoria de apoio, presente

no organograma de organizações contemporâneas de grande porte como criadas para dar apoio à organização fora de seu fluxo de trabalho operacional. As unidades de apoio podem ser encontradas em vários níveis da hierarquia e a sua existência parece depender do controle que a organização deseja exercer sobre os seus serviços (MINTZBERG, 2003).

Com essa base estabelecida, é possível destacar, enfim, o conjunto de cinco configurações que uma empresa pode adotar, sendo que esse número limitado de configurações é capaz de explicar o que leva as organizações eficazes a estruturar-se por si mesmas. Assim, Mintzberg (2003) esmiuça pontos como a combinação básica dos parâmetros de *desing*, como funciona, as condições as quais essa combinação é apropriadamente encontrada e os vários problemas associados ao funcionamento da organização. A saber, são elas: (1) estrutura simples; (2) burocracia mecanizada; (3) burocracia profissional; (4) forma divisionalizada; e (5) adhocracia.

Em cada configuração, um mecanismo de coordenação distinto é dominante, uma parte diferente da organização exerce o papel mais importante e um tipo diferente de descentralização é usado. Essa correspondência se resume na forma colocada pela Tabela 2:

Tabela 2 -As cinco estruturas de Mintzberg

Configuração Estrutural	Primeiro mecanismo de coordenação	Parte-chave da organização	Tipo de Descentralização
Estrutura Simples	Supervisão Direta	Cúpula estratégica	Centralização vertical e horizontal
Burocracia mecanizada	Padronização dos processos de trabalho	Tecnoestrutura	Descentralização horizontal limitada
Burocracia profissional	Padronização das habilidades	Núcleo Operacional	Descentralização vertical e horizontal
Forma divisionalizada	Padronização dos <i>outputs</i>	Linha intermediária	Descentralização vertical limitada
Adhocracia	Ajustamento mútuo	Assessoria de apoio	Descentralização seletiva

Fonte: Mintzberg (2003, p. 174)

O autor explica que as estruturas simples estão presentes comumente em organizações jovens e pequenas. Como característica, tem-se que pouco de seu comportamento é formalizado, a divisão do trabalho não é rigorosa, existe diferenciação mínima entre as suas unidades e a coordenação é largamente efetivada pela supervisão direta. Assim sendo, a

cúpula estratégica aparece como parte-chave da estrutura, em um ambiente ao mesmo tempo simples e dinâmico.

Na Burocracia mecanizada, ele diz que a tecnoestrutura é a parte-chave da organização. Ela exerce força para a padronização dos processos de trabalho (como principal mecanismo de coordenação) e como principais parâmetros desse tipo de *design* destaca-se a formalização do comportamento, especialização das tarefas horizontal e vertical, unidade operacional de grande dimensão, centralização vertical e descentralização horizontal limitadas. As organizações antigas, com sistema técnico regulado e não automatizado são exemplos dessa ocorrência, geralmente em ambientes simples e estáveis.

Quando os membros do núcleo operacional são a parte-chave da organização, estamos diante da Burocracia Profissional. Estes procuram minimizar a influência dos administradores sobre o seu trabalho e utilizam o controle sobre o seu próprio trabalho como principal mecanismo de coordenação. Esse tipo de configuração baseia-se na coordenação da padronização das habilidades e em seus parâmetros de *desing* associados, o treinamento e a doutrinação. Os padrões têm origem largamente fora de sua própria estrutura e ocorrem em um ambiente complexo e estável, sistema técnico não regulado e não sofisticado (MINTZBERG, 2003).

O autor difere a Forma divisionalizada das outras quatro configurações em um aspecto importante. Ela não constitui uma estrutura completa, mas sim sobreposta a outras. Isto é, cada divisão tem sua própria estrutura, minimizando a interdependência entre as divisões. Os gerentes da linha intermediária (parte-chave) obtém autonomia retirando poder da cúpula estratégica e do núcleo operacional, para concentrá-lo em suas próprias unidades, restringindo a coordenação à padronização dos *outputs*. Ocorre em mercados diversificados, empresas antigas e de grande porte.

Por fim, quando a colaboração dos membros da assessoria de apoio é necessária, devido as suas experiências, para a tomada de decisões, estamos diante do que ele chama de Adhocracia. Ocorre quando a organização é estruturada em constelações de trabalho nas quais o poder é descentralizado seletivamente e livres para coordenar entre si e intermanete por ajustamento mútuo. Ocorre em um ambiente complexo e dinâmico, jovem, que possuem sistemas técnicos sofisticados e frequentemente automatizados. Ela pode ser tanto no operacional quanto administrativa.

Na realidade, as organizações reais são extremamente complexas e vão muito além das cinco configurações aqui definidas. Elas representam um conjunto de cinco forças que impulsionam uma organização em direções distintas e a estrutura que cada organização

desenha depende da força de cada impulso que, quando é dominante, espera-se que a organização situe-se bem próxima a um dos tipos puros de configuração, ou mesmo em dois tipos, de forma híbrida. Dessa forma, uma organização eficaz, na busca de harmonia em sua estrutura, tende a se orientar para uma das configurações apresentadas. (MINTZBERG, 2003).

2.3.2.1 Estrutura e Desempenho Organizacional

Existe uma articulação entre estrutura interna e *performance* empresarial que exerce papel central na pesquisa de organizações: o de tentar decifrar qual o impacto da estrutura no desempenho (WASSERMAN, 2008). O desenho de uma estrutura organizacional é, segundo Madeira e Pereira (2011) fundamental para a eficácia do funcionamento de uma empresa, uma vez que “contempla as relações de autoridade e poder, as maneiras como o trabalho é definido e suas tarefas, as formas de coordenação dessas tarefas, e os elementos que propiciam consistência e harmonia interna”.

Como determinantes do desempenho, alguns autores relacionam a estrutura com alguns outros construtos. Picchiali (2010) e Picchiali e Sauma (2014) trabalham em torno do alinhamento existente na literatura entre os conceitos de estratégia, estrutura e competência. Estes autores partem do pressuposto de que a estrutura organizacional deve estar atrelada à estratégia da organização. Enquanto Leitão (1989) ressalva a carência de estudos que deixe clara a direção da causalidade existente entre os dois construtos - se é a estrutura que segue a decisão estratégia ou vice-versa -, Picchiali (2010) afirma que a estrutura depende da estratégia adotada pela empresa e que ela também é capaz de influenciar a estratégia no momento de sua execução.

Santos et al. (2014) descrevem as relações entre as variáveis da estrutura organizacional, cultura organizacional e gestão de pessoas e identificam a relação entre esses construtos e o desempenho organizacional, a partir das dimensões propostas pelo *balanced scorecard*. Para isso, os autores se baseiam na abordagem de orientação para processos de negócio (*Business Process Orientation* - BPO) e chegam a uma conclusão diferente dos demais autores, em que a estrutura organizacional e o desempenho não possuem um relacionamento direto. No entanto, afirmam que é preciso pensar na estrutura como um mediador na formação da cultura e das políticas de gestão de pessoas.

Leitão (1989) e Vieira e Vieira (2003) pesquisam sobre o desempenho organizacional em universidades no país. O primeiro aponta as evidências das relações existentes entre

estrutura, cultura e desempenho organizacional. A estrutura de uma organização é vinculada ao seu processo decisório, que segundo ele, é uma visão aceita pela maioria dos estudiosos de organizações. Parte-se do pressuposto de que as instituições mantêm um determinado padrão de comportamento em seus processos decisórios - poderá ser facilitado, restringido ou desenvolvido de forma equilibrada - que correspondem à maneira a qual estão estruturadas.

Vieira e Viera (2003) estudam a estrutura e organização das instituições federais de ensino em relação ao seu desempenho gerencial. Os autores afirmam que estruturas organizacionais com pouco dinamismo tendem a mover-se em ritmo mais lento do que os segmentos mais atuantes e inovadores da sociedade. Os condicionamentos estruturais são capazes de frear e até mesmo sufocar o crescimento institucional. Assim, sugerem que a mudança estrutural deve ser vista como um processo permanente, contínuo e necessário para a atualização de uma organização.

Na área da saúde podemos encontrar trabalhos contemporâneos como o de Picchiali (2010), que analisa as estratégias, estruturas organizacionais e competências gerenciais de três operadoras de planos de saúde na modalidade autogestão. Seguindo essa mesma linha, Picchiali e Nery (2014) analisam a gestão de dois hospitais da grande São Paulo, a partir dos três construtos apresentados anteriormente e verificam também que há correlação do alinhamento desses conceitos com o resultado financeiro do hospital. Picchiali e Nery (2014) analisam o alinhamento entre a estratégia e a estrutura organizacional, por meio de seus reflexos no desempenho financeiro e na produção de serviços de uma empresa do setor de saúde, denominada Complexo Hospitalar (CH). Os resultados demonstram que a falta de alinhamento entre a estratégia de crescimento e da estrutura no CH afeta o desempenho financeiro de maneira negativa. Assim, nesse e em outros trabalhos escritos pelo autor (PICCHIALI, 2009; 2010), fica ainda mais evidente a forte relação existente entre a estrutura e o desempenho organizacional.

A partir dessa categoria de análise, pretende-se averiguar o nível de organização administrativa e de trabalho produtivo da empresa em relação ao cenário concorrencial em que as operadoras de saúde suplementar estão inseridas. Espera-se que essa análise possa mostrar que a estrutura é capaz de assegurar a fluidez dos processos presentes dentro da OPS, que, por sua vez, aumenta a sua capacidade competitiva e o seu desempenho.

2.3.3 Gestão estratégica

Para o campo disciplinar da economia das organizações, elas estão "mergulhadas em 'caldeirões borbulhantes' de competição, onde outras firmas, pessoas, instituições e governos estão todos buscando obter uma parte de sucesso que uma firma em particular poderá desfrutar" (BARNEY; HESTERLY, 2004, p.131).

Esse interesse no estudo da relação entre competição e organizações também é compartilhado por outras vertentes de análise organizacional, como o modelo de ecologia populacional das organizações de Hannan e Freeman (1997), a teoria da dependência de recursos de Pfeffer e Salancik (1978) e a teoria insitucional de Di Maggio e Powell (1983). Em relação à economia das organizações, a literatura é adequadamente dividida em quatro principais correntes: (1) economia dos custos de transação, que discute o porquê da existência das organizações; (2) teoria da agência, que tem como questão central a visão dos sócios de uma firma em relação à maneira como ela é gerenciada; (3) administração estratégica, que tenta explicar o desempenho superior de uma firma em relação às demais; e (4) economia da cooperação, intuitiva pelo próprio nome.

Tanto a economia dos custos de transação quanto a teoria da agência podem ser usadas para explicar por que as firmas existem, porém nenhuma delas é capaz de explicar por que algumas firmas superam outras (BARNEY; HERSTERLY, 2004). Para atender o objetivo do presente trabalho, é necessário atentar-se à seguinte questão: por que algumas organizações possuem melhor desempenho que outras? E para responder a essa pergunta, logo, a linha de pesquisa a que se recorre é a da administração estratégica.

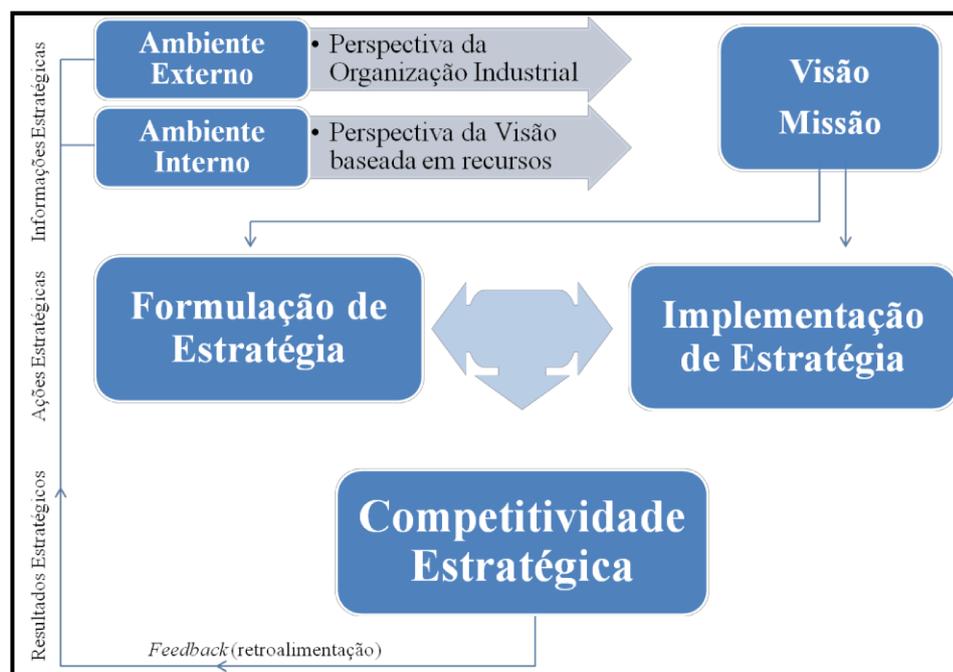
A explicação do desempenho superior de uma firma é, portanto, a principal questão a ser pesquisada em gestão estratégica. Esse campo de pesquisa baseia-se em duas vertentes para explicar a heterogeneidade do desempenho das firmas: o paradigma estrutura-conduta-desempenho (SCP) - foca a estrutura do ramo em que uma firma opera - e a teoria econômica e organizacional - focam os atributos da firma (BARNEY; HERSTERLY, 2004).

Neste momento, abre-se um parêntese para o fato de que embora muitos pesquisadores tenham contribuído para pesquisas de gestão estratégica, baseada em SCP, nenhum deles possui mais influência do que Michael Porter. Dentre os esquemas analíticos e ferramentas desenvolvidas por esse autor, baseando-se nesse paradigma estão: (1) o modelo das ameaças ambientais consubstanciadas nas cinco forças; (2) um modelo genérico para análise do ramo e das oportunidades no ambiente de negócios; e (3) o conceito de grupos estratégicos. Já os

trabalhos na gestão estratégica sob a perspectiva da dependência de recursos tiveram início com Richard Rumelt (1984), Birger Wenerfelt (1984) e Jay Barney (1986b) (BARNEY; HERSTERLY, 2004). Essas duas abordagens teóricas foram objetos de análise mais minuciosa em ponto anterior deste trabalho, por isso não será mais aprofundada aqui.

Hitt, Ireland; Hoskisson (2007, p.6) definem o processo de administração estratégica como o “conjunto completo de compromissos, decisões e ações necessários para que a empresa obtenha vantagem competitiva e retornos acima da média”. Esse processo dinâmico envolve a análise dos ambientes externo e interno para determinar os recursos, capacidades e competências essenciais; o desenvolvimento da visão, missão e formulação da estratégia; a tomada de ações estratégicas eficazes que garantam resultados desejados. A ilustração dessa abordagem pode ser vista na Figura 6.

Figura 6 - O processo de administração estratégica



Fonte: Adaptado de HITT; IRELAND; HOSKISSON (2007, p.5)

Como sugere a Figura 6, o processo de administração estratégica é “uma abordagem racional que as empresas utilizam para obter competitividade estratégica e conseguir lucros acima da média” (HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2007, p.23). Segundo os autores, as empresas primeiramente analisam o seu ambiente externo (identificando oportunidades e ameaças) e o seu ambiente interno (na decisão de como utilizar os recursos, capacitações e competências essenciais) para somente depois, então, elaborar a sua visão e missão. Enquanto a visão é considerada “um retrato do que a empresa pretende ser e, em termos amplos, do que

pretende realizar” (p.17), a missão “especifica o(s) negócio(s) no(s) qual(is) a empresa pretende competir e os clientes aos quais pretende atender” (p.18).

Seguindo o fluxo da Figura 7, nota-se que a formulação e implantação da estratégia devem ser integradas ao mesmo tempo para que a empresa tenha sucesso no processo de administração estratégica. Por fim, a dinâmica da concorrência afeta de maneira significativa a estratégia que as empresas optam por utilizar e a forma como elas tentam implementá-las (HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2007).

Outra classificação da gestão estratégica é evidenciada em trabalho específico do campo da saúde. Malik e Pena (2003), que a definem a partir de duas linhas teóricas: a de Ginter (1998) que considera as diferentes etapas de formulação estratégica – análise de situação, a formulação, implementação e o controle – e está voltado para as especificidades da saúde no modelo norte-americano e a de Onocko (2000), que considera a escola latino-americana e brasileira de planejamento de saúde. Assim, Ginter (1998) apud Pena e Malik (2011, p.116) definem a gestão estratégica como “o processo organizacional para identificar o futuro pretendido e desenvolver guias de decisão para alcançar esse futuro. O resultado do processo de planejamento estratégico é um plano ou estratégia”.

Nos últimos anos, segundo Barney e Hesterly (2004), vem sendo reconhecida a importância da atuação das firmas como *players* importantes no cenário competitivo, ou seja, não apenas a competição é importante, mas a cooperação passa a ser uma ferramenta na busca de vantagem competitiva nos diversos ramos de atuação. Uma das formas de cooperar mais comuns são as alianças estratégicas, revelada pelos autores de duas maneiras: contratuais e *joint ventures*. Ambas são, por definição, “qualquer forma de relacionamento cooperativo entre duas ou mais firmas, com o objetivo de desenvolver, projetar, produzir, comercializar ou distribuir produtos ou serviços” (BARNEY; HERSELY, 2004, p.166). No entanto, no caso da primeira, o efeito da aliança é o de aumentar as atividades econômicas mediante contratos, enquanto que as *joint ventures* sempre envolvem a criação de uma nova firma para gerenciar essa relação. Assim, como exemplo de alianças estratégicas tem-se as relações de longa duração com fornecedores, acordos de licenciamento, acordos de distribuição, dentre outros.

Vale a pena ir um pouco mais adiante neste assunto. Uma aliança estratégica é considerada uma forma de obter sinergia econômica entre empresas, isto é, uma forma de explorar fontes complementares – os valores econômicos combinados são maiores do que o valor de cada firma em separado – que podem vir de diversas fontes. As motivações para estabelecer alianças estratégicas, conforme estabelecem Barney e Hesterly (2004) são:

- a) Explorar economias de escala;
- b) Entrada com custo reduzido em novos mercados;
- c) Entrada com baixo custo em novos segmentos de um ramo ou em novos ramos;
- d) Aprender com a concorrência;
- e) Administrar incertezas estratégicas;
- f) Administrar custos e partilhar riscos;
- g) Facilitar cartelizações tácitas;

Os autores veem como motivo principal a complementaridade de recursos, mas adicionam também o contexto institucional e a cultura como fatores para a formação de alianças. Todos esses motivos citados são, portanto, razões plausíveis que levam à escolha, bem como à exclusão, das firmas que poderão se tornar parceiras.

As alianças estratégicas são apontadas por Veloso e Malik (2010) como exemplos de atuação em conjunto de empresas neste setor, por exemplo na parceria entre hospitais e OPS, principalmente no que diz respeito a procedimentos de alta complexidade. Para as operadoras, o alto investimento não gera por si só uma demanda que vá garantir a economia de escala na implementação desse procedimento enquanto que, nos hospitais, uma vez que já possuem esse serviço disponibilizado, existe um benefício com o direcionamento de clientes (VELOSO; MALIK, 2010).

É interessante pontuar que assim como existem incentivos para que as firmas cooperem, há também a possibilidade de assumirem comportamentos oportunistas, consumados por trapaceiras que podem ser: (1) por seleção adversa (2) por risco moral ou (3) roubo. No entanto, alguns mecanismos de monitoramento podem ser adotados pelos parceiros para reduzir esses riscos, tais quais a confiança desenvolvida entre as partes e o estabelecimento de formas de governança, considerada uma medida mais extrema.

A medição da *performance* e da avaliação do desempenho de uma organização deve estar totalmente atrelada ao sistema de gestão estratégica, uma vez que o sucesso da organização não depende apenas da capacidade de gerir os recursos, mas também dos instrumentos que dispõe e empenha para avaliar e medir a sua *performance* organizacional (GASPAR, 2009). Nesse contexto, o *Balanced Scorecard* - BSC³ de Kaplan e Norton (1992),

³ O *Balanced Scorecard* surge a partir de trabalho desenvolvido por Kaplan e Norton (1992) como uma metodologia de medição e avaliação do desempenho das organizações que fornece uma visão global e integrada do desempenho organizacional aos gestores, a partir da perspectiva financeira e outras três não-financeiras - clientes, processos internos, aprendizagem e desenvolvimento organizacional.

surge com o objetivo de complementar as medidas financeiras tradicionais que já eram utilizadas e assim, melhorar o processo de tomada de decisão.

2.3.3.1 Gestão Estratégica em Saúde

Pena e Malik (2011) chamam a atenção para o fato de que os custos do setor de saúde vêm aumentando em uma velocidade cada vez maior, necessitando ser mais bem gerenciados. Associado a isso, tem-se um processo de regulamentação cada vez mais forte, que também requer uma atenção especial. Como resposta a este cenário, tem-se notado um grande esforço pela profissionalização do setor e a adoção do uso de técnicas e ferramentas disponíveis no campo de gestão que possam melhorar os níveis de eficiência e eficácia organizacional.

As ações com o propósito de melhoria dos processos, redução de custos, aumento de produtividade e conseqüente melhoria da competitividade no setor estão relacionadas ao processo de gestão estratégica e podem contribuir para um melhor posicionamento da organização e viabilizar os recursos necessários para alcançar o desempenho desejado. Assim, vários estudos contribuíram para a discussão sobre a importância do uso de modernas técnicas gerenciais, como é o caso da administração estratégica, como evidenciado a seguir.

A partir da ideia de que a aplicação de técnicas modernas de gestão e a adoção de um modelo de administração estratégica são importantes para as organizações, inclusive as de saúde, Malik e Pena (2003) fazem uma análise comparativa do processo de utilização da administração estratégica entre seis hospitais de Atlanta (EUA) e quatro de São Paulo (Brasil). Os autores realizaram entrevistas com executivos e identificaram as semelhanças e diferenças no processo de decisão estratégica a partir das peculiaridades do setor e da competitividade que enfrentam.

Souza et al. (2009) também realizam os seus estudos em hospitais, preconizando que o controle da gestão se faz necessário para se obter eficiência. Nesse sentido, os autores defendem que os gestores hospitalares devem realizar avaliações de desempenho organizacional, a fim de balizar a eficiência da gestão.

Outro estudo mais recente estudou a influência de ferramentas de gestão estratégica e de *stakeholders* no desempenho de empresas de saúde do Distrito Federal. Foram identificadas a presença de ferramentas de gestão em cinco das seis organizações estudadas e a partir da análise, os autores defendem que estas ferramentas são determinantes do desempenho organizacional (VENDRUSCOLO;HOFFMANN;FREITAS, 2012).

Gaspar (2009) analisa os instrumentos de gestão de um serviço de saúde, discutindo se a medição e avaliação da *performance* organizacional são suficientes e adequadas aos fins a que se destinam. Para isso, elaborou-se um *Balanced Scorecard* adaptado ao serviço de saúde juntamente com um mapa de objetivos estratégicos e um mapa de indicadores-chave de desempenho. Segundo o autor, esse instrumento de gestão estratégica é capaz de potencializar a eficiência e eficácia do serviço e de introduzir uma nova cultura na gestão, essencial para as necessidades de gestão.

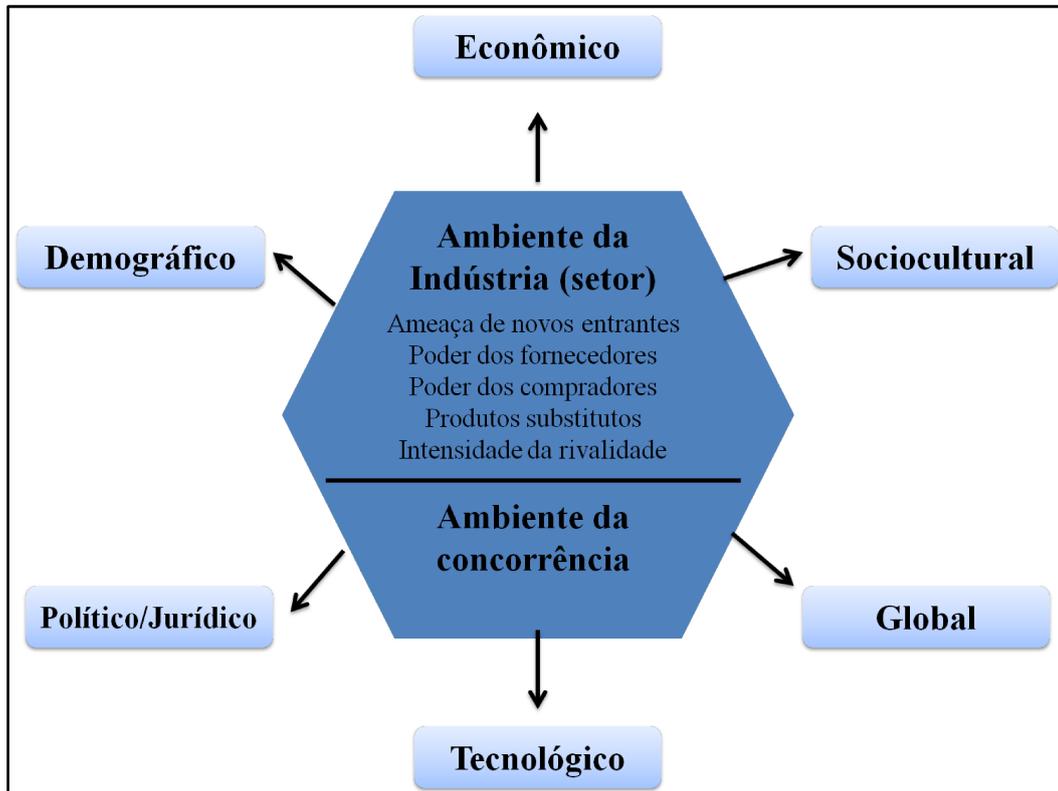
Barbieri e Hortale (2005) apresentaram um modelo teórico capaz de conhecer o desempenho gerencial nos diversos níveis administrativos de uma secretaria de saúde, verificando a necessidade de se modernizar a administração pública, com ênfase na eficácia e eficiência das organizações como um todo. Os resultados indicaram que dentre as características presentes nessa organização estão a liderança carismática e administração centralizadora.

Destarte, a importância que se dá ao processo de gestão estratégica para explicar o que as empresas devem fazer para obter competitividade e alcançar o patamar de desempenho organizacional desejado, sobretudo em organizações de saúde, torna pertinente a escolha desse construto como uma das categorias de análise para este trabalho.

2.3.4 Ambiente

Hitt; Ireland e Hoskisson (2007) afirmam que o ambiente externo de uma empresa se divide em três principais áreas: os ambientes geral, da indústria e dos concorrentes. O ambiente geral é formado por seis segmentos ambientais (demográfico, econômico, político/jurídico, sociocultura, tecnológico e global) que influenciam a indústria e as empresas que o compõe. O ambiente da indústria, segundo esses mesmos autores (p. 36) é definido como “um conjunto de fatores que influencia diretamente uma empresa e as suas medidas e reações competitivas: a ameaça de novos entrantes, o poder dos fornecedores, a ameaça de produtos substitutos e a intensidade da rivalidade entre os concorrentes”. Por fim, a análise da concorrência diz respeito à previsão da dinâmica das ações, reações e intenções dos concorrentes. A Figura 7 ilustra a divisão apresentada.

Figura 7 - O ambiente externo



Fonte: HITT; IRELAND; HOSKISSON (2007, p.35)

O ambiente da indústria identificado por esses autores parece ir ao encontro da lógica do modelo de Organização Industrial desenvolvido por Porter (1981), que pressupõe que as empresas conseguem obter retornos acima da média quando implantam estratégias determinadas pelas características da indústria (setor) geral e pelo ambiente competitivo. Indústria diz respeito a um grupo de empresas que produzem mercadorias ou serviços e competem entre si. Assim, desde já torna-se claro para este trabalho que indústria deve ser entendida como o mercado de planos de saúde no qual as OPS fazem parte.

O ideal para a análise, conforme preconizam Hitt, Ireland e Hoskisson (2007), é que se integre os *insights* oferecidos pelas análises do ambiente geral, da indústria e da concorrência, pois esses resultados combinados influenciam a visão, missão e ação estratégicas da empresa. No entanto, para atender o objetivo desta parte do trabalho, optou-se pelo recorte de análise da indústria competitiva alinhado à visão de Michael Porter e em seguida, tecer um panorama do setor de saúde suplementar brasileiro, com base na literatura e ênfase na regulação da Agência Nacional de Saúde.

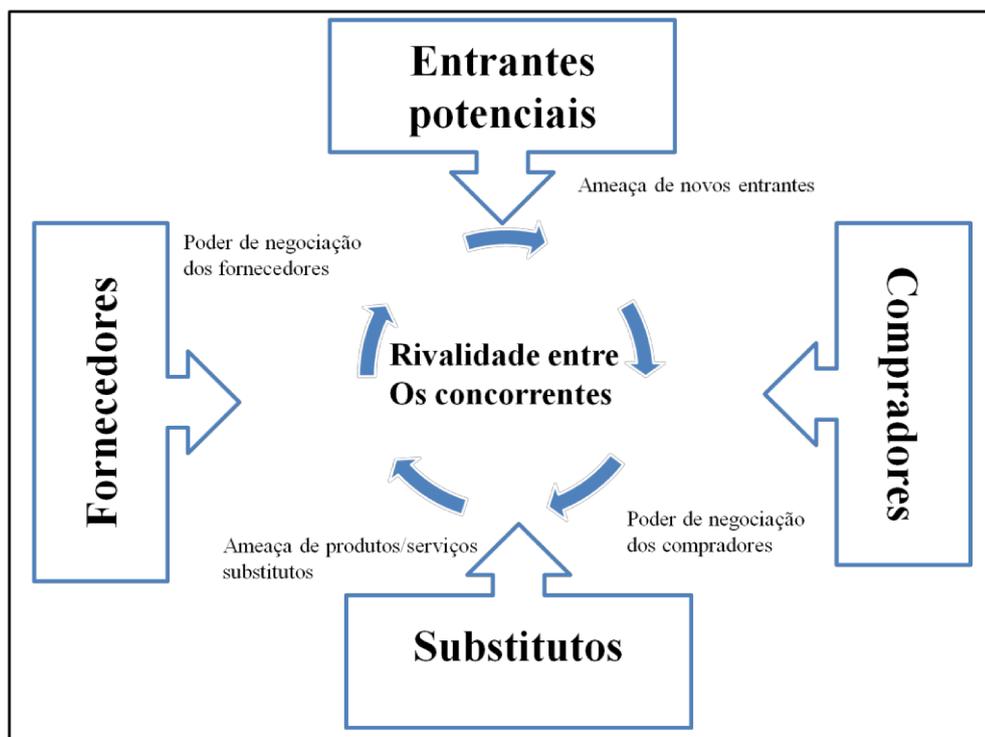
2.3.4.1 Ambiente da Indústria

Vasconcelos e Cyrino (2000) explicam que a partir da análise objetiva do ambiente é que a firma será capaz de identificar o seu posicionamento mais favorável, pois uma vez que a estratégia escolhida for a correta, a firma poderá então adaptar-se à estrutura da indústria.

As cinco forças competitivas formadas pelos rivais existentes, consumidores, fornecedores, entrantes potenciais e produtos/serviços substitutos são capazes de definir a estrutura industrial e de formar a natureza da interação competitiva dentro dela. Compreender essas forças e suas causas traz à tona a origem da lucratividade da indústria e ao mesmo tempo gera um quadro para antecipar e influenciar a competição ao longo do tempo (PORTER, 2008).

Para a adoção de uma posição estratégica eficiente, deve existir a preocupação tanto a respeito da estrutura industrial quanto com a própria posição da empresa (PORTER, 2008). Por isso, a configuração dessas forças é apresentada a seguir baseando-se na Figura 8.

Figura 8 - As cinco forças do modelo de concorrência de Porter



Fonte: Porter (2008)

Cada uma dessas forças é influenciada por uma gama de características técnicas e econômicas que irão determinar a sua força (PORTER, 2008). Nessas circunstâncias, será feita a análise de cada um desses condutores a partir da perspectiva de uma empresa já existente dentro de uma indústria baseados na publicação.

a) Ameaça de novos entrantes

Os novos entrantes trazem consigo novas capacidades e o desejo de ganhar fatias do mercado. Isso gera uma pressão em cima dos preços, custos e níveis de investimento necessários à competição. Assim, essa ameaça impõe um limite no potencial de lucratividade de determinada indústria. Quando a ameaça é alta, a empresa deve manter os preços baixos ou aumentar os investimentos para afastar os novos competidores (PORTER, 2008).

Segundo o autor, essa ameaça depende das barreiras à entrada que estão presentes e na retaliação (dos que já estão no mercado) esperada pelos novos entrantes. Quando a barreira à entrada é baixa e ao mesmo tempo a expectativa de retaliação for baixa, a ameaça à entrada (e não a entrada efetiva) será alta e o lucro do setor moderado.

As barreiras à entrada são definidas por Porter (2008) como vantagens que uma firma possui em relação aos novos entrantes advindas de sete fontes: (1) economias de escala, (2) benefícios de escala, (3) custos de transferências dos clientes, (4) requisitos de capital, (5) vantagens de custo independentemente de escala, (6) acesso desigual aos canais de distribuição, (7) políticas governamentais restritivas. O autor explica cada uma delas, da seguinte maneira:

- a. A economia de escala, do lado da oferta, consiste em produzir em grandes volumes e com isso reduzir os custos por unidade. Esse fenômeno impede a entrada daqueles que pretendem ingressar na indústria porque se optarem por entrar, terão que produzir também em larga escala ou aceitarem as desvantagens em relação ao custos.
- b. Já do lado da demanda, tem-se os benefícios de escala, também chamados de efeitos de rede, que surgem quando a vontade de um comprador pagar pelo produto de uma firma aumenta juntamente com o número de outros compradores que financiam a empresa. Isto é, os compradores podem valorizar fazer parte de uma rede com um número maior de clientes. Assim, os benefícios obtidos pelo lado da procura desencorajam a entrada ao limitar a disposição dos clientes em comprar de um recém-chegado e pela redução do preço que ele deve estabelecer até formar a sua base de clientes.
- c. Custos de transferências dos clientes são os custos fixos que os compradores enfrentam quando trocam o fornecedor. Essa mudança gera custos porque, quando se muda o fornecedor, deve-se alternar as especificações dos produtos, treinar funcionários a usá-los ou modificar processos ou sistemas de informações.

- d. Os requisitos de capital dizem respeito à necessidade de se investir em grandes recursos financeiros, capazes de deter os novos entrantes. Esse capital pode ser necessário não apenas para as instalações físicas, mas também para estender créditos aos clientes, construir estoques e financiar um fundo de perdas.
- e. Em relação às vantagens de custo independentemente de escala, pode-se dizer que não importa o tamanho, mas as empresas que já estão no mercado podem possuir custos ou vantagens qualitativas incapazes de serem avaliadas pelos concorrentes potenciais. Essas vantagens provêm de fontes como tecnologia própria, acesso preferencial a melhores recursos, identidade da marca já estabelecida dentre outras.
- f. O acesso desigual aos canais de distribuição produzem uma barreira tão alta que os novos operadores devem ignorá-los por completo ou criarem os seus próprios.
- g. Por fim, e talvez com grande peso para o setor em estudo, tem-se a política governamental que pode dificultar ou ajudar diretamente uma nova entrada bem como aumentar (ou anular) os outros obstáculos à entrada.

b) Poder de barganha dos fornecedores

Fornecedores que possuem força no mercado são capazes de capturar valor ao elevar os preços, limitar qualidade ou serviços, ou repassando os custos. Eles são capazes de achatar a lucratividade de um setor, que se torna incapaz de repassar o aumento de custos nos preços praticados. Como exemplo de condições que tornam um grupo de fornecedores forte tem-se quando os fornecedores são poucos, e não dependem exclusivamente da indústria para gerar receitas, se os custos de troca de fornecedores são levados em conta, dentre outras (PORTER, 2008).

c) Poder de barganha dos compradores

Do outro lado da relação de troca, tem-se o poder dos clientes em capturar mais valor ao forçarem os preços pra baixo ao mesmo tempo que geram um aumento de custo dos fornecedores, uma vez que exigem melhor qualidade ou mais serviços, jogando os participantes da indústria uns contra os outros. Nesse caso, também podem haver grupos distintos, porém de clientes com poder de negociação, quando há poucos compradores ou demandam grande quantidade, se os produtos da indústria são padronizados ou indiferentes, dentre outros casos (PORTER, 2008).

d) Ameaça dos substitutos

Um substituto age da mesma maneira (ou similar) que um produto da indústria por diferentes meios. A ameaça de substituição estará sempre presente, porém são facilmente ignorados porque os substitutos podem parecer ser muito diferente dos produtos da indústria. Mas quando a ameaça é elevada, a lucratividade da indústria é limitada, pois os preços passam a enfrentar um teto. Assim, o setor precisa utilizar meios (como melhorar o produto e o marketing) para que isso não afete os ganhos e os potenciais de crescimento (PORTER, 2008).

e) Rivalidade entre os concorrentes

Segundo Porter (2008), a rivalidade entre os concorrentes existentes assume várias formas conhecidas como o desconto de preços, introdução de novos produtos, campanhas de publicidade e melhorias no serviço. O grau de rivalidade, que empurra o potencial lucrativo de uma indústria para baixo, depende da intensidade de concorrência entre as empresas e da base em que eles competem. Se os competidores forem numerosos, o crescimento da indústria for lento, existirem barreiras à saída, as metas de liderança dos rivais forem elevadas, então a intensidade da rivalidade será bastante alta.

As forças competitivas, manifestadas nas cinco forças diferenciadas acima, são capazes de determinar a lucratividade de determinada indústria. Assim sendo, defender-se dessas forças e moldá-las à favor da organização é crucial para a formulação da estratégia organizacional. Ao mesmo tempo, pensar de forma correta a estrutura da indústria pode trazer oportunidades que se tornam estratégias distintas, produzindo desempenho superior (PORTER, 2008).

2.3.4.2 O mercado de Saúde Suplementar e o Papel da Agência Reguladora

A principal característica do mercado de saúde suplementar é a natureza contratual entre a oferta e a demanda em função da renda das famílias e da inserção no mercado de trabalho (NITÃO, 2004). O mercado de planos de saúde se diferencia das demais atividades econômicas por apresentar características ímpares, listadas como demanda inelástica, a oferta orienta a procura e a presença de externalidades em detrimento de mecanismos de mercado. Outros atributos advêm do fato de pertencerem ao setor de serviços e assim são identificadas como: sensibilidade à taxa de juros, à rigidez dos fatores de produção, à incorporação de tecnologia e ao câmbio. Essas peculiaridades tem como resposta um traço marcante deste

setor brasileiro: custos crescentes que permitem uma variação do nível de preços da saúde e dos planos acima da média da inflação econômica (OCKÉ-REIS, 2007).

Outras características peculiares do setor são identificadas por Salvatori e Ventura (2012). Os autores chamam a atenção para a seleção adversa, o risco moral, assimetria de informações entre os agentes econômicos e as externalidades negativas, abarcando tudo isso no que a literatura chama de falhas de mercado. A seleção adversa corresponde à situação em que uma operadora de planos de saúde escolhe um indivíduo com problema de saúde, sem ter conhecimento prévio desta condição. O risco moral é tratado como a situação em que o beneficiário do plano extrapola a utilização do serviço sem uma justificativa pertinente. A assimetria de informação diz respeito ao fato de que as operadoras possuem mais informações a respeito das garantias contratuais do plano de saúde que comercializa do que o beneficiário que está adquirindo o mesmo. Por fim, as externalidades referem-se ao impacto de uma decisão sobre aqueles que não participaram dela, a exemplo do reajuste de um plano individual por parte de determinação da ANS que impactaria negativamente sobre os consumidores, aumentando os custos.

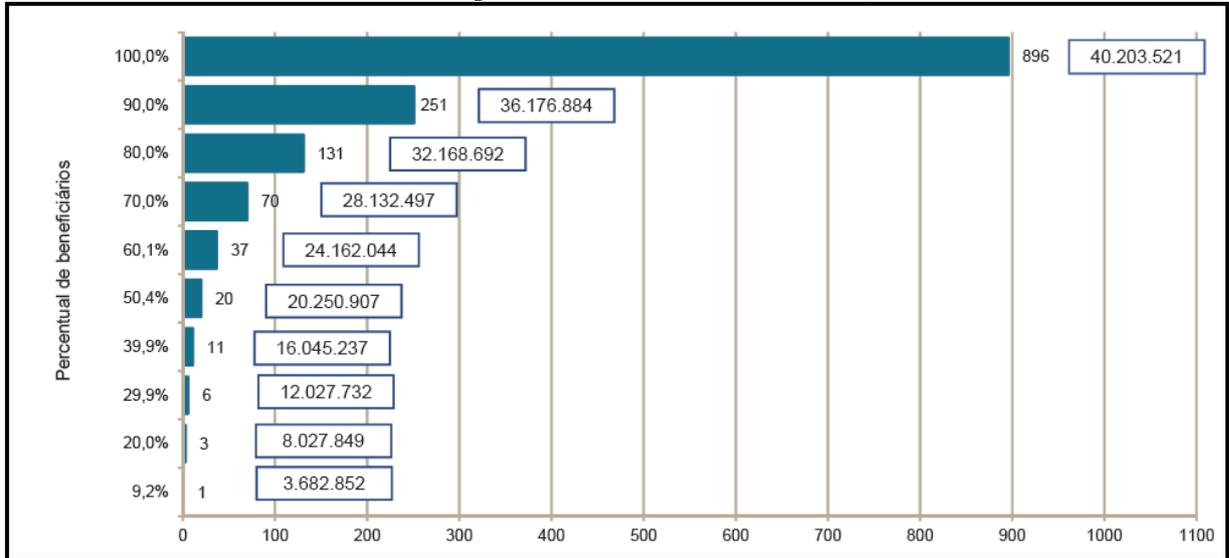
O padrão de competição, do ponto de vista da estrutura do mercado, é concentrado e diferenciado, isto é, a predominância de um perfil oligopolista que segundo Ocké-Reis (2007, p.2) “fomenta um processo sistemático de barganha em direção ao aumento do preço dos prêmios”. Além disso, o próprio Estado favorece as condições de rentabilidade dos planos por meio de subsídios fiscais no pagamento do Imposto de Renda. Outros autores como Veloso e Malik (2010) concordam que os estudos das OPS apontam para uma tendência de concentração, já que o acréscimo de receita é explicado pelo crescimento orgânico ou por fusões e aquisições entre as empresas e que este mercado está cada vez mais competitivo, com baixo crescimento e diminuição do número de empresas do setor.

Em relação à concentração, o Caderno de Informação da Saúde Suplementar traz dados (conforme a

Figura 9) que revelam que, do total de 50,9 milhões de beneficiários de assistência médica no ano de 2014, 10,2 milhões de beneficiários fazem parte dos planos individuais enquanto que o restante são beneficiários de planos de contratação coletivos. Dos planos individuais, que são minoria, tem-se que 20,9% das operadoras detêm 80% dos beneficiários. Essa concentração do setor fica ainda mais evidente quando se analisa a ótica dos planos coletivos (a maioria, com 33,5 milhões de clientes), nicho este que 14,6% das operadoras detêm os 80% dos beneficiários. Se aumentarmos ainda mais o número de operadoras

analisadas, nota-se a proporção de que 28% das operadoras possuem em sua carteira 90% dos benefícios (ANS, 2014).

Figura 9 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de assistência médica coletivos entre as operadoras (Brasil- Junho/2014)



Fonte: ANS (2014).

O grau de concentração de um mercado traduz o seu nível de competitividade, pois reflete o poder de mercado e o *market share* das empresas (SALVATORI; VENTURA, 2012). Assim, de um lado percebe-se a existência de oligopólios, que priorizam uma atuação voltada aos planos empresariais e do outro uma lógica (semi) concorrencial formada a partir de operadoras pulverizadas, com quantidades menores de usuários e instaladas em cidades pequenas (OCKÉ-REIS, 2007).

No tocante à diferenciação, o autor chama a atenção às peculiaridades análogas à dinâmica industrial que estão arraigadas nos mercados de plano de saúde. É admitido por ele que o movimento de concentração gera barreiras à entrada originadas pelas economias de escala de diferenciação, ou seja, as grandes operadoras são capazes de impor e vender sua marca aos consumidores e de gerarem contratos rentáveis com os prestadores médicos-hospitalares. Assim, pode-se dizer que a diferenciação do produto e inovação de substitutos próximos entre si (lógica da diferenciação) são as principais formas de concorrência nesse mercado, uma vez que ele é considerado pouco competitivo em relação aos preços (liderança em custos).

Outros elementos que se destacam na análise da realidade brasileira são a existência das pressões externas de toda natureza, das novas regulações governamentais, da influência de

grande número de grupo de interesses e os traços particulares da cultura e administração pública no país, que devem ser levado em conta para a melhor compreensão do contexto (AZEVEDO, 2002). Todas essas características parecem ir ao encontro da afirmação de Azevedo (2002) de que o sistema de saúde é tido como um dos sistemas mais complexos da sociedade contemporânea.

2.3.4.3 O papel da Agência Reguladora

A partir do seu modelo das cinco forças, Porter (2008) afirma que o governo não seria melhor entendido como uma sexta, pois não há uma conclusão a respeito do seu envolvimento na lucratividade de uma indústria. Assim, a melhor maneira de entender a influência do governo sobre a concorrência é analisar como as políticas governamentais afetam as cinco forças competitivas.

Castro (2002) discute o grau de intervenção do Estado no setor também a partir da intensidade das falhas de mercado, justificado pelas condições de competição imperfeitas. A ausência do Estado, isto é, as condições perfeitas de mercado são apontadas com base na situação em que há racionalidade (o consumo pode ser planejado racionalmente pelo consumidor) e perfeito conhecimento do mercado por parte do consumidor (maximização da utilidade na escolha), consumidores agindo livremente em seu benefício, inexistência de externalidades (que afetam o indivíduo de forma positiva ou negativa), numerosos e pequenos produtores sem poder de influenciar o mercado (competição com base nos preços). No caso da saúde, nenhuma das condições de concorrência perfeita está presente, evidenciando a importância de uma agência reguladora.

Assumindo a pertinência e obrigação da intervenção do Estado no setor Saúde, Barbosa (1996) já preconizava que os contratos de gestão deveriam ser aplicados às organizações hospitalares, pois são práticas viáveis de instrumento de controle em todos os níveis de gestão. Esse modo de organização da administração pública, segundo ele, altera significativamente os mecanismos que dificultam a melhor *performance* das organizações públicas em diversos setores, inclusive nos hospitais.

A ANS, assim como as demais agências, foi instituída para combater essas falhas de mercado já evidenciadas, como a seleção adversa, o risco moral, a assimetria de informações entre os agentes econômicos e as externalidades negativas e assim garantir a competitividade do setor de saúde (CASTRO, 2002; SALVATORI; VENTURA, 2012). No início de 2011,

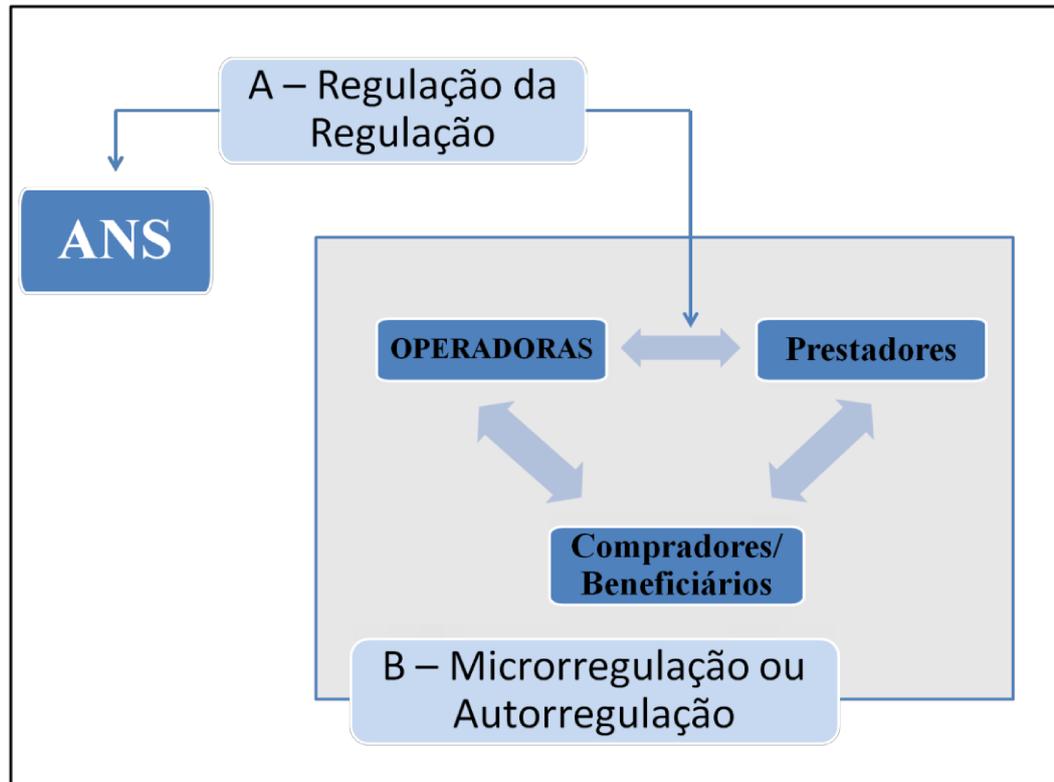
cerca de 260 resoluções normativas e mais de 47 instruções de serviço já haviam sido publicadas pela ANS. Isso significa um excesso de regulamentação, já que é por meio desses atos normativos que a agência regula o sistema de saúde suplementar (SALVATORI; VENTURA, 2012).

No Brasil, o modelo de regulação do sistema de saúde suplementar desenvolveu-se de forma diferente da experiência internacional, pois, aqui, ao invés de atuar sobre as empresas do setor, optou-se por regular fortemente o produto oferecido. Essa regulação pode tomar formas além das já citadas, como a definição de parâmetros mínimos e de excelência e formas de incentivo financeiro (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008) . Além disso, as políticas e diretrizes formuladas para o setor tem como fundamento a mediação de conflitos entre os atores componentes do mercado de saúde no caso de interesses divergentes e também a fiscalização e punição de administradores quando algumas das regras são quebradas (SALVATORI; VENTURA, 2012).

Pode-se afirmar, conforme a Figura 10, que existem duas dimensões da regulação: a primeira, chamada de “A (regulação da regulação)”, é formada pela legislação e regulamentação já produzidas pelos entes governamentais⁴ enquanto que a dimensão “B (microrregulação ou autorregulação) refere-se àquelas estabelecidas entre operadoras, prestadores e beneficiários, sem uma clara intermediação do Estado (regras próprias) e constitui-se o mercado de seguro privado de saúde, propriamente dito (CECILIO et al.,2005). Nota-se que a ANS atua nos dois campos, estabelecendo regras para a setor como um todo e intervindo no território de encontro entre operadoras, prestadores e usuários.

⁴ Refere-se ao que foi produzido pelos poderes Legislativo e Executivo federais, pela ANS, pelo CONSU e outros, por meio de medidas provisórias, portarias, resoluções normativas (RN), resoluções operacionais (RO), resoluções da Diretoria Colegiada da ANS (RDC), instruções normativas (IN), entre outras.

Figura 10 - A regulação da ANS



Fonte: Cecilio et al. (2005).

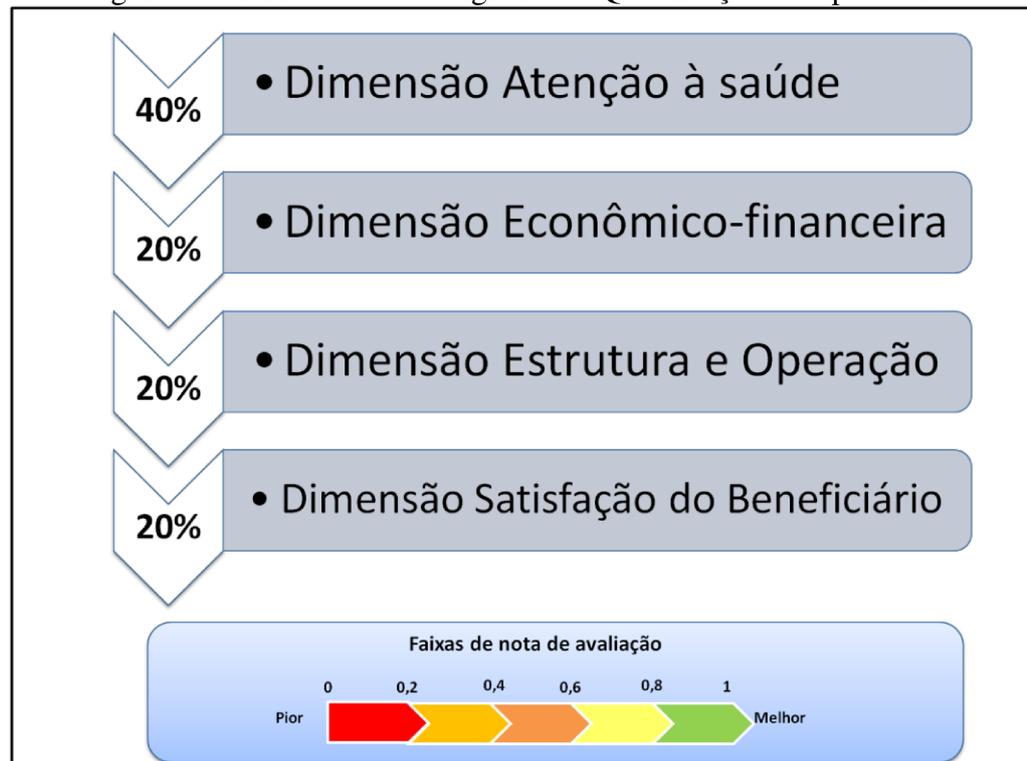
A estruturação do setor de saúde suplementar pode ser vista como um desdobramento de relações estabelecidas entre o Estado e o setor privado a partir de políticas de saúde, cujo relacionamento foi se ampliando e consolidando com forte financiamento público (CECILIO et al., 2005). Pietrobon, Prado e Caetano (2008) também sublinham essa extensa participação pública no financiamento do sistema a partir de subsídios, apesar do sistema ser privado e suplementar. É dito suplementar porque há a opção de pagamento de um seguro privado para se ter acesso à assistência médica, apesar do direito constitucional de acesso ao serviço público.

Salvatori e Ventura (2012) assim como Leal (2014) dedicam os seus trabalhos à apresentação dos principais resultados atingidos pela regulação dos planos de saúde, exercida pela Agência nacional de Saúde Suplementar. A imposição de barreiras a novas operadoras teve como resultado a permanência e entrada de empresas mais sólidas (economicamente fortes) e aquelas que não se adequaram às novas diretrizes, saíram do mercado. As que se adequaram, se viram obrigadas a ampliar a cobertura, passando a atender e cobrir um rol de doenças e procedimentos que beneficiaram os seus clientes, de maneira geral (SALVATORI;

VENTURA, 2012). O autor mais contemporâneo analisou a trajetória da regulação a partir da ótica econômica (lado da oferta), destacando a diminuição dos riscos das carteiras, aumento das receitas financeiras e o aumento da taxa de sinistralidade (LEAL, 2014).

Essa mudança de paradigma imposta pela ANS veio acompanhada da idealização de inúmeras outras medidas. Desde a sua criação, a agência nacional vem empreendendo esforços para captar informações a respeito dos usuários, da prestação da assistência e do funcionamento administrativo-financeiro do setor (PORTELA et al., 2008). Esse novo formato de regulação assistencial exigiu que a ANS elaborasse ferramentas que permitisse avaliar os resultados e a qualidade da assistência prestada (SANTOS, MALTA e MERHY, 2007). Nesse contexto, em 2004, a agência desenvolveu um sistema de avaliação das operadoras através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) a partir da análise de quatro dimensões, sendo que cada uma possui um peso diferente na formatação do IDSS, como mostra a Figura 11.

Figura 11 - Dimensões do Programa de Qualificação de Operadoras



Fonte: ANS (2010).

O eixo avaliativo adotado no projeto da ANS avalia o desempenho das operadoras e agrupa os indicadores em eixos temáticos (Atenção à saúde, econômico-financeiro, estrutura e operação e satisfação dos beneficiários). A partir desse programa criado, a ANS pode, anualmente, avaliar a qualidade das operadoras de planos privados de saúde a partir da

mensuração do desempenho no cuidado à saúde daqueles que contratam o plano, por meio da primeira dimensão apresentada; a partir do Índice de Desempenho Econômico-Financeiro, avaliar a eficiente e equilibrada gestão da receita e despesa dos recursos financeiros; medir a efetiva operação dos meios e estruturas necessárias à prestação dos serviços de saúde através da estrutura e operação; e por fim e não menos importante, entender a aceitação e aprovação dos serviços prestados por parte daqueles que contratam planos de saúde ao medir o grau de satisfação dos beneficiários (ANS, 2010).

Para Ocké-Reis (2006), essa iniciativa foi inovadora, pois buscou o equilíbrio atuarial dos planos e a melhoria da qualidade, levando em consideração todos aqueles envolvidos no funcionamento do setor. Espera-se que isso tenha impacto sobre o sistema privado, tornando-o favorável a criação de operadoras-modelo (*benchmarks*, por características gerais ou comportamento de mercado) projetadas para a redução das práticas oligopolistas e o torne mais eficiente. Assim, as medidas e ações desse programa protegeriam os preceitos normativos da ANS em relação à defesa do consumidor, da concorrência regulada e do interesse público, conclui o autor.

Isto posto, o foco que se deu na qualidade prestada ao beneficiário a partir do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (PQSS) deu origem a trabalhos como o de Escrivão Junior e Koyama (2007), que discutiram as implicações desse modelo no relacionamento entre operadoras de saúde e hospitais, reconhecendo a importância da definição de protocolos de metas assistências como guia do desempenho e que enquanto isso não ocorrer, os critérios continuarão sendo tipicamente econômico-financeiros.

Dito por Salvatori e Ventura (2012, p. 481), “o segmento econômico-financeiro é parte primária e fundamental para a existência saudável de uma empresa que objetiva operar no mercado de planos de saúde e, por esse motivo, deve ser monitorado com certa prioridade”. A partir desse pressuposto, Baldassare (2014) desenvolve a sua dissertação abordando o tema do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde das modalidades autogestão, cooperativa médica, medicina de grupo e seguradora e buscou investigar fatores associados ao desempenho.

A pesquisa quantitativa avaliou o desempenho econômico-financeiro das empresas, no período compreendido entre 2001 e 2012, a partir de cinco indicadores: Retorno sobre ativos (ROA), Retorno operacional sobre ativos (OROA), Retorno sobre o patrimônio líquido (ROE), Liquidez corrente e Sinistralidade. Como resultado, identificaram-se nove operadoras que apresentaram desempenho superior em mais de uma medida, sendo o perfil mais

frequente pertencer à modalidade Medicina de Grupo (sete delas), ter porte pequeno (até 20 mil beneficiários) e estarem localizadas na região Sudeste (seis operadoras).

Como indicação para trabalhos futuros, o autor sugere que se façam estudos qualitativos para identificação dos principais fatores que explicam o desempenho superior. Assim, acatando essa indicação e alicerçado em todo o arcabouço teórico até aqui apresentado, a próxima sessão tratará da discriminação dos procedimentos metodológicos a serem utilizados neste estudo.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, descrevem-se os procedimentos metodológicos concernentes à condução deste trabalho. Na primeira parte, é identificada a abordagem de investigação adotada – estudo qualitativo e a estratégia metodológica de investigação utilizado – estudo de caso, sendo identificadas as vantagens e limitações.

Na segunda parte, é feita uma explanação sobre a escolha do caso e analisa-se a dimensão da Unimed no Brasil, a partir do aspecto histórico e características organizacionais para que se torne factível entender o posicionamento da OPX dentro deste contexto, detalhado no capítulo posterior.

Vale lembrar que o termo OPX refere-se à operadora utilizada como unidade de análise para a realização deste estudo de caso. Por motivos de manutenção do sigilo e confiabilidade da organização e dos participantes da pesquisa, optou-se pela criação de um codinome para a cooperativa estudada, assim como para a cidade a qual ela pertence, chamada aqui de **cidadela**.

Por fim, descreve-se o modo como este método foi aplicado na operadora, sendo destacada a forma como se procurou dar validade e confiabilidade na investigação.

3.1. Classificação da Pesquisa

Lakatos (2000, p.46) diz que “o método é o conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros - traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista”.

No que diz respeito à finalidade, esta pesquisa se caracteriza como sendo aplicada, pois está voltada para fins práticos (ANDRADE, 2001) e científicos.

Quanto ao gênero da pesquisa, na visão de Andrade (2001, p.18), este estudo é classificado como uma “pesquisa empírica, dedicada a codificar a face mensurável da realidade social”.

Em se falando de procedimentos, este estudo contou com o deslocamento do pesquisador de forma direta, no local da ocorrência dos fatos e por isso recebe a classificação de pesquisa de campo (ANDRADE, 2001).

Quanto à abordagem, as pesquisas podem ser quantitativas ou qualitativas. Este trabalho assume a forma de pesquisa qualitativa, e por isso possui algumas características peculiares a esse método de pesquisa, evidenciadas no trabalho de Creswell (2007). Duas merecem destaque:

A pesquisa qualitativa ocorre em um cenário natural. O cenário é o setor de saúde suplementar brasileiro. Por sua vez, o local escolhido para esta pesquisa é uma operadora de plano de saúde localizada no município de cidadela, interior de São Paulo. A presença do pesquisador no local citado se faz necessária na condução do trabalho para aumentar o nível de detalhe e envolvimento nas experiências reais dos participantes.

A pesquisa qualitativa é fundamentalmente interpretativa. Vale notar que os dados coletados, principalmente aqueles durante as entrevistas, foram filtrados por meio de uma lente pessoal do pesquisador, isto é, não se pode evitar as interpretações pessoais pois o “eu pessoal” é inseparável do “eu pesquisador”. Por isso, é reconhecido que existem vieses com base nas experiências, valores e interesses do pesquisador, sem deixar de lado, no entanto, o rigor e qualidade técnica e metodológica do desenvolvimento dessa dissertação.

A pesquisa está voltada para a área administrativa, porém, considerando que o ambiente de trabalho é a OPS e que envolverá pesquisas com pessoas, reconheceu-se a necessidade da submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFU (CEP/UFU) no intuito de proteger os direitos dos participantes humanos.

Quanto aos objetivos, o presente estudo classifica-se como descritivo. Esse tipo de estudo tem como foco descrever os fatos e fenômenos encontrados em uma determinada realidade (TRIVIÑOS, 1995), sem que o pesquisador interfira sobre os fatos e podendo também aproximar-se da exploratória (ANDRADE, 2001). Além disso, Triviños (1995) ainda diz que alguns estudos descritivos assumem a forma de “estudos de casos” e assim sendo, os resultados serão válidos apenas para o caso a ser estudado, não podendo ser generalizados.

Apesar dessa característica inerente ao tipo de pesquisa, o próprio Triviños (1995, p.111) assume que o estudo de caso tem como grande valor “fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada que os resultados atingidos podem permitir e

formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas”. E por isso a próxima sessão dará tratamento ao tema de maneira mais detalhada.

3.2. Método de Pesquisa: o Estudo de caso

O presente tópico apresenta a metodologia de pesquisa identificada como a mais apropriada para a análise de como determinados fatores levaram a operadora de plano de saúde suplementar escolhida a conseguir criar melhor desempenho em relação às demais: o estudo de caso.

Os estudos de caso, de acordo com Godoy (2006), têm berço na denominada Escola de Chicago e têm sido amplamente utilizado, na literatura nacional, nos Estudos Organizacionais “especialmente quando se quer compreender processos de inovação e mudanças organizacionais a partir da complexa interação entre as forças internas e o ambiente externo” (HARTLEY, 1995 *apud* GODOY, 2006, p. 121). Em seu trabalho, esta autora enfatiza o estudo de caso qualitativo, com orientação interpretativista cujas raízes estão na antropologia e sociologia, sem, no entanto, descartar as contribuições de autores como Yin (2001) e Eisenhardt (1989), considerados por ela, autores de perspectiva positivista de pesquisa para a modalidade estudo de caso.

Assim, de acordo com a definição técnica proposta por Yin (2010, p. 39), em relação ao escopo, “o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes”.

Godoy (2006) ainda diz que a especificidade do estudo de caso não está centrada nas formas de pesquisas empregadas, mas sim no tipo de questão que ela responde. E essa perspectiva parece ser uma influência de Yin (2010) que já dizia que esta estratégia metodológica é apropriada para responder questões do tipo “como” ou “por que” e de Stake (2000) que diz que o estudo de caso não é uma escolha metodológica, mas uma escolha do que será estudado”. Assim, este trabalho procurou responder: **como o corpo de gestores da OPS compreende que a cooperativa médica conseguiu construir um desempenho organizacional superior?**

Como forma de pesquisa, o estudo de caso é definido pelo interesse que se tem nos casos individuais e não pelo método de investigação usado. Assim, muitos autores enfatizam

o nome estudo de caso pela atenção que ele provoca ao que pode ser aprendido a partir do caso singular (STAKE, 2000). Em outras palavras, Godoi (2006, p. 119) concorda com essa afirmação, dizendo que "a especificidade do estudo de caso não estava centrada nas formas de pesquisa empregadas, embora isso seja importante para caracterizá-lo, mas no tipo de questão que ele responde, cujo foco de interesse está no individual, no específico".

Assim, a escolha de um determinado caso diz respeito à seleção de uma pessoa, um programa, uma instituição, uma empresa ou um determinado grupo de pessoas que compartilham o mesmo ambiente e experiência e que serão objeto de estudo. O estudo procura responder a questões sobre processos – “por que” ou “como” as coisas acontecem – e interações sociais que se desenvolvem nas organizações, situando-os no contexto histórico no qual estão imersos (GODOI, 2006).

Outra característica deste método é a falta de controle do pesquisador sobre o fenômeno para fins de análise, que geralmente é algo contemporâneo. Este é um tipo de investigação empírica cujos limites de contexto e fenômeno estão claramente definidos. A pesquisa do estudo de caso inclui tanto um estudo único quanto de casos múltiplos, não se distinguindo, portanto, como duas abordagens diferentes (YIN, 2010). Creswell (2007) reconhece a abordagem como uma variedade de opções dentro da pesquisa qualitativa, porém, contrapondo a este pensamento, Yin (2010) afirma que esse método de pesquisa pode usar tanto a evidência quantitativa e também a qualitativa, de maneira mista. Seguindo esta perspectiva, Maffezzoli e Boehs (2008) afirmam que evidências quantitativas em estudo de caso podem esclarecer relações que seriam difíceis com a simples observação de comportamentos.

De acordo com Godoy (2006), o interesse do pesquisador que escolhe o estudo de caso qualitativo está nos *insights*, nas descobertas e na interpretação ao invés da verificação de hipóteses como ocorre em pesquisas quantitativas. Assim, os pesquisadores utilizam esse método de abordagem no anseio de compreender uma situação em profundidade, enfatizando o seu significado para os envolvidos na pesquisa.

A autora evidencia outra classificação do estudo de caso, a respeito da natureza dos objetivos do trabalho. Assim, dentre os três tipos propostos - descritivo, interpretativo e avaliativo – este trabalho é considerado como um estudo de caso **descritivo**, classificação esta que de acordo com Godoi (2006, p. 124) apresenta “um relato detalhado de um fenômeno social que envolva, por exemplo, a configuração, estrutura, atividades, mudanças no tempo e relacionamento com outros fenômenos. Ele procura ilustrar a complexidade e aspectos

envolvidos em dada situação, o desempenho organizacional superior da OPS, e forma também uma base de dados para futuros trabalhos comparativos e de formulação teórica.

Esta modalidade de pesquisa é ideal quando se deseja capturar e entender a dinâmica da vida da organização “tanto no que diz respeito às atividades e ações formalmente estabelecidas quanto àquelas que são informais, secretas ou mesmo ilícitas” (GODOI, 2006, p. 127). Assim, de maneira resumida, esta dissertação se propõe a realizar um estudo de caso qualitativo, descrevendo as influências de fatores organizacionais e ambientais que contribuíram para o desempenho organizacional superior de uma operadora de planos de saúde que opera na modalidade cooperativa médica.

3.2.1. A escolha do caso

Uma preocupação trazida por Yin (2010) está no cuidado no processo de triagem de candidatos a serem objeto de um estudo de caso. O caso aqui estudado faz parte de um projeto amplo, submetido e aprovado pelo CNPq, por meio do processo 477247/2013-0. Composto por duas fases, a primeira buscou identificar operadoras com desempenhos organizacionais superiores entre 2001 e 2012. Assim, a partir de pesquisa quantitativa conduzida por Baldassare (2014) avaliou-se o desempenho econômico-financeiro das empresas a partir de cinco indicadores: Retorno sobre ativos (ROA), Retorno operacional sobre ativos (OROA), Retorno sobre o patrimônio líquido (ROE), Liquidez corrente e Sinistralidade.

De acordo com o Quadro 2, as operadoras que apresentaram melhor desempenho econômico-financeiro no resultado da pesquisa de Baldassare (2014) são de pequeno e médio porte, e em três modalidades distintas: medicina de grupo, cooperativa médica e autogestão. Vale ressaltar que o estudo não incluiu o segmento de operadoras que atuam com planos exclusivamente odontológicos, ou seja, as cooperativas odontológicas e as empresas de odontologia de grupo.

Quadro 2 - Operadoras melhores classificadas quanto ao desempenho

Código da Operadora	Modalidade	Porte	Localização	Indicadores
16	Medicina de Grupo	Pequeno	Região Sul	OROA e ROE
242	Medicina de Grupo	Médio	Região Nordeste	ROA e OROA
459	Medicina de Grupo	Pequeno	Região Sudeste	ROA e ROE
537	Medicina de Grupo	Pequeno	Região Sudeste	ROA e ROE
87	Cooperativa Médica	Pequeno	Região Sudeste	ROA e OROA
428	Medicina de Grupo	Pequeno	Região Sudeste	ROA e OROA
539	Medicina de Grupo	Pequeno	Região Sul	ROA, OROA e ROE
567	Autogestão	Pequeno	Região Sudeste	ROA e Liq. Corrente
601	Medicina de Grupo	Pequeno	Região Sudeste	ROA, OROA e ROE

Fonte: Baldassare (2014).

A partir dos resultados apresentados, a segunda fase do projeto compõe-se na escolha de uma ou duas operadoras para a realização de estudos de caso que busquem entender as causas desse desempenho superior apresentado. Assim, dentre as nove operadoras mais bem classificadas, foi escolhida uma delas para integrar esta dissertação. Além da importância já apresentada na justificativa deste trabalho, a determinação de qual seria o objeto de estudo de caso deu-se por ser a única de sua modalidade dentre as classificadas e pela localização geográfica da empresa. Assim sendo, a operadora de código 87, chamada de OPX, foi a escolhida. Trata-se de uma cooperativa médica que faz parte do Sistema Unimed, com atuação no interior de São Paulo. Levou-se em conta também o fato de que, antes do estudo de caso em profundidade, foi realizado um estudo de caso-piloto em outra operadora da mesma modalidade, com a finalidade de refinar o plano de coleta de dados em relação ao conteúdo e procedimentos que foram seguidos durante a realização desta dissertação (YIN, 2010).

Em se tratando de estudo de caso, é preciso, antes de iniciar o trabalho de campo, conhecer um pouco da história, da estrutura e do funcionamento da organização (GODOI, 2006). Por isso, as próximas linhas se dedicam a apresentar a história e características da maior cooperativa de trabalho médico no Brasil, do qual a OPX é parte integrante.

3.2.1.1. A Unimed

Atualmente, a assistência médica supletiva está integrada por quatro modalidades assistenciais distintas: administradora, cooperativa médica, cooperativa odontológica, autogestão, medicina de grupo, odontologia de grupo, filantropia (ANS, 2000). Cada uma apresenta racionalidades de estruturação, clientelas e formas de financiamentos. De acordo com o foco do presente estudo, as cooperativas médicas serão abordadas detalhadamente já que as Unimeds se encaixam nessa modalidade de operação.

Segundo a Aliança Cooperativa Internacional (ACI), vários tipos de cooperativas já desempenharam papéis importantes na melhoria da saúde e do bem-estar social em diversos países. Desde a década de 1990, elas já possuíam um considerável e inexplorado potencial para contribuir não só para o objetivo dos seus membros, mas também para objetivos internacionais em saúde e assistência social. Nesta lógica, a Unimed é qualificada por este organismo mundial como um marco do cooperativismo de trabalho médico e representa uma das mais bem-sucedidas experiências mundiais neste gênero (ACI, 2016).

As cooperativas médicas correspondem às sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde. De acordo com essa lei, as pessoas (no caso, os médicos) constituem a sociedade, voluntariamente, com o objetivo de prestação de serviços aos associados. Uma vez que não possuem vínculo empregatício, há divisão tanto de sobras quanto de perdas entre os cooperados ao final de cada exercício.

Segundo Duarte (2003) é importante vislumbrar a ideia da profissão como grupo de interesse a partir de dois pilares: o monopólio da competência e a autonomia profissional. Assim, por um lado, o nascimento da Unimed representou para a categoria médica a promessa de renovação do exercício da medicina liberal por aqueles que escolhem a medicina com o objetivo de se constituir como profissionais autônomos. Isto é, possui o condão da renovação ao possibilitar aos médicos brasileiros estabelecerem uma condição de autonomia dentro do modelo de medicina empresarial, além da maximização do poder de barganha, ampliando o seu mercado de atuação a ponto de se caracterizar como uma condição de hiperprofissionalização.

Por outro, sob a ótica da profissionalização da medicina no Brasil, a Unimed é tida como uma "organização corporativa que busca manter e ampliar o controle sobre o processo

de trabalho" (DUARTE, 2003, p.9). Para isso, a empresa dedicou-se em construir e defender o monopólio da competência da profissão médica, a partir da preocupação em oferecer os serviços médicos de maneiras mais vantajosas possíveis.

Em outras palavras, a autora diz que a Unimed é uma organização que, em um cenário de transformação da profissão médica, foi capaz de maximizar, na realidade brasileira, as possibilidades de monopólio de mercado de trabalho médico e também conseguiu restringir a regulação sobre a autonomia técnica e financeira.

O sistema se iniciou a partir de um movimento liderado pela Associação Brasileira Médica (AMB) e por alguns sindicatos médicos, em oposição à modalidade de prestação de serviços medicina de grupo, arrazoando que a situação de médicos empregando médicos seria eticamente comprometedor. A associação de médicos em cooperativas tinha o objetivo de permitir o atendimento livre de seus cooperados, utilizando o valor de consulta padronizado e com um baixo custo para o conveniado, sem o objetivo de lucro (MACHADO, 1996).

Já em seu nascedouro, ocorreu um expressivo grau de filiação dos médicos em todo o Brasil, fato este motivado pela identificação da profissão com o modelo de prática profissional viabilizado pela Unimed. Os fundadores das primeiras Unimeds empunhavam-se em um discurso de divisão justa dos ganhos (sem intermediários) e da gestão democrática da cooperativa, além da atuação com privilégios fiscais, características de sua conduta cooperativista como reação ao surgimento do segmento de medicina de grupo (DUARTE, 2003).

Tem-se a sua origem com a fundação da primeira cooperativa na cidade de Santos (São Paulo), em 1967, sendo o presidente do sindicato médico o Dr. Edmundo Castilho, que afirmava não querer a mercantilização, mas sim a ética e o respeito aos usuários. Após quase dois anos de funcionamento, a Unimed de Santos obteve reconhecimento do órgão responsável pela regulamentação de cooperativas da época: o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). Assim, a partir desta primeira experiência, várias Unimeds foram criadas e ao final de 1975, eram mais de 50 em todo o país.

Outro destaque importante na história da Unimed é a sua internacionalização, em meados da década de 1990, a partir da integração com outros países da América do Sul – como Colômbia, Argentina e Uruguai. Pouco mais tarde, a Unimed do Brasil filiou-se à ACI e, em 1996 é fundada a Organização Internacional das Cooperativas de Saúde (IHCO), da

qual o mesmo Dr. Edmundo torna-se o primeiro vice-presidente e presidente da IHCO-Américas.

Hoje, o sistema é composto por 349 cooperativas médicas (principalmente na região Sudeste, com 48% dos cooperados e 60% dos beneficiários) que prestam serviços a mais de 19 milhões de clientes em todo o país. Do lado da oferta, tem-se a presença de 113 mil médicos ativos, 112 hospitais próprios e 13 hospitais dia, além de pronto-atendimento, laboratórios, ambulâncias e hospitais credenciados (UNIMED DO BRASIL, 2015). Esses dados podem ser obtidos na Tabela 3. Além disso, a tabela mostra o aspecto da distribuição da modalidade segundo regiões, indicando que a cobertura é maior nas regiões mais ricas (principalmente Sudeste), sendo menos significativa no Norte e Centro-Oeste e Tocantins.

Tabela 3 - Dados do Sistema Unimed no Brasil

	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste e Tocantins		Brasil	
	nº.	%	nº.	%	nº.	%	nº.	%	nº.	%	nº.	%
Unimeds	12	3,4	55	15,8	175	50,1	72	20,6	35	10,0	349	100,0
Cooperados (em milhares)	4,52	4,0	16,95	15,0	53,11	47,0	29,38	26,0	9,04	8,0	113	100,0
Beneficiários (em milhões)	0,76	4,0	1,9	10,0	11,02	58,0	4,18	22,0	1,14	6,0	19	100,0
Federações	1	3,0	9	27,3	16	48,5	4	12,1	3	9,1	33	100,0
Singulares	11	3,5	46	14,6	159	50,5	68	21,6	31	9,8	315	100,0

Fonte: Unimed (2015). Elaborado pelo autor.

Duarte (2003) analisa o ritmo de crescimento da organização a partir de dois momentos de picos: começo da década de 1970 e ao final da década de 1980. O primeiro momento é caracterizado pela disseminação da ideia de cooperativismo; já o segundo é marcado pela tendência de criação de pequenas Unimeds e pela desconcentração progressiva das regiões Sul e Sudeste para a expansão territorial nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A autora revela que tanto o formato cooperativista quanto o cenário favorável em termos de políticas públicas - para o desenvolvimento do cooperativismo assim como para o crescimento da medicina suplementar – contribuíram para o crescimento da organização.

Pode-se dizer que o crescimento e complexificação da Unimed revelaram que o empresarialismo cooperativista deu certo, uma vez que ao longo do tempo, construiu-se uma organização que ocupa atualmente espaço representativo no cenário nacional do setor. Assim,

segundo dados da Unimed do Brasil (2016) a presença da cooperativa no país gira em torno de 84%, com 4.688 municípios atendidos, o que a torna a maior rede de assistência médica do Brasil e o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo. Assim, nota-se que nenhuma outra modalidade de assistência médica suplementar tem a mesma capilaridade no território nacional e a empresa corresponde praticamente à totalidade deste segmento e representa 31% do mercado nacional de planos de saúde. Além disso, o Sistema é responsável por 54% da movimentação financeira das cooperativas de serviço de saúde em todo planeta.

Uma importante colocação feita por Duarte (2003) ao endossar outros autores como Cordeiro (1984) e Bahia (2000) foi dizer que a concepção inicial de um movimento voltado para a defesa da medicina liberal ética e socialmente comprometida perdeu-se ao longo do tempo e a Unimed passou a ser mais uma empresa que atua no mercado de planos de saúde, em moldes muito parecido com os das empresas de medicina de grupo. Assim, a principal distinção entre as duas categorias seria a origem empresarial dos grupos médicos que as constituíram – enquanto a medicina de grupo fora criada por sócios/proprietários de hospitais, as cooperativas médicas foram instituídas por profissionais vinculados a entidades profissionais – sendo ambas considerada por estes autores, portanto, empresas médicas.

Dito de outra maneira, durante o crescimento do Complexo Unimed houve uma perda, de fato, de suas características iniciais, mas da mesma forma ampliou as possibilidades de atuação no mercado, adquirindo um formato característico de complexo econômico e a tornando a maior empresa atuante no mercado de planos e seguros de saúde do país.

A Unimed do Brasil tem como missão institucional integrar o sistema Unimed, fortalecendo os princípios cooperativistas e valorizando o trabalho médico. O que a cooperativa espera para o futuro, traduzida em sua visão, é ser referência em saúde e para isso pauta-se em valores como a cooperação, ética e transparência, compromisso com a vida, excelência, inovação, comprometimento com os *stakeholders* e sustentabilidade (UNIMED DO BRASIL, 2015).

Segundo Duarte (2003) a Unimed foi capaz de maximizar os ganhos da profissão médica ao entrar no ramo de planos de seguros de saúde. Apesar de criada sob as ideias e princípios cooperativistas, adotou uma estratégia de monopólio e isso demonstra que, a partir da análise do seu padrão contratual, “o desenho cooperativista não garante a ausência das estratégias securitárias destinadas a contornar a seleção adversa e o risco moral” (DUARTE, 2003, p.3).

De acordo com informações disponibilizadas no site da organização, as 351 cooperativas médicas que compõem o Sistema Empresarial Cooperativo Unimed são formadas por Singulares, Federações e Confederações. As Unimeds locais, que atuam no âmbito dos municípios são consideradas cooperativas de primeiro grau e denominadas Singulares. As Singulares que estão dentro de um mesmo Estado organizam-se em Federações Estaduais, sendo, portanto de segundo grau. Em um terceiro grau, as Federações reúnem-se em uma Confederação Nacional: a Unimed do Brasil (UNIMED DO BRASIL, 2015).

A Unimed do Brasil, além de considerada a cooperativa a nível nacional, é o braço institucional e político da Unimed, pois define estratégias e atua juntamente aos organismos governamentais e de defesa em áreas específicas, como a ANS, por exemplo. As singulares operam em diferentes áreas geográficas e em geral, atuam na esfera local, embora também ofereçam planos de abrangência nacional. Existe um intercâmbio entre as Unimeds locais, a partir do repasse de pagamentos. Isso gera uma conectividade da rede de serviços em nível nacional e viabiliza os planos regionais e nacionais. Elas são autônomas e independentes nos aspectos jurídico, econômico e administrativo, sendo o sistema considerado altamente descentralizado. Assim, nem sempre há concordância, mas sim disputas políticas que fazem com que o sistema não aja de maneira integrada (DUARTE, 2003).

Dada essa autonomia presente nas singulares, o estudo de aspectos organizacionais de determinada Unimed local torna-se objeto de estudo aprofundado deste trabalho. Assim, o próximo tópico descreve, de maneira detalhada, como se deu o processo de coleta e, posteriormente, análise de dados na elaboração desta pesquisa científica.

3.3. Coleta dos dados

O primeiro passo dado na compreensão da construção do desempenho organizacional da OPX foi a coleta dos dados na organização. A partir do protocolo de análise de documentos, entrevistas e observações desenvolvido e aplicado durante a realização do projeto-piloto, foram feitos os devidos ajustes que permitiram maior aprofundamento e consistência no caso estudado.

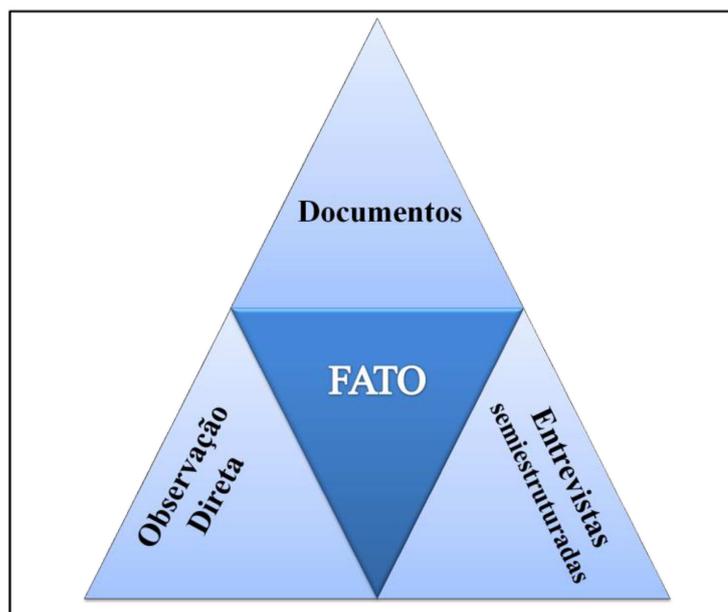
Vale dizer que não foi objetivo do trabalho estabelecer análises comparativas entre as categorias do projeto-piloto com o caso escolhido, uma vez que são OP's de portes diferentes e a escolha de uma e outra deu-se por motivos distintos e já aqui apresentados. Porém, em

alguns momentos do trabalho isso foi feito de maneira branda, apenas com a intenção de assegurar parâmetros acerca das características da organização estudada, que permitiram aumentar a compreensão sobre como foi construído um desempenho superior ao longo do tempo. Assim, é importante deixar claro que, neste trabalho em específico, foram avaliadas as características do modelo organizacional apenas da OPX, passando por categorias organizacionais e indo até as influências ambientais nas suas práticas.

A coleta e análise dos dados da pesquisa são concomitantes (GODOI, 2006). No esforço de coleta de dados desta pesquisa, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, observação direta e pesquisa documental. Como instrumento de coleta de dados primários, foram realizadas entrevistas com 16 indivíduos, sendo 10 integrantes do quadro da organização Unimed do projeto-piloto; e os outros 6 fazem parte da OPX, englobando o caso principal. A coleta de dados secundários se concretizou através de pesquisas no site da empresa, site da ANS e demais documentos institucionais, assim como por meio da técnica de observação direta na rotina organizacional.

É importante salientar que a escolha das três fontes de evidências (presentes na Figura 12) partiu do fato de haver seis que são mais comumente utilizadas nos estudos de caso - documentação, registro em arquivos, entrevistas, observações diretas, observação participante e artefatos físicos (YIN, 2010) – e que foram selecionadas com o objetivo de responder o problema de pesquisa deste trabalho.

Figura 12 - Fontes múltiplas de evidência



Fonte: Adaptado de YIN (2010, p. 144)

O uso de múltiplas fontes de evidência ao invés de fontes individuais “permite que o investigador aborde uma variação maior de aspectos históricos e comportamentais” (YIN, 2010, p. 143) e por isso vários autores (STAKE, 1995; CRESWELL, 2007; YIN, 2010) indicam que seja feito um processo **triangulação dos dados coletados** com o objetivo de obter linhas de convergência da investigação dos eventos ou fatos, tornando a conclusão que for encontrada mais convincente, diante desta corroboração (YIN, 2010). Além disso, Yin (2010) afirma que pelo fato de as múltiplas fontes de evidência propiciarem várias avaliações sobre um mesmo fenômeno, a validade do construto também fica resguardada por problemas potenciais.

O desenvolvimento deste trabalho teve como alicerce a ética em pesquisa uma vez que a metodologia aqui utilizada envolveu a interação com seres humanos. Assim, o protocolo de pesquisa desenvolvido nesta dissertação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia e, somente após a sua aprovação, o autor procedeu à coleta de dados, atuando de forma respeitosa à dignidade humana no âmbito das práticas científicas. O documento que atesta a aprovação do projeto pode ser obtido a partir do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa de número 1.464.566, no *site* da Plataforma Brasil.

3.3.1. Entrevistas

As entrevistas são consideradas por YIN (2010) como uma das fontes mais importantes de informação para o estudo de caso, pois “embora seja observada uma linha de investigação consistente, a verdadeira corrente de questões, na entrevista de estudo de caso, será provavelmente fluida, não rígida” (H.J RUBIN e RUBIN *apud* YIN, 2010, p.133). Em geral, são consideradas como fontes de evidências porque a maior parte delas trata sobre assuntos humanos ou eventos comportamentais (YIN, 2010).

Yin (2010) atenta para o fato de que o investigador deve seguir a sua própria linha de investigação seguindo o protocolo elaborado para o estudo de caso e formular questões de maneira imparcial e que sirvam para atender às necessidades de sua linha de investigação. Com isso, é possível obter *insights* sobre os assuntos ou eventos abordados e atalhos para a história prévia dessas situações e ajuda na identificação de outras fontes de evidências, quando o entrevistado é bem-informado.

Deve-se levar em consideração o fato de que as respostas dos entrevistados estão sujeitas à parcialidade, má lembrança e falta de articulação e por isso são considerados por Yin (2010) relatos verbais. Novamente vê-se aqui a importância da triangulação com as outras fontes como medida razoável para corroboração dos fatos.

Creswell (2007) diz que as entrevistas são capazes de registrar informações em profundidade e elas podem ser não-estruturadas ou semiestruturadas. Este trabalho procurou conhecer a percepção dos dirigentes sobre o desempenho organizacional que foi construído ao longo do tempo pela empresa. Para isso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com base nos ocupantes de cargos de nível estratégico da OPS. Assim, buscou-se a participação do presidente, dos diretores, dos gestores e dos coordenadores das áreas organizacionais, a partir de um mesmo roteiro para todos, baseado nas categorias desenvolvidas no referencial teórico.

Em relação às entrevistas feitas, cada participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (disponível no Apêndice A) no intuito de proteger o seu bem-estar. Este termo descreve, de maneira sucinta, os fundamentos e objetivos do estudo e esclarece os benefícios e riscos envolvidos na pesquisa, assim como as providências que foram tomadas para resguardar o indivíduo.

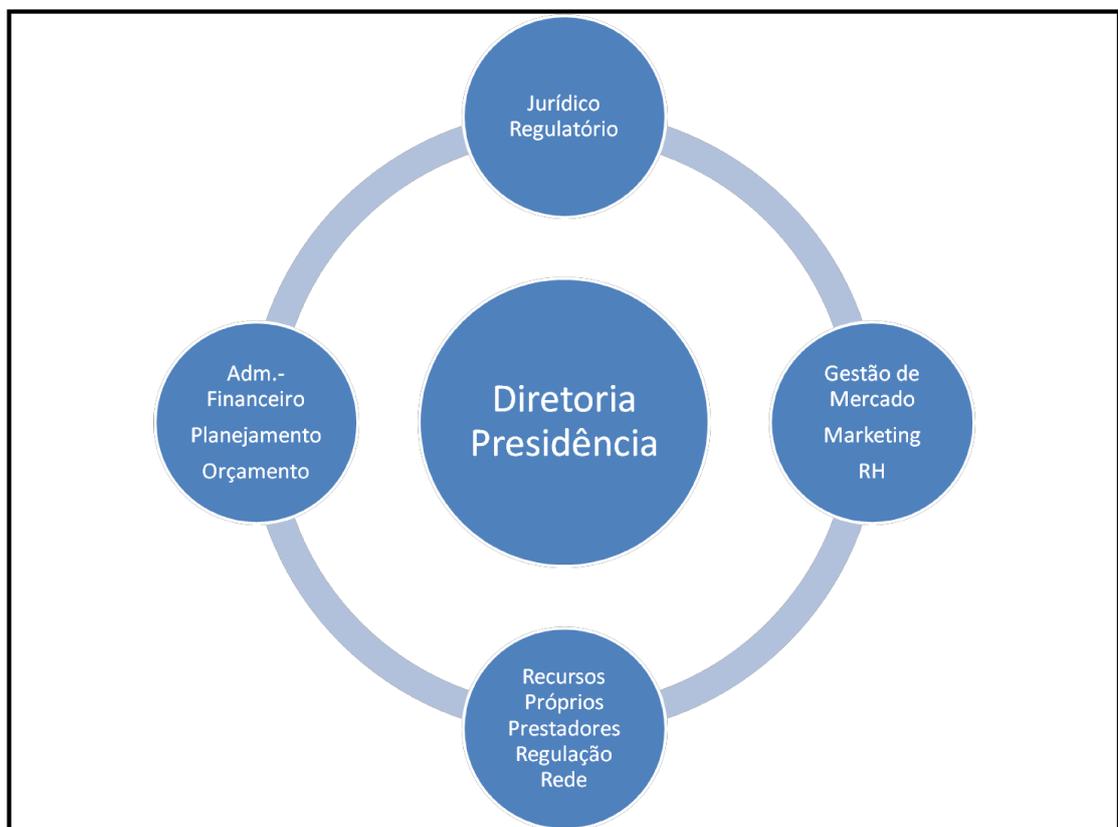
Ressalta-se que os públicos e a quantidade dos entrevistados foram delimitados por ocasião de reuniões com os gestores da OPS estudada. Caminhar pela organização, observar como o trabalho é feito e como as pessoas se comportam pôde auxiliar na identificação dos possíveis informantes e pessoas que foram entrevistadas, assim como os melhores momentos e ocasiões para proceder à abordagem delas, o que é considerado por Godoi (2006) como **mapeamento inicial**. No entanto, como não cabe aqui o conceito de amostragem estatística (estudos quantitativos), o número de entrevistas foi definido com base no critério de quem seria capaz de responder as questões e de saturação (amostragem teórica), ou seja, a partir do ponto em que a informação se tornou redundante.

As entrevistas foram realizadas após obtenção de autorização por escrito dos dirigentes das operadoras e de cada um dos entrevistados, formalizada mediante assinaturas de Declaração de Instituição Coparticipante e de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esse último documento define os fundamentos e objetivos do estudo e informa sobre o procedimento da entrevista. Informa também os possíveis riscos e benefícios da pesquisa e assume o compromisso de confidencialidade das fontes das informações, assim como as providências que foram tomadas para resguardar o indivíduo.

O roteiro de entrevista consta do Apêndice B e inclui questões abertas; perguntas controladas pela teoria e direcionadas para os pressupostos e questões confrontativas. As entrevistas foram gravadas em áudio (também com autorização do entrevistado) e depois transcritas pelo próprio pesquisador (CRESWELL, 2007). À medida que as entrevistas foram conduzidas no projeto-piloto, o roteiro foi aperfeiçoado em função da necessidade de se obter outros tipos de dados no caso principal.

Assim, o processo de entrevistas foi evoluindo juntamente com a pesquisa. A partir de uma primeira reunião com a diretoria da Unimed do projeto-piloto, foram definidos aqueles que seriam os informantes, a partir das posições que ocupavam na organização e que seriam capazes de responder as questões da pesquisa. Sabia-se, de antemão, que por tratar-se de uma empresa de menor porte, a OPX não teria o mesmo número de entrevistados e, assim sendo, para seguir o mesmo protocolo foi feita a divisão de entrevistas por blocos, conforme mostra a Figura 13.

Figura 13 - Bloco de entrevistas por funções



Fonte: Elaborado pelo autor.

Desse modo, mesmo que a operadora do estudo de caso não tivesse o mesmo número de pessoas do caso piloto a serem entrevistadas - o que ficou comprovado posteriormente -, as áreas descritas seriam exploradas por algum representante. Como instrumento de coleta de dados primários, foram realizadas 16 entrevistas do tipo semiestruturadas na consecução de todo o projeto, sendo 10 na Unimed do projeto-piloto; e as outras 6 na OPX, englobando o caso principal. Alguns contatos por correio eletrônico e telefonemas serviram para complementar as informações fornecidas. A lista de entrevistados da OPX, por ser o caso principal, encontra-se elencada no Quadro 3.

Quadro 3 - Perfil dos entrevistados da OPX

Entrevistado	Sexo	Tempo de Empresa	Cargo
1	Masculino	28 anos	Diretor Presidente
2	Masculino	8 anos	Diretor Superintendente
3	Masculino	22 anos	Gerente Administrativo
4	Feminino	5 anos e 3 meses	Coordenador de Farmácia
5	Feminino	14 anos	Coordenador Administrativo do Centro Médico
6	Feminino	15 anos	Coordenador Financeiro

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.3.2. Documentos

A utilização de documentos que ofereçam dados para uma descrição em profundidade do evento organizacional, seu contexto, suas causas e efeitos para diferentes agentes torna-se essencial para este estudo de caso. De acordo com Yin (2010) existe uma variedade imensa de documentos - memorandos, documentos administrativos, recortes de notícias, estudos formais ou avaliações do local, entre outros - que podem se originar de áreas internas à organização ou por meio do ambiente externo e que possuem valor global.

Mesmo os que não sejam precisos ou apresentem parcialidades devem ser levados em conta pois, na verdade, eles devem ser utilizados de maneira cuidadosa e não aceitos como

registros literais dos eventos ocorridos, uma vez que o documento foi redigido com alguma finalidade específica e para um público específico e não para o estudo de caso que está sendo estudado. Assim sendo, para os estudos de caso o mais importante é que se colete documentos que aumentem e corroborem com a evidência de outras fontes (YIN, 2010).

Para avaliar a qualidade dos documentos que são empregados em uma pesquisa, é preciso atentar-se à qualidade, credibilidade, representatividade e significação dos documentos (FLICK, 2004).

Nesta pesquisa, o banco de dados utilizados para a análise de documentos inclui alguns dados quantitativos como forma de complementar o uso de dados qualitativos, não descaracterizando a classificação metodológica utilizada. Assim, foram levantados dados de fontes secundárias como o sítio da ANS, da confederação da Unimed do Brasil, da Federação Nordeste Paulista, da Unimed do projeto-piloto, da Unimed OPX, além dos dados secundários internos disponibilizados pela própria cooperativa, de modo a enriquecer a análise.

Esse banco de dados secundários internos foi analisado em vista que esses documentos representam o sistema e a estrutura da organização, tais como: regimentos, estatutos, manuais e outros documentos informativos pertinentes que ajudaram a entender e responder, de forma direta ou indireta, a pergunta desta pesquisa e que fizeram parte da construção do *corpus* da análise.

Assim, foram analisados documentos externos à OPS, a saber:

- ✓ Estudos anteriores que tratem do desempenho de cooperativas médicas;
- ✓ Estudos sobre as UNIMED's;
- ✓ Documentos, legislação e outras publicações disponibilizadas pela ANS;
- ✓ Notícias de imprensa privada como jornais, revistas, entrevistas ou documentários;

E foi possível o acesso a documentos ou registros internos da Unimed OPX:

- ✓ Regimento Interno
- ✓ Estatuto Social
- ✓ Relatórios de Gestão de 2007 a 2015;
- ✓ Informes e notícias veiculadas pela própria operadora;

Vale dizer que foram solicitados os mesmos documentos que foram acessados na Unimed do projeto-piloto, que incluem: as diretrizes organizacionais (declaração de visão

missão e objetivos da empresa), objetivos estratégicos, calendário administrativo, manual de relacionamento com fornecedores, organograma, relatórios de sustentabilidade e também as atas de reuniões realizadas. Porém não foi possível a obtenção do material porque a OPX não os tinham de maneira formalizada e, no caso das atas de reuniões, porque envolvem nomes de terceiros, tanto pacientes como cooperados, o que tornava inviável o pedido de autorização para exploração do material para cada pessoa ali citada.

3.3.3. Observação Direta

Em relação às observações, como o estudo de caso acontece no próprio campo que foi estudado, isto se tornou uma oportunidade (YIN, 2010) para essa fonte de evidência, pois foi possível a captação de acontecimentos em tempo real. A evidência encontrada geralmente fornece informações adicionais ao entendimento do contexto ou do fenômeno que está sendo estudado (YIN, 2010).

Dentre as técnicas de observações existentes, optou-se pela observação direta, com a finalidade de entender melhor o comportamento dos indivíduos, estando em contato direto com a realidade estudada. Como vantagem, os eventos foram sendo registrados no momento em que aconteceram, assim como a troca de lugares dentro da organização, para mudança de foco naquilo que foi observado, deu-se de forma livre. No entanto, é preciso ressaltar que não se pode creditar total confiança às percepções próprias do pesquisador, que em algum momento pode tirar conclusões precipitadas.

A aplicação da técnica foi realizada tanto por ocasião das entrevistas, visto que no intervalo destas o pesquisador circulava livremente pelas áreas, assim como em outra visita feita apenas com essa finalidade. Dessa forma, foram feitas observações nas aparências, comportamentos dos indivíduos, relacionamento interpessoal, socialização da organização, processos de comunicação e hierarquia funcional, fluxo e atendimento aos beneficiários, reuniões, rotinas, cerimônias e outras situações que transmitam a cultura formal e também informal da OPS e aspectos relacionados à estrutura e processos de gestão da organização.

Assim como nas entrevistas também procedeu-se no caso das observações, em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que todas as pessoas que se estavam no ambiente observado ou se envolviam nas atividades monitoradas, assinaram um termo nos mesmos moldes do descrito para as entrevistas, porém específico para esta fonte de coleta de

dados. Destaca-se que a aplicação da observação direta na rotina organizacional teve o propósito de facilitar o entendimento do comportamento dos indivíduos e perceber a consistência (ou falta dela) entre o discurso e a prática dos sujeitos.

3.4 Estratégia de coleta e de análise de dados

Para complementar a definição técnica proposta por Yin (2010) e apresentada neste trabalho, o próprio autor apura o conceito a partir da coleta e estratégias de análise dos dados. Segundo Yin (2010, p. 40)

A investigação do estudo de caso enfrenta a situação tecnicamente diferenciada em que existirão muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado conta com múltiplas fontes de evidência, como os dados precisando convergir de maneira triangular, e como outro resultado beneficia-se do desenvolvimento anterior das proposições teóricas para orientar a coleta e a análise de dados.

O fenômeno a ser estudado não deve estar isolado do seu contexto, isto é, dedicar-se ao estudo de um simples fenômeno deve ser acompanhado da pretensão em se descobrir e revelar a interação entre os fatores internos e externo que são característicos do mesmo evento. Assim, o estudo de caso permite identificar as forças históricas, pressões contextuais e a dinâmica dos vários grupos de *stakeholders* na aceitação ou oposição a um processo de mudança ou inovação, por exemplo, em uma ou mais organizações ou em grupos específicos no seu interior (GODOI, 2006). Esse destaque apresentado serve para justificar a adequação do método de abordagem utilizado na condução deste estudo e as categorias de análise escolhidas como condão do desempenho organizacional, que incluem tanto fatores externos quanto internos à organização.

Não é factível iniciar uma investigação com a mente vazia, posto que a indução pura na realização de um estudo de caso qualitativo é impossível. Os pesquisadores não são capazes de deixar todos os seus pressupostos, conceitos e noções prévias de lado e simplesmente procederem à pesquisa (GODOI, 2006). Assim sendo, este estudo partiu do pressuposto que a gestão estratégica, a cultura organizacional, a estrutura da organização e o ambiente em que ela está inserida possuem elementos que de alguma maneira influenciam o desempenho da OPS, destacando-a em relação às demais. Um resumo sobre o que foi investigado em cada uma das categorias escolhidas pode ser visto a partir da Figura 14.

Figura 14 - Categorias analítica detalhadas



Fonte: Elaborado pelo autor.

A figura pode ser interpretada como um sistema simplificado de categorias quatro por quatro, em que se tem a organização de categorias e subcategorias propostos pela seguinte maneira neste projeto de pesquisa:

- 1) **Cultura Organizacional:** a) valores, crenças e pressupostos (pressupostos); b) ritos, rituais, cerimônias, sagas e heróis (comportamentos); c) estórias; d) tabus.
- 2) **Estrutura Organizacional:** a) centralização, descentralização, cadeia de comando e controle (nível de controle); b) departamentalização e coordenação; c) formalização e especialização do trabalho; d) treinamento e capacitação.

- 3) **Gestão Estratégica:** a) processo de administração estratégica; b) controles estratégicos e indicadores; c) alianças estratégicas e parcerias; d) execução e gerenciamento.
- 4) **Ambiente externo da empresa:** a) Regulação no Setor de Saúde Suplementar; b) Concorrência no Setor de Saúde Suplementar; c) Ameaça às OPS de novos entrantes e serviços substitutos; d) Poder de barganha de compradores e fornecedores.

Segundo GODOI (2006), os estudos de caso adotam um enfoque indutivo no processo de coleta e análise de dados, sendo importante que o pesquisador esteja sensível ao aparecimento de pressupostos não estabelecidos e significados ainda não articulados. Assim, embora tenham sido essas quatro categorias o ponto de partida de investigação das causas do desempenho organizacional, não foi descartado em nenhum momento que o estudo pudesse revelar outra categoria ou característica não detalhada no referencial teórico que fosse capaz de explicar o problema de pesquisa proposto neste trabalho. Além disso, a autora expõe a posição de Hartley (1995) que preconiza que o referencial deve ser amplo a ponto de não se tornar um elemento impeditivo para o aparecimento de novas ideias e conceitos explicativos.

Por isso, ao final das análises da influência das categorias escolhidas, sobre o desempenho, foi proposta uma discussão, a partir dos dados descobertos no estudo, sobre como a organização estudada obteve desempenho superior. É importante certificar-se que a interpretação dos dados estão em conformidade com aquilo que foi coletado, conforme preconiza Godoi (2006).

A análise deste trabalho é preponderantemente organizacional. Ganham relevância as variáveis organizacionais (gestão, cultura e estrutura), e ambientais (estrutura do setor e regulação). A análise buscou ser holística (visão conjunta do todo e das partes) e integradora (relação e interação entre as partes) e ocorreu pelo método de **análise de conteúdo** (BARDIN, 2010; VERGARA, 2005).

3.5. Análise e Interpretação dos dados

A análise e interpretação dos dados coletados pelas entrevistas semiestruturadas foram realizadas através do método de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2010, p. 44), a análise de conteúdo é

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”.

Assim, por causa dos objetivos deste trabalho, recorreu-se ao tipo de abordagem qualitativa do conteúdo, em que ao invés de preocupar-se com a frequência de aparição de determinados elementos da mensagem, é mais importante a presença (ou não) deste índice para a realização de inferências (BARDIN, 2010).

A condução da análise de dados foi demarcada pelas etapas da técnica propostas por Bardin (2010). Essas etapas foram organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na primeira fase, **pré-análise**, o material selecionado para a investigação foi organizado na forma de um apanhado geral. Isto é, no caso das entrevistas, estas foram lidas após transcrição, seguindo um determinado padrão. Foram organizados e lidos, também, os documentos definidos como parte do *corpus* de análise assim como as anotações advindas das observações. Todo esse conjunto serviu pra sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. Esta fase compreendeu uma leitura flutuante, que é o primeiro contato com os documentos da coleta de dados, em que se começa a conhecer as fontes, porém, não se analisa; a escolha dos documentos para a formação do *corpus* de pesquisa e a preparação do material.

Na fase intermediária, **exploração do material**, foram construídas as codificações dos textos em categorias temáticas. A codificação corresponde à transformação dos dados brutos por recorte, agregação e enumeração para atingir uma representação do conteúdo da sua expressão. Nesta fase, o texto das entrevistas e de todo o material coletado foram recortados em unidades de registro, agrupadas tematicamente em categorias. De início, as palavras-chave de cada parágrafo foram identificadas, foi feito um resumo de cada parágrafo para realizar uma primeira categorização. As categorias iniciais foram agrupadas tematicamente e originaram as intermediárias e estas últimas também foram aglutinadas em função do tema e resultaram em categorias finais. Somente após essa sistematização é que houve a possibilidade de realizar qualquer inferência.

Por fim, a terceira fase compreendeu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação do conteúdo de todo o material coletado (entrevistas, documentos e observação). Foram feitas análises comparativas a partir da justaposição das categorias existentes em cada análise, evidenciando os aspectos considerados semelhantes e os que foram admitidos como diferentes.

Uma síntese trazida por Fossá (2003) facilita o entendimento das fases do método de análise de conteúdo e que foi seguida também neste trabalho:

- 1) Leitura geral das entrevistas e documentos coletados;
- 2) Codificação para formulação de categorias de análise, utilizando o quadro referencial teórico e as indicações obtidas pela leitura geral do material coletado;
- 3) Recorte do material em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos) comparáveis e com o mesmo conteúdo semântico;
- 4) Categorização dos elementos que se diferenciam, tematicamente, nas unidades de registro (passagem de dados brutos para dados organizados). A formulação dessas categorias segue as condições de exclusão mútua (entre categorias), da homogeneidade (dentro das categorias), da pertinência na mensagem transmitida (não distorção), da produtividade (para as inferências) e da objetividade e fidelidade (compreensão e clareza);
- 5) agrupamento das unidades de registro em categorias comuns;
- 6) agrupamento progressivo das categorias (iniciais → intermediárias → finais);
- 7) inferência e interpretação, respaldadas no referencial teórico.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados provenientes da análise das entrevistas, documentos e observações. Primeiramente, foi feita uma descrição breve sobre a unidade de análise OPX com base principalmente na análise documental daquilo que foi disponibilizado pela operadora e o que encontra-se em seu *website*. Em seguida são feitas as análises dos dados coletados a partir das categorias propostas e do método de análise de conteúdo.

Vale lembrar que a operadora foi chamada de OPX e a cidade de sua sede, de cidadela. Em alguns momentos, o termo OPX, OPS, cooperativa médica, cooperativa, singular e operadora são usados como referência à mesma organização. Difere-se do termo Sistema Unimed, que contempla todas as singulares que fazem parte da Federação.

4.1. A Cooperativa OPX

Segundo o seu estatuto, a OPX é uma sociedade civil constituída sem fins lucrativos, cujo objetivo é a congregação dos integrantes da profissão médica, para a sua defesa econômico-social, proporcionando-lhes condições para o exercício de suas atividades e aprimoramento dos serviços de assistência médica, em relação ao exercício das atividades ligadas ao atendimento de usuários de plano de saúde contratados.

De acordo com o seu Regimento Interno, ela se constitui no instrumento de contratação dos associados que a compõem, tendo como objetivo a defesa do mercado de trabalho desses cooperados, na condição de autônomos liberais. A sua finalidade é, portanto, eliminar o intermediário na execução dos serviços médicos, agindo como mandatária dos cooperados.

Apesar de seu registro na ANS datar de dezembro de 1998, a sua constituição se deu muito antes disso, em um momento que não existia o órgão regulador. Assim, foi criada em Outubro de 1982, como uma operadora de planos de saúde na modalidade cooperativa médica, que atua há 34 anos e presta seus serviços no interior do Estado de São Paulo. A sua sede administrativa está localizada em um prédio no Centro da cidade Cidadela – SP. No entanto, a sua área de atuação não se limita ao local em que é gerido o negócio e, assim sendo, compreende outros quatro municípios, conforme documentos analisados e confirmados pela fala de um dos entrevistados, que revela a área de abrangência da cooperativa.

É [...] Dentro do Sistema Unimed existem as áreas de abrangência. Então, [cidade próxima], naquela época, em 1980, ela tinha [a cidadela] como sua área de abrangência. Então o fato, por exemplo, de a [cidadela] quando se tornou uma cooperativa, viabilizou, a [Cidadela] ficou com várias cidades que pertenciam a [cidade próxima] [...] Sempre há uma resistência mas depois a coisa rola, a coisa funciona. Então quando Cidadela foi devidamente constituída como cooperativa, ela pegou cidades da região como sua área para atuar. Então tem [5 cidades próximas] e mais Cidadela. E hoje, atualmente, nós não temos mais [duas cidades próximas], por questão de localização. Por exemplo, [cidade] está há 5Km de [outra cidade]. Você vai por uma vicinal e chega a [outra cidade]. Por que Cidadela, que eu tenho que andar 70km para chegar lá? Está mais perto de [outra cidade] do que de Cidadela. Até tentamos em [cidade], mas é totalmente inviável. Você não tem como exercer atuação lá. E essa cidade, por exemplo [...] é dormitório de médicos. Acho que se eu conheço, só tinha uma cooperada lá, que hoje já não faz parte. Médico vai lá para dar plantão nos postinhos. Ele vai, fica durante o dia e depois vai embora. Para você montar uma cooperativa, você tem que ter estrutura médica. E dentro, por exemplo, das obrigações que o cooperado tem que ter, tem que residir na cidade, manter consultório. Está no Regimento Interno. Tem que trabalhar na cidade. Então hoje nós temos dois profissionais: o médico cooperado, que é o associado da cooperativa e tem o credenciado, que é um contratado, um prestador autônomo. Esse não tem direito ao voto, não participa dos destinos da cooperativa [...] o cooperado já se envolve mais (Entrevistado 3).

A operadora é responsável, hoje, por aproximadamente 7 mil vidas, o que a faz ser classificada como uma OPS de pequeno porte. Os beneficiários estão distribuídos entre planos individuais e coletivos, sendo que 14,5% destes usuários tem idade igual ou acima de 60 anos. Como parâmetro de comparação, tanto a modalidade cooperativa médica quanto o setor de assistência médica possuem um percentual menor de idosos, sendo respectivamente de 12,6% e 12,5%. Além disso, o índice de envelhecimento de 53,2% também está acima do encontrado na modalidade (47,1%) e do mercado (48,1%), fazendo com que a idade média dos clientes da operadora seja de 35,3 anos. Esses dados estão expostos de maneira comparativa na Tabela 4.

Tabela 4 – Características dos beneficiários

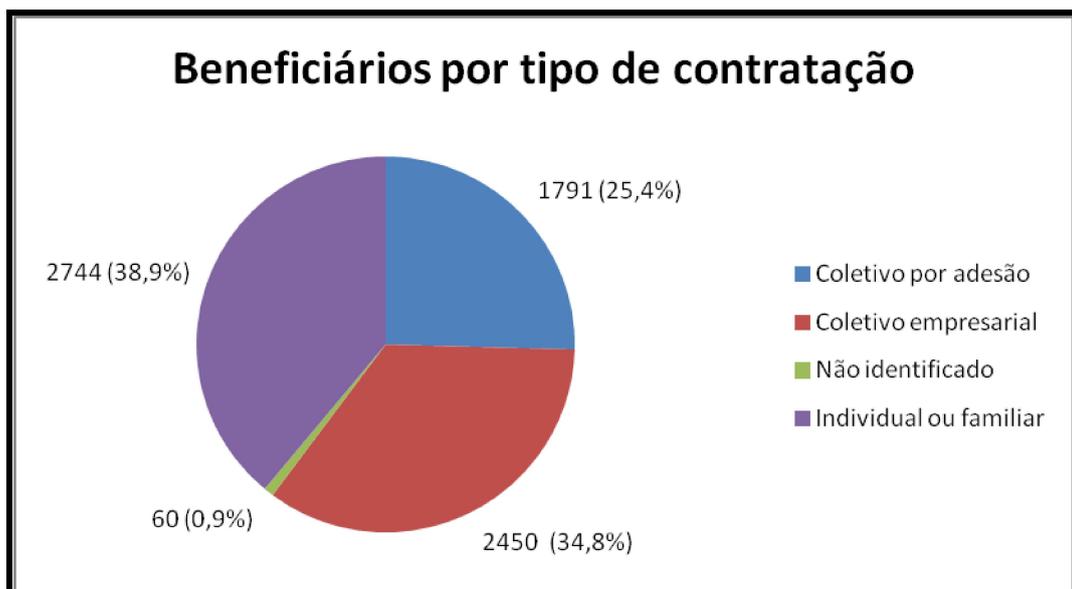
Índice	Operadora	Modalidade	Mercado
Percentual de idosos	14,5%	12,6%	12,5%
Índice de envelhecimento	53,2%	47,1%	48,1%
Idade Média	35,3	34,2	34,5
% Benef. em planos coletivos	60,2%	74,2%	79,9%
% Benef. em planos antigos	29,7%	6,5%	10,5%

Fonte: ANS (2016b).

A Tabela 4 também traz dados a respeito da composição da carteira da operadora. Nota-se que a maioria dos beneficiários encontram-se alocados em planos coletivos. Porém, essa referência é menor do que os dados encontrados em operadoras da mesma modalidade (total de 74,2%) e essa diferença cresce ainda mais se a comparação for elevada ao mercado de planos de saúde, de maneira geral (representado por 79,9%). Em uma lógica contrária a das outras cooperativas e do mercado geral de planos de saúde, nota-se que o índice de beneficiários em contratos antigos é de quase 30%, característica essa que já evidencia uma das peculiaridades da operadora estudada.

Assim, o perfil da carteira de beneficiários da OPX é formada, em sua maioria, por planos do tipo coletivo empresarial, sendo seguido pelo individual ou família e o restante do tipo coletivo por adesão (sem contar os 60 beneficiários que não se encaixam em nenhum desses três). O Gráfico 1 ilustra essa divisão por tipo de contratação. Vale dizer que, do número total de beneficiários, 7.039 estão no Estado de São Paulo, enquanto 4 foram encontrados em Minas Gerais e um único, no Estado do Paraná. É comum que uma Unimed, mesmo de âmbito local, tenha alguns de seus usuários espalhados pelo Brasil. Este fato é explicado pela capilaridade do sistema, que permite atender os seus cooperados em todo o país.

Gráfico 1 – Beneficiários por tipo de contratação em julho de 2016



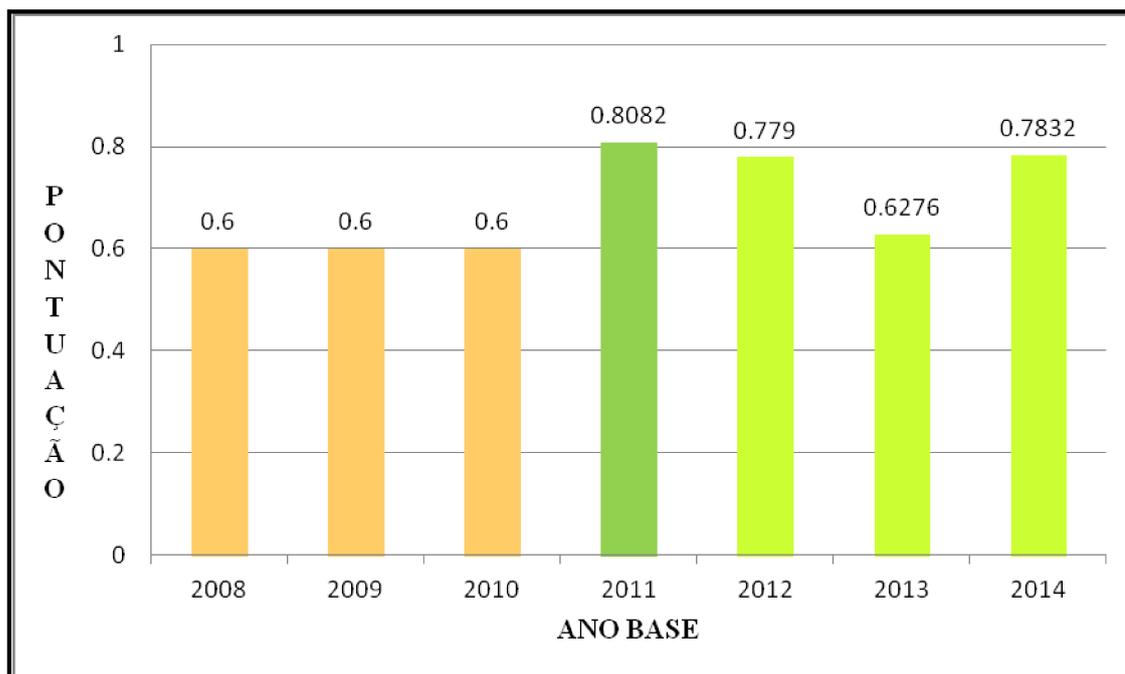
Fonte: ANS (2016b).

A última composição da Diretoria Executiva, do Conselho de Administração e Conselho Fiscal seguem a decisão da Assembleia Geral Ordinária realizada na data de 26 de março de 2014. Dentre a gama de serviços ofertados pela singular, o seu *site* na internet traz:

- Consultas médicas, exames laboratoriais, exames radiológicos e serviços de apoio diagnóstico;
- Tratamentos ambulatoriais em Consultórios Médicos, Clínicas e Pronto-atendimento;
- Internações hospitalares, clínicas e cirurgias – inclusive U.T.I. / C.T.I.;
- Exames e tratamentos de alta complexidade, como quimioterapia e radioterapia, diálise e hemodiálise, radiologia intervencionista, ressonância magnética, tomografia computadorizada, medicina nuclear, angiografia, etc.;
- Tratamento de saúde mental, nos limites da lei 9.656/98;
- Transplante de rim e córnea, nos termos da lei 9.656/98;
- Atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional;
- Atendimento seletivo em toda a Rede Credenciada: Médicos Cooperados, Hospitais, Laboratórios, Clínicas de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia;
- Atendimento 24 horas de urgências e emergências em Pronto-atendimento e Hospitais;
- Farmácia Privativa – Medicamentos a preço de custo para clientes da Unimed.

No último IDSS (2014, com ano base em 2013), a OPS foi classificada na Faixa 4 (dentre 5 existentes), com índice apresentado de 0,7832, tendo como destaque a dimensão satisfação do beneficiário (índice de 0,9508) e o menor índice, a atenção à saúde (índice de 0,6057). Em relação aos demais índices avaliados, o eixo econômico-financeiro teve ótima pontuação (0,9166), demonstrando liquidez e solvência por parte da operadora. Por fim, a estrutura e operação também ficou na última faixa de avaliação, no nível de 0,8373. Vale observar que, houve uma queda do desempenho entre 2011 a 2013, mas em 2014 já se nota uma recuperação, ficando em grau maior, inclusive, que do ano de 2012. Esse movimento pode ser observado a partir do Gráfico 2.

Gráfico 2 – Evolução do IDSS



Fonte: ANS (2015).

A partir dos dados apresentados, foi possível conhecer as origens e a situação em que se encontra a cooperativa estudada. Assim sendo, os próximos tópicos irão aprofundar-se na discussão de aspectos mais específicos da organização, baseado nas categorias analíticas escolhidas e elucidadas no referencial teórico do trabalho.

4.2. Categorias de Análise

O ponto de partida para as análises se deu por meio das categorizações, as quais foram agrupadas de acordo com a similitude dos conteúdos, resultando em 85 categorias iniciais. As categorias iniciais dizem respeito às primeiras impressões acerca da realidade organizacional estudada. Da mesma forma, a partir de um esforço analítico, essas categorias foram sendo aglutinadas à medida que a significação dos assuntos se cruzavam, dando origem a 20 categorias intermediárias. Por fim, esse agrupamento intermediário foi trabalhado de maneira que pudesse fazer parte das 4 categorias finais, que apesar da nomenclatura, foram as mesmas definidas no referencial teórico deste trabalho. Vale dizer que, caso alguma categoria inicial ou intermediária não fizesse sentido dentro daquelas quatro finais (cultura organizacional, estrutura organização, gestão estratégica e ambiente), uma nova categoria seria criada

resultando em outro tópico de análise. Porém, o pesquisador concluiu que isso não ocorreu e as categorias finais são apresentadas na próximas sessões.

Assim, o Quadro 4 mostra como foi realizado esse processo de categorização. Para não haver confusão em relação à nomenclatura, uma vez que as categorias finais são também as definidas como o ponto de partida deste trabalho, elas serão também chamadas, a partir de agora de metacategorias. Da mesma forma, como as análises partem das categorias intermediárias, essas serão chamadas apenas de categorias. Por fim, as categorias iniciais preservarão esse nome quando citadas ou receberão algum sinônimo, como por exemplo, categorias primárias.

Quadro 4 - Categorias iniciais, intermediárias e finais

Categorias Iniciais	Intermediárias	Finais
1. Visão/significação do cooperativismo	Estórias	Cultura Organizacional
2. História do Sistema Unimed		
3. História da OPX		
4. A importância do beneficiário	Valores	
5. Transparência com o cooperado		
6. Ética e Respeito		
7. Responsabilidade e comprometimento		
8. Valorização do Funcionário		
9. Normas e regras formais e informais	Normas e Regras	
10. Ritual de passagem	Ritos, rituais e cerimônias	
11. Conciliação de conflitos		
12. Tradição de patrocínio de festas e eventos		
13. Relacionamento da diretoria com os funcionários	Relacionamentos Interpessoais	
14. Relacionamento da diretoria com os membros do Conselho Administrativo		
15. Relacionamento com os Cooperados		
16. Conflito entre as áreas		
17. Peça-chave/ liderança	Heróis	
18. Visão da organização pelos funcionários	Crenças e Pressupostos	
19. Centralização das decisões	Centralização	
20. Autonomia limitada das áreas	Autonomia	
21. Funcionários multitarefas	Especialização	Estrutura Organizacional
22. Reconhecimento do funcionário multi por parte da gerência		
23. Atribuição de mais funções para redução de gastos		
24. Projeto de cargos e salários	Partes da organização	
25. Nomenclatura do Organograma		
26. Organograma informal		
27. Principais áreas da organização		
28. Área de tecnologia própria		
29. Coordenação entre as áreas		
30. Relação entre a singular x Intrafederativa x Federação		
31. Capacitação do Corpo diretivo	Atividade Política	
32. Atividade Política		
33. Decisões administrativas	Controle de Custos	
34. Redução do número de funcionários		
35. Importância da auditoria		
36. Monitoramento da Sinistralidade		
37. Revisão dos contratos		

38. Controle da Farmácia e do Centro-médico		
39. Foco de vendas de produtos		
40. Impacto dos planos antigos		
41. Comercialização interna dos produtos		
42. Impacto dos planos antigos na baixa sinistralidade		
43. Dependência dos planos antigos por adesão		
44. Coparticipação de todos os planos		
45. Características populacionais geram sinistralidade baixa		
46. Planejamento Estratégico não é utilizado		
47. Definição de metas, objetivos e planejamento		
48. Missão e visão da organização		
49. Comunicação dentro da operadora predominantemente informal		
50. Busca de informações no mercado para a tomada de decisões		
51. Auditoria Externa		
52. Gestão dos objetivos entre os cooperados e beneficiários	Verticalização	
53. Verticalização da Operadora		
54. Impantação da Farmácia		
55. Representatividade da Farmácia		
56. Funcionamento da Farmácia		
57. Farmácia exclusiva para os clientes	Alianças Estratégicas	
58. Buscar de informações no mercado para gestão da farmácia		
59. Parcerias entre Unimeds da mesma região		
60. Parceria com a Prefeitura		
61. Intercâmbio do Sistema		
62. Visão de grande futuro para a OPX		
63. Visão de parcerias público-privada		
64. Visão de mudanças na prática médica		
65. Objetivos para o futuro		
66. Relacionamento com os usuários		Ambiente Concorrencial
67. Relacionamento com o Hospital		
68. Funcionamento do relacionamento com os prestadores.		
69. Monopólio Hospitalar na Cidadela		
70. Relacionamento com outros prestadores		
71. Concorrência com outras farmácias		
72. Concorrência com outras operadoras		
73. Barreira à entrada de novos cooperados		
74. Influência da modalidade cooperativa		
75. Influência de outras cooperativas do Sistema Unimed	Normas e Ações governamentais	
76. Influencia positiva da ANS		
77. Influência da ANS sobre o rendimento dos cooperados		
78. Falta de visão da realidade das operadoras pelo órgão regulador		
79. Desproporcionalidade em punições pela ANS		
80. Ressarcimento ao SUS	Sistema Cooperativo	
81. Judicialização da Saúde		
82. Impacto da imagem/marca Unimed		
83. Impacto da cooperativa na Cidadela	Ambiente econômico	
84. Envelhecimento populacional		
85. Cenário político-econômico		

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2.1. Cultura organizacional

Esta primeira metacategoria emergiu do agrupamento inicial de 18 categorias primárias que, após um esforço analítico, se transformaram nas seguintes categorias intermediárias: estórias; valores; normas e regras; rituais, ritos e cerimônias; relações interpessoais; crenças e pressupostos; heróis. É a partir desse rol que se inicia a análise desse tópico, trazendo as narrativas dos entrevistados reunidas de maneira que facilite a discussão dos elementos que constituem a cultura organizacional da Unimed OPX.

A cultura organizacional da OPX foi analisada, a partir dos seus elementos, de acordo com a visão funcionalista do tema mostrada por Freitas (2007). Tais elementos, segundo a autora, são capazes de dar um tratamento mais concreto ao assunto e de revelar aspectos que passam despercebidos na vida organizacional cotidiana, causando certa surpresa quando estudado de maneira mais formal.

Os primeiros tópicos que foram explorado nas entrevistas deram origem à categoria **estórias**. Elas são “narrativas baseadas em eventos reais que informam sobre a organização, reforçam o comportamento existente e enfatizam como esse comportamento se ajusta ao ambiente organizacional desejado” (FREITAS, 2007).

As narrativas identificadas nas falas dos entrevistados como estórias dizem respeito tanto à história da OPX e também do Sistema Unimed. Os gestores do nível estratégico possuem um maior conhecimento dessas estórias. Por estarem há mais tempo à frente da organização do que os demais, acabaram sendo mais atuantes e envolvidos na trajetória da organização. Os coordenadores, por sua vez, estão há menos tempo trabalhando ali e afirmaram ter pouca ciência de todo esse transcurso. Apesar disso, a maior parte dos gestores disseram que a história é bem difundida na organização, mas isso não pode ser observado nos dados. De acordo com a fala de dois entrevistados:

Conheço. Não fui fundador, mas a gente conhece a história, é bem difundida e bem conhecida também (entrevistado 2).

Olha, assim a fundo, afundo não. Porque quando eu comecei, a Unimed já tinha [...] que nem a Unimed hoje tem 34 anos. Então quando eu comecei já tinha uma boa estrada (entrevistado 5).

Mesmo com afirmações de outros entrevistados de que não faltam ações de divulgação de estórias em reuniões, eventos e festas de final de ano, algo que preocupa os entrevistados 1

e 2 é a perda da visão cooperativista que vem ocorrendo ao longo do tempo, visto como consequência da falta de compartilhamento das estórias na organização. Segundo o entrevistado 1, apesar de os cooperados conhecerem mais o sentido da organização do que os funcionários, a mudança do perfil médico do cooperado mais jovem fez com que ele tenha se afastado da essência cooperativista, não se envolvendo assim, nas atividades administrativas da organização. Com isso, ele passa a agir de maneira individualista - apesar de o entrevistado usar o termo cooperativista - no sentido de buscar benefícios apenas para si mesmo que isso possa prejudicar os demais associados, conforme explica e exemplifica o entrevistado 2.

Eu acho que pelo próprio sistema. Muitas pessoas, os mais jovens principalmente, os médicos mais jovens entram na cooperativa sem uma perspectiva de crescimento dentro da cooperativa. Quando eu digo crescimento, é de participação na cooperativa. Ele entra como médico cooperado, ele vai para o consultório dele e quer saber quantas fichas ele recebeu por mês. Mas ele não quer participar da administração [...] Então eu acho que a cooperativa precisa [...] inclusive tem alguns trabalhos a níveis nacionais, já pra você voltar a interagir o cooperado com a cooperativa (entrevistado 1).

[...] Às vezes, como se tem vários médicos associados, você tem situações onde o médico está sendo corporativista, ou seja, ele está vendo o lado dele. E você tem os médicos que agem de forma cooperativista, que eles não pensam só neles. Eles pensam na cooperativa como um todo. Um exemplo de corporativismo? Achar que atender lá no centro médico não é uma coisa viável. Eu vou atender no meu consultório ou eu quero atender no [hospital prestador]. Isso é uma decisão corporativa [...] O conceito cooperativista é que você tem que ir onde é o seu ponto forte. Tem médico, por exemplo, que nunca entrou no centro médico. Falar pra você que é 100%? Não é. Mas tem pessoas que não saem de lá. Tudo direcionam para lá [...] “Ah, mas lá não dá certo de eu fazer...” Não tem como. Lá você tem enfermeiro, tem uma estrutura, tem local, tem ambiente, tem tudo lá (entrevistado 2).

As estórias devem ser reproduzidas e enraizadas, uma vez que segundo Freitas (2007) as estórias explicitam valores e formas de agir, indicando caminhos para que os participantes tenham suas ações coordenadas para um objetivo comum. O entrevistado 1 enxerga a importância da valorização da experiência passada e tenta reverter esse quadro ao afirmar que ações estão sendo feitas para reproduzir, a partir de pequenos filmes aos funcionários, narrativas sobre as origens e o processo de formação da cooperativa. Essa é uma iniciativa da Unimed do Brasil, que será absorvida pela singular, com o objetivo resgatar, principalmente entre os mais novos, a essência cooperativista que se perdeu ao longo do tempo.

Por se falar em **valores**, este foi outro elemento que se configurou como uma categoria dentro da cultura da organização estudada. E não poderia ser diferente, uma vez que Freitas (2007) enxerga os valores como o coração da cultura organizacional que estabelecem padrões para se atingir o sucesso. Eles indicam quais são as questões fundamentais a serem

observadas, que tipo de informação é mais importante no processo decisório, as áreas e profissionais mais respeitados, entre outras. Na singular foram identificados: a ética, a responsabilidade, o comprometimento, o respeito, a justiça, a importância do cliente e do médico cooperado e a valorização do funcionário mais antigo.

O conteúdo dos valores declarados não foge à regra da imensa maioria das empresas como arrola Freitas (2007), sendo bastante comuns. Mesmo não analisando todos eles em separado, nota-se que a ética, a responsabilidade e a valorização do funcionário que trabalha há mais tempo na organização foram destacados por pelo menos dois dos entrevistados, sendo, portanto, valores compartilhados em algum grau, dentro da organização. Vale o destaque que é feito pelo próprio entrevistado 1 de que muitas das vezes não é possível valorizar o funcionário da cooperativa no aspecto de progressão em sua carreira, por conta do número reduzido de cargos e o tempo em que os ocupantes estão na posição. Segundo eles:

Esse sempre foi o nosso objetivo. De você valorizar as pessoas que estão há mais tempo aqui. Então se amanhã, por exemplo, me vaga um cargo de coordenação, a preferência é você estabelecer esse caminho. É assim que funciona [...] Mas para que isso aconteça, a pessoa precisa dar o espaço, né [...] (entrevistado 3).

Nós fazemos as coisas com muita responsabilidade, a gerência, nossa gestão em si [...] A gente fica até com medo de mudar a gestão, por que quem será que vai tomar conta disso? Até hoje deu tudo muito certo, nós temos medo né? Toda mudança gera insegurança (entrevistado 4).

Eu acho que o principal é a ética de cada um, acho que é um valor [...] A responsabilidade é muito importante, acho que também faz parte e o comprometimento, mesmo, do trabalho. (entrevistado 6)

Como grafado também por Freitas (2007), os valores exercem importante papel em comunicar ao mundo exterior o que ele pode esperar de uma companhia. Se for assim, os beneficiários dos planos de saúde da OPX devem ter perspectivas positivas sobre o seu plano de saúde já que, o entrevistado 1, ao ser questionado sobre os principais valores em que se pauta, coloca o reconhecimento do usuário como o principal valor da organização. Segundo ele, “[...] se você falar qual é o melhor valor que você tem? É o nosso usuário. Mas usuários? Se você não tiver usuário, você não tem cooperativa. Então eu acho que o valor principal nosso [...]”. Apesar deste trabalho não ter avaliado a opinião dos clientes a respeito da OPS, essa afirmação pode ter fundamentação se tomarmos como evidência o fato de que o índice que avalia a satisfação dos beneficiários pela ANS, dentro dos parâmetros do IDSS, ter ficado com pontuação quase integral (índice de 0,9508, na escala de 0 a 1) e, mais do que isso, nenhuma reclamação foi registrada na ANS durante o último ano que consta tal avaliação.

A valorização do cooperado é um valor declarado no Regimento Interno da cooperativa, sendo parte de sua própria essência. Isto é, um dos objetivos da cooperativa é defender o mercado de trabalho dos seus médicos, na condição de autônomos liberais. Assim, a valorização do beneficiário e, ao mesmo tempo, do médico cooperado aparecem como situações antagônicas dentro da OPS, que carecem de uma busca de equilíbrio já que não é possível satisfazer os dois agentes de maneira plena, concomitantemente. Dessa forma, de um lado tenta-se cobrar um preço justo, com coberturas de serviços satisfatórios e do outro, procura-se remunerar o médico acima do que o mercado paga. Sobre o assunto, dois entrevistados se manifestaram da seguinte maneira:

É difícil. Não é nada fácil não. [valorizar o cooperado e o beneficiário] são coisas quase que antagônicas se você for pensar nesse sentido, mas a gente tem que fazer a pessoa entender que ela tem que se inserir dentro de um contexto que ela não pode estar 100% feliz ou contente com aquilo, mas ela pode estar mais contente do que descontente. Então nós vivemos dentro desse contexto. Agora é difícil pra você equilibrar as coisas, precisa de muito jogo de cintura pra poder equilibrar as coisas (Entrevistado 2).

Ah, tem que administrar isso. Na visão do cooperado, ele acha que ele ganha pouco. Na visão do beneficiário, ele acha que paga caro. Eu não diria para você que os dois lados estão errado. Mas cooperativa médica ela basicamente está atrelada a uma socialização dos serviços. Então não há como você valorizar demasiadamente a remuneração, os ganhos do médico porque você não vai ter a contrapartida. Agora, hoje, planos de saúde para o beneficiário a gente sabe que não é barato. É um custo que realmente representa muito no orçamento familiar. Mas ele não pode perder a essência da sua valorização, dos valores que o beneficiário está pagando. Imagina que nós estamos submetidos a várias situações. Eu tenho os prestadores que clamam por uma renovação de contrato por percentuais fora do que está preconizado. É lógico que, se o IGPM de repente está 10% ele vai querer 15%, para justificar que ele precisa dos 15% para tocar o negócio dele. Da outra forma, os 15% para mim não servem. Não é compatível mesmo porque eu não repasso isso. Agora, existe [...] eu diria para você que a [OPX], dentro daquela estrutura de valor, de coeficiente de honorários [...] eu acho que é uma das melhores que paga. Vi ontem em uma reunião. Nós pegamos uma relação das regionais aqui. Tem Unimed que paga o coeficiente de honorário a R\$36,00, R\$45,00. Hoje nós pagamos R\$60,00 (Entrevistado 3).

Outro valor fundamental para que uma cooperativa funcione harmoniosamente é a transparência para com o cooperado, a fim de integrá-lo junto a sua cooperativa. Dessa maneira, qualquer informação ou documento podem ser acessados por esses médicos assim como possuem o direito de tomar ciência sobre qualquer fato que aconteça na OPX, uma vez que eles são os próprios donos. Essa visão é mostrada na fala do presidente.

Outra coisa que eu acho fundamental é a transparência de todo o sistema para todo cooperado, que é dono. Se chegar um cooperado aqui agora e falar assim “Olha, eu quero ver...”. “Você vai lá e pode ver o que quiser”, entendeu? Então eu acho que essas coisas são fundamentais para uma cooperativa, para ela funcionar harmoniosamente (entrevistado 1).

A terceira categoria recebeu o nome de **normas**. De acordo com Freitas (2007), não existem organizações sem normas e regras, sejam elas explícitas ou tácitas. Diz respeito aos procedimentos ou comportamentos considerados como regras para a maioria das situações ou eventos organizacionais. A abordagem sobre esse assunto na singular teve respostas que em um primeiro momento pareceram distintas, mas que após profunda análise permitiram a subdivisão das normas em operacionais e gerais. Assim, as normas operacionais dizem respeito às regras e padrões impostos pela Agência Nacional de Saúde, pela legislação pertinente e pela Unimed do Brasil – por exemplo, regras de atendimento - e, por isso, são classificadas como formais. No entanto, as regras gerais, consideradas como aspectos básicos de convivência e atuação laboral são tomadas consideradas informais e condicionadas aos limites do que pode ou não ser feito. Assim, apesar das diferenças, as duas coexistem na organização, conforme expressado pelos respondentes:

A maioria das coisas são todas formalizadas. As regras que tem que seguir [...]Tem um padrão, tem as regras, porque mesmo pela ANS, tem coisa que pode e coisa que não pode. [...] Em questão de atendimento ao público, é isso que você está perguntando? (entrevistado 5).

É. Nós todos, cada um, independente de cargo ou de setores, nós sabemos o que é que cada um deve fazer. Nós não temos um manual que dita o que é que deve ser feito ou não, porém nós temos um caminho a seguir. Desde que se contrata um colaborador, são ditas algumas regras de maneira informal, porém a coordenação se incumbem de ir trilhando esse caminho caso haja algum desvio, mas a gente tem uma liberdade se caso haja alguma divergência, de tomar as rédeas da situação e prosseguir, mas é bem maneira informal. Eu creio que a Unimed hoje tem essa característica e vocês estão aqui nos questionando nesse estudo justamente por conta disso (entrevistado 4).

Durante as entrevistas, foram descritas situações que representam outra categoria: **ritos, rituais e cerimônias**. Trata-se de eventos organizacionais administrados e transformados em rotinas da OPX. A fala de um dos entrevistados revela que existem cerimônias, por exemplo, de inauguração de novos projetos, como foi o caso das novas instalações da Farmácia Unimed e do Espaço ‘Viver Bem’ – Núcleo de Atenção à Saúde, em fevereiro de 2015, constatado no *website*. Ao mesmo tempo manifesta um ritual de reforço e reconhecimento ao homenagear os funcionários, por exemplo, um que completava 25 anos de trabalho na cooperativa.

Ano passado mesmo nós tivemos um funcionário que fez 25 anos de casa, ele foi homenageado, e nesse processo todo, nesse evento, nessa data, eles contam bastante a história da Unimed [da Cidadela]. E o ano passado também, nós tivemos a inauguração do espaço novo da farmácia e do espaço Viver Bem, onde nós tivemos

bastante a contagem dessa história toda desde o início. Tivemos homenagens, foi bem bacana (entrevistado 4).

Uma tradição da cooperativa, devido as suas características regionais, é de patrocinar eventos e festas locais. Isso pode ser constatado tanto pela fala de um dos entrevistados quanto pela observação feita pelo pesquisador, em uma das visitas na sede administrativa, de cartazes de apoio a um torneio intitulado Copa Unimed Regional de Tênis e por suporte provido à equipe de futebol da cidade, também registrado no caderno de campo. Optou-se assim por considerar este um ritual de integração. Apesar de Freitas (2007) falar em eventos de integração entre os membros da organização, aqui foi considerada também a integração da organização com a comunidade, pois possui o condão de afirmar a participação da operadora na sociedade não apenas como uma empresa que comercializa planos de saúde, mas como parte integrante dela.

Uma coisa que a gente faz questão e, inclusive, isso sempre foi da própria Unimed, mas a gente intensificou um pouco, é nós mostrarmos para a comunidade que nós somos uma empresa daqui e uma empresa cidadã. Então tudo que a gente procura fazer dentro da nossa parte de “*marketing*” entre aspas ou de propaganda [...] tem a propaganda que você faz institucional, dentro da própria Unimed, tem a propaganda de vendas que é uma coisa diferente, mas tem também aquela que não é propaganda. Eu acho que é um dever nosso [...] Então, ao longo dos anos, nós sempre participamos de todos os eventos. De tudo que você pensar aqui, até do [Cidadela] Futebol Clube a gente participa. E eu vejo isso como interesse porque nós precisamos mostrar que nós somos daqui, que nós participamos da comunidade nossa, nós não queremos ser só Operadora de Plano de Saúde, porque senão você vai ser igual, por exemplo, [três outros planos]. São gente de fora que estão aqui. Nós não somos assim. Nós somos daqui e participamos junto daqui [...] (Entrevistado 1).

Outra situação destacada pelo presidente da cooperativa é a maneira como um novo funcionário é selecionado e recebido para integrar-se à organização, chamado por Freitas (2007) de ritual de passagem. Foi constatado também um caso de negociação de redução de conflitos que existiu há algum tempo de forma única, pois segundo ele, a cooperativa vive harmoniosamente. As duas situações são aqui mostradas:

[...] todo mundo que entra na cooperativa eu recebo na minha sala. Se eu contrato você [...] O [gerente administrativo] contratou. Você vai na minha sala, eu agradeço por você vir trabalhar aqui, eu explico como funciona, quais são os graus de hierarquia e eu sempre falo que a minha porta [...] eu nunca trabalho de portas fechadas. A minha porta está sempre aberta. Se você tiver alguma dificuldade que você não conseguiu resolver nos seus níveis de hierarquia, você pode entrar na minha sala, sentar lá e conversar comigo a hora que você quiser. Todos sabem disso. Desde a hora que eu chego aqui, a porta da minha sala está aberta. Excepcionalmente, quando um funcionário procura para tratar algum assunto

particular, fecha-se a porta, senão não. Mas, quem manda sou eu [risadas] (Entrevistado 1).

Tivemos uma disputa ferrenha, digamos assim, tem dois grupos [...] Quando nós tivemos isso, foi uma vez só, logo quando eu cheguei aqui. Nunca tive isso em minha vida e empatou uma eleição, 15 votos para cada um. Foi a única vez que eu vi alguma coisa diferente. Fora disso, acho que não. Nós vivemos até harmoniosamente (Entrevistado 1).

Vale notar que essa primeira fala do presidente evidencia mais dois aspectos da cooperativa: a centralização das decisões, que será discutida mais adiante (tópico 4.2.3), por melhor se encaixar na categoria de gestão; e a proximidade dos funcionários no relacionamento vertical, ao afirmar que a porta da direção está sempre aberta. Essa última característica faz parte de uma categoria que será discutida no próximo parágrafo.

Assim, a categoria diz respeito aos **relacionamentos interpessoais** dos membros da organização. Optou-se por torná-lo um novo elemento dentro da análise da cultura organizacional, uma vez que as relações entre os membros da organização se dão em diversos sentidos e de maneira complexa. Assim, apesar de não ter sido enquadrado em nenhum dos elementos descritos por Freitas (2007), foram explorados aspectos da proximidade entre a diretoria e os demais funcionários (relacionamento vertical), da diretoria com os membros do Conselho Administrativo e demais cooperados (relacionamento cooperativo), e também entre os próprios funcionários (relação horizontal).

De maneira geral, todas essas relações estão compassadas pelo fato de ser uma organização pequena. Segundo o Entrevistado 1, apesar de haver dificuldades comuns de relacionamento, seja de cima para baixo ou lateralmente, são situações contornáveis que, em alguns momentos, nem mesmo chegam à diretoria, diferente do que acontece em uma Unimed maior. Todos os setores da cooperativa possuem uma grande liberdade com os diretores, seja pelo fato de o presidente e o superintendente estarem todos os dias no complexo organizacional ou de o presidente sempre manter as portas de sua sala abertas. Esse relacionamento extrapola o âmbito profissional, uma vez que, segundo os relatos, o presidente procura ajudar os funcionários a resolverem problemas, até mesmo pessoais. Com relação ao Conselho Administrativo não é diferente, já que a formação dele são os cooperados que formaram a chapa da direção que está em exercício.

No que diz respeito aos demais cooperados, essa condição muda um pouco. Apesar de se ter uma relação salutar e até mesmo de amizade entre alguns dos cooperados com a direção, existem algumas situações de divergência de conceitos e posicionamentos entre uma

minoria, conforme afirma o gestor administrativo. O superintendente relata que “existe atrito com certo grupo de cooperados que não entendem ainda o que é o cooperativismo médico”, perspectiva esta que vai ao encontro da assertiva do diretor presidente que enxerga essa assimilação como o maior desafio do sistema cooperativista médico ao dizer que:

Hoje, eu acho que o maior desafio é mostrar para o cooperado que ele ainda é o dono da cooperativa. Então, eu acho que o maior desafio nosso é mostrar para ele que nós não somos um plano de saúde como os outros. Nós somos uma cooperativa e quando e se fala em cooperativa, ele é dono. Quem entra aqui para ser cooperado também participa como dono. E eu sou apenas um instrumento dele aqui dentro. E isso se perdeu um pouco no tempo. A maioria dos cooperados vê a cooperativa, hoje, como um plano de saúde que tem que pagar sem ele ter as responsabilidades que ele deveria ter como dono. Eu acho que esse é o maior desafio pra gente voltar a ter uma cooperativa forte, de um modo geral, não só no nosso local (Entrevistado 1).

As **crenças e pressupostos** também são tidos como sinônimos para expressar aquilo que é tomado como verdade dentro de uma organização e que reduzem a angústia e ansiedade do grupo perante qualquer incerteza (FREITAS, 2007). Dentro da OPX, foi considerado como crença o fato de os coordenadores considerarem a empresa como um ótimo local para se trabalhar e como incerteza e ansiedade, a crise da economia brasileira e o fato de que um dia haverá a troca das pessoas que ocupam os cargos diretivos, respectivamente. De maneira natural, os coordenadores entrevistados justificam essa crença pautados nos seguintes aspectos: é uma empresa bem vista e bem quista por todos; é bem administrada; estável; idônea; sem atrasos de pagamentos e encargos; financeiramente estável; e que gera expectativas positivas para o futuro.

Para cada um independente é gostoso trabalhar aqui, falar que você trabalha na Unimed. Às vezes as pessoas “Ah, a Unimed só quer receber o plano médico por mês”. As pessoas ficam revoltadas pela questão da crise financeira, da crise econômica, da crise da saúde, da educação e inúmeros fatores que acabam afetando. E o Brasil todo mundo tem que pagar para ter uma saúde, então a gente paga pra ter um plano médico, o que nos outros países não acontece, você já tem uma boa saúde. Então [...] Mas aqui, em [Cidadela], a OPX é bem vista, é bem quista por todos (Entrevistado 4).

O diretor presidente e o gerente administrativo da cooperativa médica mostraram um maior domínio dos temas que envolvem a organização, de acordo com o ponto de vista do pesquisador. Na consideração dos entrevistados, eles são vistos como peças-chave, como heróis organizacionais. O gerente foi citado pelos entrevistados 4 e 5 como alguém com uma grande capacidade de gerenciamento. “Até a gente brinca: “se um dia ele faltar o que vai ser da Unimed?” (Entrevistado 4) . Já, o presidente, foi apontado como base da singular pelo

próprio gerente administrativo, que enaltece o seu papel de liderança na organização, citando o exemplo da criação do centro médico : “O centro médico hoje [...] Tem aquilo lá por causa de uma pessoa só. E ai depois o pessoal vai [...] Tem-se uma liderança, depois você vai e puxa, senão não faz” (Entrevistado 3). Por isso, estes dois e seus feitos são considerados como último elemento da cultura organizacional aqui analisado: **sagas e heróis**, capazes de despertar a admiração e orgulho dos membros e simbolizar um modelo de comportamento (FREITAS, 2007).

Não há como afirmar que um elemento é mais importante que o outro. Se pensarmos nos valores, por exemplo, eles “precisam ser repassados para os funcionários, pois muita das vezes eles se perdem” (entrevistado 1); assim como as crenças, para que não haja discrepância entre o discurso e a prática; e também com as estórias, para não se tornarem obsoletas e esquecidas (FREITAS, 2007). Os valores costumam ser reforçados por outros elementos culturais, como as estórias, os rituais, as cerimônias, as normas, etc. Dessa forma, todos os artefatos culturais, sejam eles formais ou não, parecem estar ligados entre si e foram capazes de trazer traços representativos da cultura e determinantes para o sucesso da OPX.

Em uma atividade fortemente regulamentada e controlada, como é o caso da saúde, a Cultura Organizacional assume um papel fundamental, visto que esse também é um serviço de natureza humanitária. Isto é, a Cultura Organizacional passa a mediar o rigor da formalidade, regulamentação, controle e perspectivas financeiras com o lado humanitário da prestação de serviços. Isso tem consequência para o desempenho organizacional na medida em que interfere na maneira como a organização direciona os seus objetivos, suas ações e aplica sua gestão direcionada à qualidade da prestação de serviços médico.

4.2.2. Estrutura Organizacional

Esta metacategoria se expressa pelo agrupamento inicial de outras 12 categorias que, após um esforço analítico, se transformaram nas seguintes categorias intermediárias: centralização, autonomia, especialização do trabalho e partes da organização. Essa relação foi o ponto de partida para a elaboração desse tópico, que trouxe a análise de aspectos da estrutura organizacional da OPX.

A OPX possui aproximadamente 50 sócios cooperados. Ser um médico cooperado significa ser proprietário, pois é dono de parcela da sociedade juntamente com seus pares, e ao mesmo tempo ser fornecedor, ou seja, prestar serviços médicos a que ele se dispõe conforme

orientação da cooperativa. As ideias e objetivos de cada sócio nem sempre se coincidem e, em algumas das vezes, são divergentes (conforme reconhecido no tópico Cultura Organizacional). A concentração das decisões nas mãos do presidente ao invés da prática de decisões participativas foi notada como uma consequência da existência de conflito de interesses entre os cooperados, mostrando ser essa uma característica da estrutura da cooperativa. Apesar da centralização não eliminar os conflitos existente com uma minoria de cooperados, ela é capaz de dar respostas mais rápidas e satisfatórias àquele grupo que está à frente da organização.

Quando todo o poder para a tomada de decisões situa-se em um único ponto da organização ao invés de estar disperso entre muitas pessoas, a sua estrutura é classificada por Mintzberg (2003) como centralizada. Na cooperativa, o poder de decisão está concentrado nas mãos de um único indivíduo, que é o dirigente situado no topo da hierarquia. Destarte, a primeira categoria a ser explorada dentro do tema foi chamada de **centralização**. Ela ocorre de maneira aberta e explícita, conforme constatação das falas que seguem:

Então o poder decisório, eu faço [...] eu sou centralizador, se é isso que você quer saber. E eu não sou muito “petista”, não precisa fazer muita reunião pra decidir alguma coisa. Você tem que decidir com consciência, com sabedoria e ter uma explicação para a sua decisão. Você pode até errar, é um direito seu errar. E quando você errar, você tem que saber ouvir e falar “errei, vou corrigir”. Mas você tem que ter um poder de decisão na mão. Se você for muito flexível com o seu usuário, se você for muito flexível com o seu funcionário, fica difícil você conseguir trabalhar (Entrevistado 1).

Eu não tomo decisão nenhuma. Todas as decisões são passadas pelo doutor [...] Ele vai escolher o banco que ele quer, eu coto para ele e mostro, a gente aplica sempre no final do mês[...] Eu acho que facilita, porque todos nós do departamento de cadastro, financeiro, faturamento, a gente se dirige ao [gerente administrativo] e ele ao [presidente]. Às vezes a gente faz junto, fala com o doutor. Mas eu acho que sim. Tá tudo centralizado nele (Entrevistado 6).

De maneira lúcida, o presidente justifica essa maneira de se estruturar pautado no fato do tamanho da organização em que está à frente: uma cooperativa pequena. Apesar dessa não ser uma tendência da maioria das empresas, a Entrevistada 4 está convencida de que é assim que tem que ser porque dentro de uma Unimed conversadora como a OPX “as funções são inúmeras, os problemas são inúmeros e poucas pessoas fazem de tudo um pouco.” Esse é o meio mais seguro de coordenar a tomada de decisão na organização, lembra Mintzberg (2003).

A centralização está fortemente relacionada ao *desing* dos cargos dentro da organização. A formalização desse comportamento retira o poder formal dos operadores e

gerentes que os supervisionam e o concentra próximo ao topo (MINTZBERG, 2003). Dessa forma, os demais gestores da organização possuem autonomia reduzida e limitada apenas a decisões que tenham que ser tomadas de forma imediata ou a situações específicas, mas sempre se reportando aos níveis hierárquicos superiores até que chegue ao topo. Eles são unânimes em confirmar essa realidade. Por outro lado, os médicos – sejam eles cooperados ou prestadores – gozam de maior autonomia diante a não interferência na prática médica, apesar das ferramentas de controles impostas pela cooperativa. “A cooperativa dá o direito, por exemplo, do cooperado exercer a prática, atividade médica de uma forma um pouco mais tranquila (Entrevistado 3). Por isso, a **autonomia** é a segunda categoria considerada nesta parte do estudo e é vista, de acordo com um dos entrevistados, da seguinte maneira:

[Tem-se autonomia] Até certo ponto. Até um determinado limite. Na verdade, aqui tem decisões que tem que ser reportadas, não tem jeito. Se você falar assim “não, mas eles deveriam ter autonomia”. Mas você acaba centralizando pela vasta experiência que você tem, no caso, eu acabo centralizando algumas decisões das coordenações. Acabo centralizando em mim, acaba centralizando na outra gerente operacional. Por sua vez, eu acabo centralizando as minhas decisões, porque eu acho que tem que ser dessa forma, eu tenho que estar próximo da diretoria. Então existe uma centralização, uma boa parte com os diretores. Eu tenho autonomia, por exemplo, para comprar uma máquina. Eu vou comprar uma impressora, eu compro uma impressora. Mas eu me reservo no posicionamento que se eu acho que deva ter uma impressora nova aqui, eu vou falar com o diretor. Eu levo tudo pra ele. Tem algumas decisões que a gente acaba tomando, o básico eu “toco”. Mas eu acho que se eu for ter que, por exemplo, comprar uma televisão, eu acho que tenho que falar para ele, eu me reporto a ele. No caso é o [presidente], porque o [presidente] vem todo dia aqui. Então, as autonomias são com parâmetros. Para você ter uma ideia, eu tenho uma coordenadora financeira que se precisar [...] existe uma cobrança indevida do beneficiário. Se for precisar dar o desconto de uma cobrança indevida, ela tem que se reportar ao superior. Está errado? Está errado, se cobramos errado temos que reparar o erro. O que acontece é que modelo gestor de centralização é ruim porque você acaba, por exemplo, sufocando quem está centralizando. Da outra forma, como você não está presente a todo momento nos setores, essa orientação normativa precisa porque a pessoa sabe que ela está sendo supervisionada (Entrevistado 3).

O trabalho pode ser considerado especializados em duas dimensões: horizontal e vertical. A primeira diz respeito à forma predominante da divisão do trabalho e se relaciona ao escopo, ou seja, quantas tarefas diferentes estão contidas em cada trabalho e qual a amplitude desse trabalho. A especialização horizontal aumenta a repetição do trabalho, facilitando assim, sua padronização e também focaliza a atenção do trabalhador, facilitando assim a sua aprendizagem. Já a especialização vertical do trabalho relaciona-se à profundidade do controle sobre o trabalho. Em um extremo, o trabalhador é quem controlam cada aspecto do seu trabalho além de executá-lo (MINTZBERG, 2003).

A exploração que se faz nesse permite dividir a análise em duas frentes: os funcionários que atuam de maneira administrativa e àqueles que exercem a prática médica. O grau de especialização – horizontal e vertical - na cooperativa da Cidadela pode ser considerado baixo no que diz respeito às práticas administrativas, uma vez que os funcionários exercem múltiplas funções. Um exemplo que ilustra isso é retirado da fala “[...] todo mundo faz um pouco de tudo. Então eu não sou só farmacêutica, eu atendo balcão, eu vou no caixa, eu faço a parte administrativa, compras, fechamento do mês e ajudo até em outras coisas que não fazem parte da farmácia, em si, para a Unimed” (Entrevistado 6). Essa maneira de dividir o trabalho é justificada da seguinte forma:

Eu diria pra você que essa é a estrutura que tem que ter. Você vai falar assim, por exemplo, determinado setor precisaria de mais gente? Poderia, talvez, quantitativo. Talvez determinado setor sim, mas eu tenho que viver com o que hoje eu tenho. Não adianta eu querer colocar mais duas pessoas no atendimento, mais uma pessoa no cadastro, mais uma pessoa no faturamento. Eu não vou ter nem estrutura física para isso, nem caberia. Mas funciona, bem específico. Cada um na sua área. Evidente, por exemplo, que aqui, como eu te falei, eu tenho toda a área interna, exceto a parte contábil e de TI, os outros setores são comungados com o atendimento. Contas médicas eu tenho duas pessoas lá que vão para a recepção para atender. Nosso pessoal do faturamento e do cadastro vão pra frente, pra atender. O setor de financeiro, quando exige, eles vão pra frente pra atender. Esse pessoal, eles estão mobilizados para dar esse respaldo, além do que, eu tenho determinadas pessoas que estão aqui, na administração, que dão apoio pra mim lá no centro médico, na área de recepção, no final de semana e eventualmente durante a semana. Então eu tenho 4 ou 5 pessoas que trabalham aqui que entram na escala de final de semana, de atendimento. Isso já é definido já quando contrata “Eu estou te contratando pra esses dois lugares”. Eu não estou tirando daqui pra ir pra lá, porque eu poderia. Mas só que chega no final de semana, estruturalmente a recepção lá, como é 24h eu preciso fazer um rodízio, eu não posso trabalhar com duas só. Porque eu trabalho 24h, que jeito que eu trabalho com duas? Então sábados, domingos e feriados a gente divide as tarefas de horário (Entrevistado 3).

Apesar de admitir a dificuldade de se trabalhar em mais de um lugar, principalmente nos finais de semana e durante a madrugada (no caso do centro médico, em que o atendimento é 24 horas), o gerente administrativo valoriza o funcionário que se dispõe a isso, mesmo que essa seja uma exigência feita antes da contratação. Se não fizer dessa maneira, o gestor acredita que isso causaria uma ociosidade nos funcionários além do que, caso contratasse mais trabalhadores, aumentaria os gastos da cooperativa de maneira desnecessária. Em outras palavras, o objetivo é evitar o aumento dos custos com a folha de salários da organização.

Já no caso dos médicos, sejam eles cooperados ou prestadores, a especialização é considerada alta, mas apenas no caso da especialização horizontal. Posto que existe um grande número de especialidades médicas como cardiologia, oftalmologia, ortopedia, dermatologia, entre outras, cada trabalhador é responsável por determinada atividade e área da

medicina, sem interferência de um no trabalho do outro. Já na dimensão vertical isso não ocorre e a especialização é considerada baixa, típica de trabalhos profissionais. Isso ocorre com profissionais cujo trabalho exige conhecimento e habilidades consideráveis. Portanto, essa abordagem deu origem à categoria denominada **especialização do trabalho** e as suas consequências foi tema tratado por Mintzberg (2003, p.40) que argumenta

Em trabalhos mais complexos, como na medicina, a especialização traz vantagens e desvantagens. Os grandes avanços – por exemplo, cirurgia cardíaca, controle da tuberculose, transplantes de vários tipos – têm muito a ver com a especialização da pesquisa e do trabalho clínico, mas, também, têm erguido muitas barreiras artificiais na prática da medicina. Poucos médicos veem o corpo como um sistema integrado; ao contrário, tratam artérias entupidas, estresse emocional ou alimentação incorreta.

A estrutura organizacional pode ser ilustrada a partir do organograma, capaz de representar um quadro preciso da divisão de trabalho no que diz respeito aos cargos existentes, agrupamento de unidades e como a autoridade formal flui entre eles (MINTZBERG, 2003). Na organização estudada, não houve conformidade entre as respostas do questionamento sobre a empresa possuir ou não um organograma formalizado. Apesar de alguns entrevistados afirmarem positivamente sobre a sua existência, isso não pode ser confirmado, pois esse documento não foi disponibilizado pela gerência apesar de solicitado. Isso levou o pesquisador a crer que a declaração do presidente sobre o organograma ser apenas informal é a que prevalece.

Existe. Nós temos um organograma. Na maioria das vezes [é seguido à risca] sim. Porque nós temos a presidência, formada por um grupo de médicos, que são os donos da cooperativa, em sequência temos o gerente administrativo, gerente operacional da operadora e por sequência vem os coordenadores. Coordenadores financeiros, eu da farmácia, a [nome] do centro médico e assim por diante. Maioria das vezes é seguida mesmo essa sequência (Entrevistado 4).

Informal. Esse organograma que você está dizendo ele vai ser bem estabelecido agora quando fizermos o plano de cargos e carreiras. Ele vai ter as coordenadorias instituídas, a diretoria, qual a gerencia que fica ligada a [...] Então você vai ter todo esse organograma bem montado. Isso está pré-estruturado, mas não está ainda em andamento. Vai sendo colocado em andamento (Entrevistado 1).

E uma observação a ser feita é sobre o projeto de cargos e salários, citados no trecho acima. Trata-se de um projeto desenvolvido pela Unimed do Brasil e que foi compartilhado para as Unimed intrafederativas. Assim, na intrafederativa sediada em uma cidade vizinha isso já foi desenvolvido e, o próximo passo, é implementá-lo na OPX. Consiste na “Colocação de nomenclatura correta para cada funcionário. Você não é auxiliar de escritório, você tem uma função específica dentro da cooperativa [...] Eu sou faturista, eu sou auxiliar de auditoria. Então isso já está em desenvolvimento.” (Entrevistado 1). Depois que isso é

estabelecido, há um processo de avaliação periódica do funcionário, que deve cumprir algumas etapas e exigências (por exemplo, interesse pelo trabalho, desenvolvimento no trabalho, interesse em formação, cursos, etc.) de maneira que, dentro das responsabilidades que ele possui, o seu salário chegue ao valor que é pago na região.

Apesar de o organograma não ter sido apresentado, é importante entender o funcionamento da organização, as posições que existem, o seu agrupamento em unidades, o sistema de autoridade e graus de hierarquia, etc. No intuito de facilitar essa visualização ao leitor, isso é feito nos parágrafos que se seguem a partir das cinco partes básicas da organização propostas por Mintzberg (2003): cúpula estratégica, núcleo operacional, linha intermediária, tecnoestrutura e assessoria de apoio, que já foram também explorados no referencial teórico. Essa categoria foi chamada de **partes da organização**.

A cúpula estratégica é formada pela diretoria da cooperativa. Os mesmos membros da Diretoria Executiva fazem parte também do Conselho de Administração, que são o Diretor Presidente, o Vice e o Superintendente. Como o Vice-Presidente faleceu no ano de 2015, quem está à frente da organização, de maneira ativa são os outros dois diretores.

“Na verdade você tem dividido a diretoria em Diretor Presidente e o Superintendente. O Superintendente seria aquele que faz parte do dia a dia, auditoria junto com os nossos funcionários, e as atividades representativas da cooperativa ficaria mais a cargo do Presidente. Mas em uma cooperativa pequena como a nossa, o poder decisório fica na mão do Presidente” (Entrevistado 1).

Para entender o núcleo operacional, sugere-se a divisão em duas frentes: os funcionários não especializados e os especializados. Essa primeira diz respeito à maioria dos funcionários das diversas áreas conforme explica o gerente administrativo ao dizer que “o negócio é setorizado. Eu tenho o setor de contabilidade, eu tenho o setor fiscal, de Recursos Humanos, conta médica, faturamento, cadastro, e o financeiro” (Entrevistado 3). Esses funcionários estão distribuídos em 3 unidades da organização: a sede Administrativa, a Farmácia, o Núcleo de Atenção à Saúde e o Centro Médico e alguns deles, principalmente no que diz respeito ao atendimento direto ao público estão alocados em mais de uma dessas unidades. Por outro lado, tem-se nessa classificação os médicos na condição de prestadores de serviços de saúde, uma vez que a definição proposta por Mintzberg (2003) envolve todos os membros que executam o trabalho básico diretamente relacionado à prestação de serviços. Esses possuem alto grau de autonomia sobre o seu trabalho, que é realizado de maneira especializada.

O elo de ligação entre a cúpula estratégica e o núcleo operacional é composto principalmente por dois gerentes que exercem supervisão direta: o gerente operacional e o

gerente administrativo. A amplitude de controle, que diz respeito ao número de operadores que um gerente supervisiona, é grande, uma vez que essa linha intermediária, principalmente o gerente administrativo, exerce a coordenação de quase todas as áreas da organização. Além disso, existem alguns coordenadores como é o caso da farmácia, do centro médico e assim por diante, como explica o entrevistado 4. Isso é típico de organizações pequenas de acordo com Mintzberg (2003). As funções de um dos envolvidos é descrita por ele:

Bom, tudo que envolve a parte administrativa fica por minha responsabilidade, tá? Por ser uma Unimed pequena, você acaba agregando outras atividades além da área administrativa. Administrativo, toda a parte que envolve a parte organizacional aqui dentro, funcionário acaba, por exemplo, a parte dos Recursos Humanos. A parte, por exemplo, do comercial eu acabo tomando conta também. Acaba centralizando. Também, a gente exerce uma supervisão com a diretoria juntamente no centro médico. Eu vou todos os dias lá, na farmácia também. Apesar de que lá tem a coordenação administrativa, mas você fica por exemplo na questão do suporte. Farmácia também tem uma coordenação, mas você fica numa estrutura de suporte também, supervisão. Então as coisas relacionadas, por exemplo, a contratos, atendimentos, que envolve a área comercial. A única coisa que, por exemplo, eu acabo não me envolvendo é no setor de contas médicas. Que nós temos uma outra pessoa que toma conta disso, que é a que está afastada. O setor de contas médicas envolve a questão de autorização de procedimentos, entendeu. Basicamente o atendimento assistencial do paciente, do beneficiário. Autorização, liberação [...] se eu tomar conta disso, não daria certo, eu não daria conta (Entrevistado 3).

A tecnoestrutura é formada por analistas de controle que efetivam certas formas de padronização da organização (Mintzberg, 2003). Não se pode pensar em outra área que se encaixasse nessa descrição, senão a área da tecnologia da informação da cooperativa (TI). Segundo o presidente, a organização “tem uma área de TI e tem que ter. O programa é o [nome do software], é muito específico e está em desenvolvimento. Toda a região vai ser [nome do *software*] também. Mas ela é fundamental. Se falhar a TI você não consegue gerar nem um boleto de pagamento [...]”. Por isso o entrevistado considera essa área como um gargalo da organização, que fica totalmente dependente dela para o seu funcionamento.

Por fim, a assessoria de apoio diz respeito a unidades especializadas criadas para dar apoio à organização fora de seu fluxo de trabalho operacional (Mintzberg, 2003). Assim, foi identificada na OPX a assessoria jurídica, que é realizada por um escritório terceirizado, que presta serviços à Federação e a assessoria atuarial, serviço também disponibilizado pela intrafederativa às suas 17 singulares que compõe a Federação, conforme:

[A relação com São Paulo é] Forte. E um canal aberto, o que você precisar. Te dão apoio [...] A intrafederativa tem um ponto [...] tem um peso forte, porque ali tem o atuarial. Hoje, a Federação [nome], o departamento atuarial que me dá as orientações, que são exigências da lei, está dentro da intrafederativa. O meu jurídico, corpo de jurídico que era de São Paulo, passamos para a interfederativa, aqui (Entrevistado 3).

A fala do gerente administrativo evidencia também a forte ligação que a OPX possui com a Federação. Além disso, a Confederação Unimed do Brasil também possui uma influência muito grande dentro da organização. Essa vinculação reforça a essência do cooperativismo médico do Sistema Unimed e também as peculiaridades existentes em sua estrutura em relação às demais modalidades de operadoras.

Então, por exemplo, nós temos a singular que é a [OPX]. Depois nós temos a regional intrafederativa, que é a [nome], que a gente pega todo o [área] do Estado aqui, que são 17 singulares, 17 cooperativas que são filiadas a essa e inclusive eu sou diretor lá, administrativo, dessas 17. Para que serve a intrafederativa? Na verdade, ela é hoje até uma operadora de plano de saúde, também. Ela capta grandes empresas, vende e repassa esse atendimento nas pontas que ela tem, nas 17 Unimeds, de tal forma que ela gera mercado de trabalho para o médico e gera captação para as cooperativas. A outra etapa é quando você vai para a FESP. O que é a FESP? É a reunião das 6 intrafederativas do Estado e as 79 Unimeds do Estado [...] 78, porque a Paulistana fechou. Então você reúne na FESP, que é a Federação do Estado de São Paulo, que também é uma entidade política. Essa é a coordenação de todo Estado. Também é uma operadora de plano de saúde, ela não é só política, tanto é que ela absorveu alguns planos de saúde da Unimed Paulistana quando faliu. E ela tem outro foco de venda de mercado e ela repassa também trabalho para as cooperativas do Estado de São Paulo. E o último degrau, seria a Unimed do Brasil, aí sim não é uma entidade Operadora de Plano de Saúde, mas uma unidade de integração nacional do Sistema, que é o grande diferencial da Unimed, que são os intercâmbios (Entrevistado 1).

Todos esses elementos apresentados tornaram o pesquisador apto a classificar a cooperativa estudada com base nos tipos básicos de configurações de uma organização propostos por Mintzberg (2003) e apresentados no referencial teórico. A OPX foi identificada como uma Burocracia Profissional. De forma resumida e já aqui explorada, esse tipo de configuração é marcado por (a) importância do núcleo operacional, que possui trabalho altamente especializado na dimensão horizontal, mas ampliado na vertical. Isto é, o médico é treinado e doutrinado pelo seu tempo de formação e residência e, posteriormente, exerce o controle de seu próprio trabalho, agindo de forma independente dos seus colegas, mas diretamente com os seus pacientes; (b) a coordenação da padronização das habilidades e conhecimento dos que fazem parte desse núcleo operacional; e (c) um ambiente complexo e estável como principal fator situacional, ou seja, os profissionais médicos utilizam procedimentos difíceis de aprender, embora bem definidos.

Por fim, vale lembrar que à medida que uma organização aumenta o seu tamanho, algumas características vão mudando. Mintzberg (2003) traz várias hipóteses de que, por exemplo, quanto maior a organização, mais formalizado será o seu comportamento; mais níveis hierárquicos; maior a divisão do trabalho e a sua estrutura, etc. Isso pode ser constatado

pelo pesquisador ao fazer o caminho inverso, saindo do campo de pesquisa de uma empresa grande, a Unimed do caso-piloto e posteriormente adentrando no estudo de caso da Unimed OPX.

Em síntese, a OPX foi caracterizada, quanto a sua estrutura como uma burocracia profissional marcada por (a) alto nível de centralização das decisões em detrimento da participação coletiva; (b) autonomia reduzida e limitada dos gestores e demais funcionários da organização; (c) alto nível de autonomia médica, apesar da existência de controles gerenciais de custos; (d) baixo nível de especialização dos funcionários administrativos combinada com alto nível de especialização dos médicos; (e) ausência de um organograma formal; (f) forte vínculo da singular com a Federação e Confederação do Sistema Unimed. Assim, a definição do tipo de estrutura reflete em como as tarefas estão divididas, como são coordenadas, onde as decisões são tomadas, quem tem o poder, etc. Isso ajuda a definir o caminho que a organização toma para atingir os objetivos, definir metas e planejamentos, o que tem influência direta sob o desempenho organizacional.

4.2.3. Gestão estratégica

Essa foi a maior metacategoria do trabalho, pois foi capaz de englobar outras 35 categorias iniciais. Porém, foi possível uni-las de modo que todas foram exploradas e se transformaram nas seguintes categorias intermediárias: sistema político; processo de planejamento estratégico; controle de custos; verticalização e alianças estratégicas. A partir desses assuntos, fez-se uma análise sobre os aspectos que fazem parte da gestão estratégica na cooperativa OPX.

A primeira categoria recebeu o nome de **sistema político**. Entender o nível de preparação dos dirigentes é fundamental para começar a análise acerca desse assunto. Isso porque, se pensado de maneira cuidadosa, nota-se que os responsáveis do topo da cooperativa são pessoas com formação médica. Isso poderia dar a falsa impressão de que eles não estão preparados para assumir obrigações gerenciais. Dentro da OPX, a visão de que o dirigente deveria aprender as suas funções dentro do cargo que foi assumido e sem nenhuma preparação prévia foi substituída ao longo do tempo (pelo menos nos últimos 4,5 anos) por outra, a de que deve existir também uma formação teórica do processo, por meio de cursos de gestão hospitalar, gestão de cooperativa e outros cursos, atividades e congressos específicos da área de gestão médica.

Diferentemente de hoje [...] por isso que eu te disse no começo que eu passei por vários cargos aqui antes de chegar à presidência. A gente tinha em mente, lá atrás, quando eu entrei na cooperativa, que a formação em dirigente seria ir galgando os cargos dentro da própria cooperativa e se formando como gestor. Hoje existe [...] a gente faz cursos de gestão, você tem cursos vinculados de um ano e meio a dois anos de gestão hospitalar, ou de gestão de cooperativa, inclusive com a Feluma, com a Federação Unimed mesmo. Eles dão esse curso de formação. Então se está procurando fazer uma coisa mais estruturada. Na época que eu entrei, a formação era feita dentro do próprio trabalho. Então você ia ser Conselheiro Fiscal, você tinha um curso de Conselheiro Fiscal, fazia aquela leitura [...] Depois você galgava o cargo de Vogal dentro da Diretoria, então você participava das reuniões ali e ia aprendendo o fluxo, o processo. Então, você se formava dessa forma. Os últimos 4,5 anos já se existe essa tendência de uma formação, vamos dizer assim, mais teórica do processo. E não “na marra”, não na “paulada” (Entrevistado 1).

Dessa maneira, os dirigentes buscam em instituições de ensino treinamentos técnicos que garantam fundamentações teóricas no exercício de suas funções administrativas. Mais do que isso, pode ser visto como uma maneira de legitimação do poder, uma vez que, segundo Morgan (1996) o conhecimento e as informações possuem importância capital como fontes de poder, já que quem controla esses recursos pode sistematicamente influenciar a definição das situações organizacionais e criar padrões de dependência. Isso também está atrelado a aspectos tanto da cultura quanto da estrutura organizacional. A maneira como está definida a autoridade, o fluxo de informações, as regras e normas e o tipo de relação entre os funcionários e a direção, garantem o peso das decisões em uma figura central e estabelecem padrões de dependência.

A direção da OPX é formada através de colegiados eleitos, por todos os médicos associados, para mandatos com duração de 2 anos, sendo permitida a reeleição do Presidente, Vice e Superintendente. Isso ocorre em todas as singulares, mas na cooperativa médica em questão, há uma peculiaridade: o Presidente está ocupando o cargo há 14 anos. Assim, a rotatividade dos quadros diretivos, a disputa acirrada por cargos e tudo que envolve o processo eleitoral, parecem não fazer parte da OPX, que é comandada pela mesma liderança já há bastante tempo. Além desse tempo à frente da presidência, o cooperado já desenvolveu outros cargos como Conselheiro Fiscal, Conselheiro de Administração e Vice-Presidente, e, hoje, atua também como diretor administrativo e de marketing da intrafederativa, estando dentro do Sistema há 28 anos. Apesar disso, esse aspecto político se evidencia como uma fonte de legitimação e de permanência no poder, pois se torna garantia de que o controle do processo decisório da organização fiquem centralizados. Segundo MORGAN (1996), o indivíduo que possui esse controle tem o poder de exercer uma grande influência nos negócios da organização a qual pertence.

Segundo dados provenientes das entrevistas, no Sistema Unimed como um todo, acontece de maneira diferente. Isto é, ao se sair do âmbito local e analisar o complexo cooperativo da Unimed do Brasil, a política se manifesta de forma mais vigorosa. A autonomia de cada singular vai se perdendo à medida que as decisões passam para o nível regional (intrafederativa), estadual (federação) e, ainda mais, quando envolve a Unimed do Brasil. Nessas instâncias, as deliberações se tornam mais complexas e passam a ser descentralizadas, pois passa a envolver as escolhas de várias unidades autônomas. Isso reflete de maneira direta nos processos dentro da OPX que, de acordo com o presidente, tornam-se mais lentos.

A Unimed do Brasil é uma entidade mais política, porque ela integra todo o sistema: o MERCOSUL, o Nordeste, o Norte, o Centro-Oeste, o Sudeste. Ela integra todo o sistema para que tenha um relacionamento saudável entre o sistema. Então, quando eu falei para você que atrapalhar um pouco é porque a questão política faz com que o processo dentro da cooperativa se torne um pouco mais lento. As decisões são um pouco mais lentas. Então, quando você tem que fazer uma decisão do Estado, você tem que reunir todo mundo, ouvir todo mundo. Não é uma coisa assim em que o Presidente da FESP tem o poder decisório total. Ele não tem. Ele tem que ter o apoio das singulares para ter um poder central. Com isso, muitas vezes, é um processo mais lento para que você tome alguma decisão que, muitas vezes, tem que ser mais rápida. Nesse sentido, eu acho que atrapalha um pouco (Entrevistado 2).

Por mais que esse processo político eleitoral seja encarado de forma bastante natural e que essa direção atual esteja há tanto tempo, houve manifestação de certo receio por parte dos entrevistados 4 e 6 ao se expressarem que poderá vir uma outra gestão e mudar a história da OPX, por exemplo, encerrando as atividades da farmácia e do espaço Viver Bem, caso enxerguem que esse tipo de negócio não vale a pena. Apesar disso, um dos gestores acha que isso não seja motivo de alarde, já que a gestão de uma cooperativa é sempre mais técnica do que política. Então ele afirma que mesmo que haja alguma mudança e “Se entrarem outros membros diferente daqueles que estão aqui, pode ser que eles deem um curso diferente. Mas a “espinha dorsal” ela não muda. A estrutura dorsal do sistema que é administração de assistência à saúde suplementar, ela não tem muito que mudar” (Entrevistado 3).

A segunda categoria foi chamada de **processo de gestão estratégica**. O processo de gestão estratégica está relacionado com o melhor posicionamento e desempenho de uma organização (PENA; MALIK, 2003; HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2007). Os entrevistados não foram coincidentes em suas respostas sobre a existência ou não do planejamento estratégico na empresa. Um deles não soube responder enquanto por parte dos outros existiram afirmações positivas e também negativas. Assim, realiza-se a discussão a partir das etapas do processo - análise do ambiente, formulação estratégica, execução da

estratégia e gerenciamento da estratégia - para que alguma conclusão a esse respeito possa ser feita, mas já se faz um destaque sobre a descrição de como é feito o planejamento na operadora.

Se eu falar, por exemplo, que esses planejamentos estratégicos [...] se a gente põe no papel, não. O que, na verdade, existe é [...] os conceitos e aquilo que você quer alcançar. Eu participo de algumas situações dentro do sistema de planejamento [...] a grande maioria dessas situações, o efeito prático disso, pelo menos para nós, não é [...] cada um tem a sua particularidade e o trabalho que a gente faz é muito de conceito [...] Desde que eu estou aqui, em nenhum momento nós sentamos e traçamos diretrizes do que vamos fazer no ano. Assim, por no papel. Poderia ter feito? Sim, mas você trabalha dentro daquilo que você tem de prioridade. Então, qual é a estratégia, hoje, da Unimed? É aumentar aquilo lá [o centro médico]. Manter a estrutura, melhorar o mecanismos do sistema de gestor aqui e dar um up lá (Entrevistado 3).

Sobre a primeira etapa, análise do ambiente, ela será analisada detalhadamente no próximo tópico já que, devido à sua importância, este trabalho a incluiu em uma categoria exclusiva para cumprir com os seus objetivos. Mas vale dizer que, a OPX faz essa análise de uma maneira muito informal, pois sabe quem são seus concorrentes, seus modos de atuação e números (de beneficiários, desempenho, preços, etc.), mas não monitora efetivamente os seus movimentos, nem considera a sua existência no momento de fazer qualquer planejamento ou tomar alguma decisão. Assim, não é feita nenhuma análise das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (SWOT) ou com base no modelo das cinco forças. O que é feito na organização se encaixa mais no modelo de análise situacional explicado por Pena e Malik (2011) como um modelo que se propõe a não fazer um diagnóstico a partir de uma listagem de fatores e condições, mas que tenta explicar o que ocorre em uma dada situação, utilizando alguns elementos explicativos. Trata de saber como o que ocorre levou à situação vivida pela organização e como isso pode ser utilizado para modificar o status quo.

A partir disso, o próximo passo seria elaborar a missão, visão e valores da organização. O que acontece na OPX é que isso tampouco existe de maneira declarada e formalizada como ocorre em muitas outras singulares e nas instâncias superiores do sistema. No caso da cooperativa, o presidente exprime a dificuldade em se fazer o planejamento estratégico em uma operadora de pequeno porte e que prefere planejar de maneira gradativa. Diz também que a comunicação ocorre de maneira mais informal e que esse tamanho a facilita muito. Por fim, deixa clara a opinião de que quando se fala em operadora de plano de saúde, o usuário deve ser levado em conta na hora de definir a sua missão e visão. Assim, a concepção do envolvimento de lideranças e equipes, de maneira participativa, para construir a

missão, o envolvimento de acionistas e Conselho de Administração para definir a visão e formular estratégias para atingir os objetivos propostos não existe na singular.

Mas o produto final é o usuário. Se você pensar [...] Aqui você tem que pensar missão, visão e o usuário. Porque ele faz parte do processo. Então é diferente você falar em saúde e de falar em uma metalúrgica. Tem que ter uma meta sócio-humana. Você não pode lidar com uma cooperativa ou um plano de saúde como você lida com empresas de peças de automóvel. Então, quando você fala em missão e visão, acho que tem sempre que estar envolvido nisso. A nossa missão, como empresa, é trazer algo de bom não só para o nosso cooperado, mas trazer também para o nosso usuário. Sem o nosso usuário, não tem cooperativa (Entrevistado 1).

De qualquer forma, os maiores objetivos da OPS não é apresentar destaque em seu desempenho, nem crescer muito a sua estrutura ou conquistar o maior número de beneficiários possíveis ou atuar em mais cidades. É menos ousado do que isso. Ela pretende simplesmente se manter no mercado da forma como está hoje. Isto é, os grandes desafios são otimizar os custos, verticalizar a sua estrutura até certo limite, manter a carteira de beneficiários e também que se preocupar em manter os funcionários motivados para atingir esse mesmo objetivo. Talvez possa parecer uma visão pouco significativa, pouco ambiciosa. Mas o momento econômico que o país vem enfrentando, com tantas empresas fechando e dentre elas as cooperativas médicas, a OPX aparenta ter os pés no chão. Isso mostra mais o seu lado conservador do que a falta de perspectivas, pois nem sempre crescer significa que o negócio está avançando.

Os desafios? Bom. A gente já está há 22 anos então a gente mais ou menos sabe, por exemplo, como as coisas acontecem anualmente, tá? O grande desafio, por exemplo, é tentar manter o pessoal de trabalho motivado, entendeu? O grande desafio é você tentar, como eu tinha adiantado, fazer com que nós não percamos tantas vidas. Esse é um dos grandes desafios administrativos, é você tentar manter a sua carteira, manter o teu grupo, por exemplo [...] imbuído do mesmo objetivo: que é atender o cliente com qualidade, né, com presteza. A gente exige muito isso. O que nem sempre, por exemplo, às vezes você consegue, né. Você não está presente. O certo seria você estar supervisionando o trabalho de todos os setores, a todo o momento [...] As vezes tem um funcionário que está atendendo e não está legal, e ele atende mal. Ai você tem um setor de enfermagem que as vezes a pessoa, não que ela queira fazer isso, mas as vezes está num dia ruim e atende mal o cliente, demora para atender. Então você precisaria, se não fosse você, ter uma pessoa para exatamente estabelecer esses parâmetros né. Mas normalmente é difícil [...] Mas esses são os desafios, manter a cooperativa na situação que ela se encontra hoje, otimizando custos, tentando produzir de forma que o retorno venha de forma satisfatória. Porque isso é cobrado, tá? Você é cobrado pelos cooperados. Basicamente, essa é a preocupação. Mas o objetivo é manter a estrutura que você tem. Com os beneficiários, porque não adianta nada você trabalhar muito o custo se não tiver cliente para atender, aí é duro, né (Entrevistado 3).

Um desses objetivos almejados apareceu muitas vezes nas categorias iniciais em assuntos como redução do número de funcionários, a importância da auditoria, revisão dos contratos e manutenção da sinistralidade, e deu origem à categoria intermediária **controle dos custos**. Segundo Pena e Malik (2011) os serviços de saúde vivem uma pressão constante por melhor gestão dos custos associados a um processo de regulamentação cada vez mais forte. O processo regulatório será tratado no tópico ambiente e por isso, o momento se limita a aclarar o **controle de custos**.

Segundo o entrevistado 3, a operadora pauta-se no conceito de trabalhar com menos funcionários. Em outras palavras, o gestor acredita ser inviável aumentar o grau de especialização das tarefas realizadas por cada funcionário, que ficariam responsáveis por determinado tipo de serviço pelo qual foi contratado. Ao se fazer isso, a empresa teria que contratar mais funcionários, o que causaria um inchaço na folha de salários e uma ociosidade em algumas situações. Ao invés disso, ele prefere o funcionário multitarefas, aquele que exerce o seu trabalho com uma amplitude maior de tarefas.

Outra maneira de se controlar os custos da cooperativa é controlar as contas médicas. A auditoria dessas contas é feita com critérios para que não haja excessos. O gerente administrativo deixa claro que não há interferência no trabalho do médico em negativas de exames ou procedimentos solicitados, por exemplo. O monitoramento é feito no sentido de conscientizar o médico, a partir de exigência de justificativas, critérios de urgência outros parâmetros que a legislação ordena. No que diz respeito aos prestadores, principalmente o hospital, a presença da auditoria é ainda mais forte, como explica o presidente.

Diferente do que se vê hoje, quando você interna uma pessoa em um hospital que não é da nossa rede, esse paciente fica, às vezes, mais dias internado porque precisa fazer renda para o hospital. Então aí entra o processo de auditoria, que eu falei que é importante [...] E além disso, nós temos aquela coisa de uma auditoria forte. Pacientes nossos, físicos, são internados. Nós acompanhamos ou mandamos o auditor ir lá, ver se o “cara” está na UTI, se vai precisar ficar na UTI mesmo, se não pode sair e ir para o quarto. Estou com 2 internados em [cidade vizinha], a enfermeira já foi lá fazer essa avaliação. Nós temos um contrato com a intrafederativa, ela vai lá e faz essa avaliação.

Os contratos são avaliados, sistematicamente, dentro de cada mês. Esse acompanhamento é feito devido ao grande número de inadimplência o setor vem apresentando, por influência da situação econômica atual. Este cenário faz com que a OPS perca beneficiários, pois o plano empresarial é muito difícil de ser vendido uma vez que as empresas não estão contratando, mas demitindo funcionários e fechando as suas portas. Os

planos pessoa física acabam sendo os mais vendidos, porém cancelados automaticamente quando o contratante não o paga há mais de 60 dias ou em casos em que ele mesmo pede o cancelamento. Nesse caso, buscar meios de cobranças jurídicos não compensa pelo número de ações judiciais que a empresa teria. Por isso, a revisão dos contratos existentes é a maneira encontrada para controlar esses custos, de acordo com o entrevistado 3.

Outro controle que se faz dentro da OPX é a questão da sinistralidade. Apesar desse indicador não ter se sobressaído nas conclusões do trabalho de Baldassare (2013), ele merece o devido destaque. Isso porque, enquanto a taxa de sinistralidade média de operadoras da modalidade cooperativa médica giram em torno 83% (dados de junho de 2016) a singular apresentou, no mesmo mês, o índice de 32,6% (ANS, 2016). Tentar entender as razões que levam a operadora a atingir números tão baixos não poderia ser deixado de lado. Assim, dentre os motivos que foram apresentados, destacaram-se as características da população local e o impacto da carteira de planos comercializados.

As características da população local, de elucidação mais simplificada, tem relação com o que os entrevistados 2 e 6 declararam. O primeiro atribui a baixa sinistralidade por mera sorte ou características da população enquanto que o outro acha que os beneficiários não usam tanto o seu plano de saúde porque a maioria deles não se encontra, ainda, com idade avançada. Se esse motivo tiver mesmo relação com a sinistralidade, há que se atentar pelo fato de que a população está envelhecendo e a pirâmide já está mudando, conforme observa o entrevistado 1. Segundo a ANS (2016b), o percentual de idosos da operadora já está em de 14,7%, praticamente 2% acima da média da modalidade cooperativa médica.

No que diz respeito ao perfil da carteira de planos que é comercializado pela operadora de maneira estritamente interna, a ênfase que se faz é no impacto dos planos antigos e na coparticipação cobrada nos atuais. Os planos antigos de adesão são planos empresariais considerados pelo presidente como um “coxim” da operadora. Isso porque eles possuem regras muito limitadas, pois são planos monitorados pelas próprias empresas contratantes que cobrem apenas consultas e exames básicos. Assim, apesar de haver um foco de vendas nos planos de maior risco que são os de pessoa física já que “[...] se eu focar só em grandes empresas, eu não formo um portfólio” (Entrevistado 1), existe a renda vinda desses planos antigos que acabam gerando equilíbrio. Destarte, nota-se uma dependência com relação à esse produto para o controle da sinistralidade, o que gera certa preocupação, conforme expressa o presidente.

Várias situações. Uma delas, que favorece a cooperativa, são os contratos de atendimento que eu tenho. Eu tenho volume de massa de usuários, onde eles ainda estão alocados em contratos anteriores à regulamentação [...] Que não tem internação, só consultas e exames de rotina. Tem o lado bom e o lado ruim. Você mantém uma estrutura de atendimento de segmentação onde eu tenho antiga regulamentação e nova. Como eu diferencio isso? É complicado. E nós resolvemos manter, aceitar o pedido da manutenção disso. Então, amanhã, uma empresa que tem 200 funcionários, esses 200 funcionários só tem consulta e exame de rotina. Na hora que ele precisar de internação, ele atende pelo SUS. Com isso, o índice de sinistralidade [...] Porque o que eleva realmente a sinistralidade são as internações. Mas na nova regulamentação eu mantenho duas segmentações: eu tenho a com internação e sem internação, com diferenciação de valores. Se a pessoa procura, hoje, um plano de saúde, eu mostro os dois. Tem pessoas que fazem com internação e tem pessoas que vão fazer sem internação. Com isso a mensalidade abaixa um pouco, ele vai no mais barato. Ele só não vai ter a internação, mas o restante ele tem tudo. Consultas, exames especializados, procedimento ambulatorial, tudo. Está aí quimioterapia, radioterapia, hemodiálise [...] “Ah, eu preciso internar”, o plano não dá direito. “O que eu faço?” SUS, particular, aí se vira. Então, esse perfil favorece (Entrevistado 3).

Mas também existe a preocupação de como nós vamos evoluir com a venda de planos. Hoje, como a gente está vendendo e vamos continuar vendendo de pessoa física com internação ou mesmo ambulatorial, qual que vai ser o equilíbrio disso? Nós podemos amanhã, ou depois, ter mais planos com internação e ter mais planos novos do que os planos antigos. Então esse equilíbrio tende a ir deteriorando com o passar do tempo. Só que as empresas que tinham esses planos antigos continuam colocando funcionários dentro deles, porque eles podem, pela lei, colocar dentro do plano antigo. Então isso está dando o equilíbrio (Entrevistado 1).

Não é possível fazer uma previsão da sinistralidade, uma vez que não se sabe qual será a despesa assistencial da operadora no final do mês. Assim, a cobrança de coparticipação (10% ou 20%) como fator moderador em todos os planos comercializados é uma realidade na Cidadela, conforme afirmam os entrevistados 1, 3 e 6. Isso diminui o valor da mensalidade cobrada ao usuário, porém o obriga a ter uma parcela de contribuição, além da mensalidade, toda vez que utilizar o seu plano. Segundo o entrevistado 1, “[...] a própria Agência fala que a melhor característica é essa, pois você tem o controle [...] é uma forma de você vender e compartilhar algum “risco”. Assim a coparticipação gera um bom retorno à cooperativa e é vista de maneira positiva entre os demais gestores, contribuindo também para o baixo índice de sinistralidade.

Para controlar melhor outros custos, como por exemplo em relação a medicamentos, materiais hospitalares, exames e outros, a operadora também aposta em uma estratégia de **verticalização** de sua estrutura. Dada a complexidade de questões que envolvem o tema, essa também foi considerada uma categoria tratada a parte. Assim, nota-se que a verticalização da OPX gira em torno de dois eixos: a Farmácia e o Centro-Médico.

Apesar de ser uma operadora pequena, ela tem a preocupação de investir em sua rede de recursos próprios. Em relação à farmácia Unimed, ela é vista pelos gestores como um

benefício extra ao usuário que adquire um plano de saúde, já que o atendimento do estabelecimento se dá de maneira exclusiva a esse cliente. A lógica de operação é comprar medicamentos de diversos fornecedores do mercado, aplicar uma pequena margem e vender ao consumidor final, de maneira que o preço seja praticamente o custo do medicamento, posto que não há fins lucrativos. Esse “*plus*” do plano contratado acaba criando um vínculo com o paciente “porque nós temos uma atenção farmacêutica diferente, porque as outras farmácias querem apenas a compra e a venda, não tem a atenção, não tem a discussão de uma receita, não tem o vínculo, criar uma amizade, criar um atendimento bom para o paciente em si (Entrevistado 4).

Há 19 anos atrás, quando foi inaugurada a farmácia, havia um grave problema: o custo do remédio era alto. Com essa lógica operacional de vender medicamentos sem fins lucrativos, as grandes redes passaram a trazer os seus preços para baixo, diminuindo a sua margem de lucro afim de absorver os clientes da Unimed e se manter no mercado. Por essa razão, o presidente da cooperativa a considera como uma balizadora de preços de medicamentos na cidade e a enxerga não como renda, mas como uma prestação de serviço ao usuário já que ao vender algum plano faz questão de dizer que “tem a farmácia com um preço justo para o seu remédio”.

Nem sempre a farmácia foi vista de maneira positiva pelos gestores já que, durante certo tempo, ela carregou prejuízos os quais a cooperativa teve que arcar. Porém, por toda a sua história e representatividade que ela possui para os cooperados e beneficiários, as diretorias que ali passaram sempre fizeram questão de mantê-la. Assim, a fase mais difícil foi superada com a estratégia de atrair mais os usuários. Assim, em 2015 reestruturaram a farmácia, reinaugurando-a em um novo espaço, contratando uma coordenação específica para dirigi-la, oferecendo um mix maior de produtos (por exemplo, cosméticos), enfim, criaram um ambiente propício nos moldes de uma farmácia moderna. Esse quadro financeiro negativo se reverteu e hoje ela atende, além dos beneficiários, o centro médico que também faz parte da estrutura da OPX, reforçando a aceção de que pode ser considerada uma verticalização da operadora.

A farmácia, historicamente, depois que mudou a sistemática tributária, a tributação do ICMS, a coisa mudou pro lado nosso. Porque nós trabalhamos com um custo administrativo fixo em cima dos produtos comercializados. E quando veio a substituição tributária do ICMS, me parece que em 2011 ou 2012, nós não conseguimos mais. Nós carregamos um prejuízo na farmácia antes de 2013, depois 2014 nos carregamos prejuízo. Prejuízo mesmo, de fechar o balancete negativo. Em 2014 negativo, 2013 para trás negativo e 2015, depois que nós montamos essa estrutura a coisa começou a mudar. Mas estrategicamente, nós fizemos um ambiente

favorável para uma drogaria. Antigamente eu estava em um “predinho”, em uma casa que tinha uma porta. A porta de entrada só. Então eu não tinha condição de dar um ambiente gostoso de entrar. Não tinha autoatendimento. Não tinha nada. Tinha um balcão, os medicamentos pra trás e os medicamentos pra dentro. Antes da substituição tributária, antes de 2012, o sistema que nós trabalhávamos de custo de medicamentos, arrentamos as farmácias aqui. Quando inaugurou arrentou. Era uma farmácia que não tinha espaço, a pessoa ficava na fila na calçada. Naquela época eu tinha 6 (seis) pessoas na farmácia para atender. Um horror, movimento absurdo. Todo mundo querendo e era uma condição de preço interessante. Com a substituição tributária, mudou-se a sistemática dos valores dos medicamentos. Então eu não poderia colocar um preço muito alto que eu não iria vender. Eu perdi muito no faturamento. Mas por quê? A minha estrutura de farmácia, estrutura física, o ambiente não dava condições. Foi “batata”. Inaugurou isso aqui, não no primeiro nem no segundo mês, mas no terceiro já começou a dar resultado positivo. Pra você ter uma ideia eu carregava, dos anos anteriores, 2012, 2013, 2015, eu carreguei um prejuízo de quase R\$70.000,00, negativo. Hoje eu acho que em mais 2 meses eu fecho o negativo, em um ano e meio (Entrevistado 3).

No mesmo ano em que foi inaugurada a nova sede da farmácia, a cooperativa médica entregou o seu novo Centro Médico, com uma estrutura destinada a atendimentos de urgência e emergência 24 horas. De acordo com as observações, a estrutura oferece salas de consultórios, sala para pequenas cirurgias, sala de atendimentos de urgência e emergência, local equipado para raios-x e endoscopia. A priori, construir uma estrutura tão moderna pode não mostrar a lógica de contenção de gastos que há por trás, uma vez que o investimento no local foi alto. Porém, a verdadeira intenção da operadora foi tirar alguns procedimentos que eram feitos no Hospital prestador e trazê-los para o seu domínio, em sua unidade própria. Isso porque há um histórico de conflitos e desacordos entre a cooperativa e o seu prestador, que é o único hospital da cidade. Assim, o local funciona como se fosse um prestador, ou seja, contabilmente é como se a OPS comprasse o serviço de lá, mas com a diferença de poder gerenciar os custos, uma vez que a unidade pertence à ela.

O próximo passo, como demonstraram todos os entrevistados, é aprofundar o processo de verticalização. Para isso, a operadora pretende transformar o local em um Hospital-dia já que além dos serviços prestados até o momento, ampliaria para a parte de internação e centro cirúrgico. Dessa forma, o presidente quer fazer tudo isso dentro das características que a OPS possui, no sentido de que irão se limitar à demanda existente, ao número de vidas que cuidam e ao que hoje enxergam como necessidade, como deixa claro em sua fala. Além de uma estratégia de maior autonomia e controle dos custos, ele acredita ser a única forma de sobreviver no mercado.

Sim. Apesar de sermos pequena, uma Unimed pequena, eu acho que a verticalização é a única forma de, no futuro, você sobreviver. Se você não tiver o custo na mão, você não vai conseguir sobreviver. Então como nós temos planos de internação, plano ambulatorial, você tem que procurar fazer com que isso seja feito dentro do

seu sistema. Uma unidade nossa, a intenção nossa [...] nós fizemos o centro de atendimento lá em cima, não sei se vocês conheceram. Nós temos lá na saída [da cidade]. Depois se você quiser eu peço ao [gerente] para levá-lo lá. Um lugar já pré-estabelecido que a gente ia dar um *up*. Quer dizer, que a segunda etapa seria internação, centro cirúrgico e tudo. Mas com o pé bem no chão. Nós não queremos fazer um hospital de 100 leitos, porque nós não vamos usar nem 20. Então a intenção é começar com hospital-dia. Todas aquelas atividades que você puder fazer no dia, você faria no hospital. A grande saída, para a medicina, hoje, é a desospitalização. Você tem que manter o cara em casa, você não tem que manter o cara no hospital. A não ser quando ele precisa. Então eu acho que a verticalização dentro do sistema tem esses dois [...] Primeiro, é tirar o cara do hospital, e segundo é colocar o cara que precisa, no hospital [...]Então a intenção é verticalizar, sim. É fazer uma verticalização dentro das nossas características. Não é fazer um hospital como a Unimed de [cidade vizinha] fez, com 120, 140 leitos. Não é pra isso que nós queremos. Mas dentro do máximo de verticalização que a gente conseguir atingir, nós vamos procurar, sim (Entrevistado 1).

Nos últimos anos, segundo Barney e Hesterly (2004), não apenas a competição é importante, mas a cooperação passa a ser uma ferramenta na busca de vantagem competitiva nos diversos ramos de atuação. Uma das formas de cooperar mais comuns são as **alianças estratégicas**. Veloso e Malik (2010) apontam como exemplos de atuação em conjunto de empresas neste setor, a parceria entre hospitais e OPS, principalmente no que diz respeito a procedimentos de alta complexidade (VELOSO; MALIK, 2010). Por mais que os gestores classifiquem a relação existente entre a OPX e o Hospital prestador como apenas algo contratual, no fundo é um bom exemplo de aliança estratégica, uma vez que muitos procedimentos e internações são realizados por esse prestador terceirizado, que recebe uma contrapartida financeira para isso.

Outras alianças realizadas e assumidas pela cooperativa como parceria, é o que acontece entre ela e a prefeitura e entre ela e as demais singulares da região. A respeito da prefeitura, ela cedeu em regime de comodato, durante 90 anos, o terreno onde hoje está instalado o Centro Médico enquanto que a operadora assumiu o compromisso de montar centro-cirúrgico, hotelaria e centro de referência. Existe, também, um terreno ao lado, pertencente ao município, que também já está sendo negociado nos mesmos moldes. Isso é valorizado pela cooperativa a tal ponto que o presidente enxerga essa e outras parcerias com o poder público como a grande saída para a saúde.

Outra coisa que eu vejo é que se nós conseguirmos verticalizar, nós também abrimos uma frente, a meu ver, aí é o que eu te falo sobre planejamento estratégico [...] na discussão que a gente tem na diretoria, o que eu defendo é que, com o futuro, o grande futuro para a medicina é a parceria público x privada. Eu não vou conseguir “tocar” e o SUS “não” vai conseguir tocar. Mas se nós formos parceiros nós vamos conseguir tocar. Então é isso que a gente tem discutido. Se eu tiver uma estrutura e eu criar uma parceria, eu consigo ter uma diminuição de custos. Pra eles vai saber bom porque eu tenho uma opção. [Por exemplo], “ah, eu vou operar uma hérnia”. Ele pode usar o meu hospital ou usar aqui, desde que eu tenha uma parceria. Eu vou fazer uma campanha preventiva, eu tenho o meu viver bem. Eu posso ser parceiro do

poder público. Por que não? Então eu acho que, a grande saída para a saúde, são as parcerias. Como em todo nível. Hoje não temos poder de investimento, o governo federal não tem, o poder estadual não tem. A parte privada ainda tem um pouco. Se eu fizer parcerias dignas, sem um querer “esfolar” o outro, eu acho que a gente consegue fazer alguma coisa. Então a minha visão ou da nossa diretoria, eu acho que é caminhar pra isso. A gente ter uma verticalização racional, dentro daquilo que a gente pode fazer (Entrevistado 1).

As Unimeds da região, principalmente a de uma cidade vizinha são vistas como coirmãs, principalmente por uma ferramenta exclusiva do Sistema Unimed, chamada de: intercâmbio, conforme explica o presidente. Assim, como a Unimed da cidade vizinha já possui uma estrutura de atendimento, ela dá suporte à OPX naquilo que eles não possuem, como por exemplo em UTIs, consultas com médicos retinólogos, etc. Em contrapartida, a unidade da cidade vizinha recebe pelo serviço prestado nos moldes estabelecidos pela Confederação das Unimeds, e os pacientes permanecem, assim, dentro do Sistema.

Por exemplo, você tem a Unimed [nome] e você tem aqui na [Cidadela] e tem uma urgência, você é atendido aqui. Isso se chama intercâmbio. Nós emitimos uma fatura dentro de uma coisa pré-estabelecida dentro da Unimed do Brasil e a Unimed [nome] nos repassa o seu atendimento para cá. Esse é o grande diferencial das cooperativas, esse intercâmbio, que é de gestão, de um modo geral, da Unimed do Brasil (Entrevistado 1).

Assim sendo, há evidências de que os gestores não utilizam as ferramentas de gestão estratégica porque: (a) o planejamento não é formalizado; (b) a utilização de informações e indicadores é pouco frequente; (c) não há um processo sistemático de estabelecimento de metas e avaliação de resultados; (d) a maior parte da equipe parece desconhecer ou tem baixo grau de conhecimento sobre os conceitos da administração e técnicas gerenciais. Porém, destaca-se no que se refere à gestão da cooperativa estudada (e) os mecanismos de controle de custos, principalmente no que diz respeito à sinistralidade; (f) as alianças estratégicas, principalmente o diferencial que o intercâmbio do Sistema traz e (g) a consolidação do corpo diretivo, capaz de tomar decisões mais técnicas do que políticas.

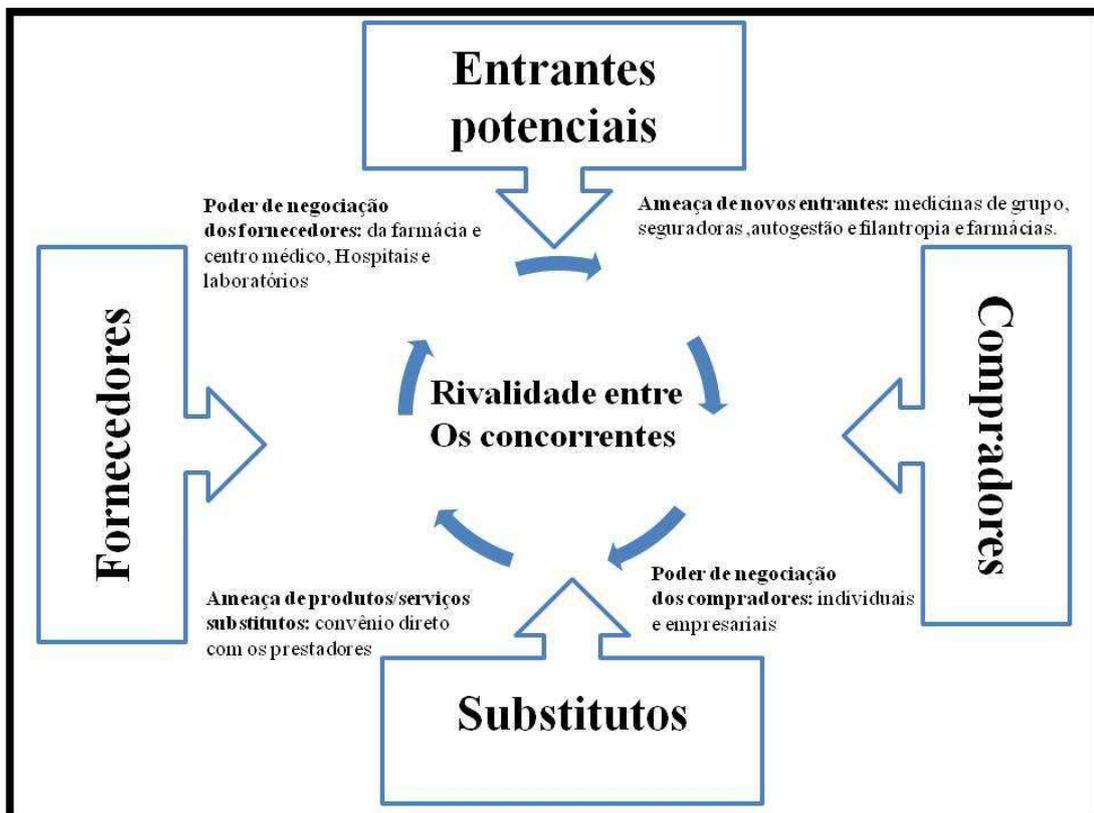
4.2.4. Ambiente

Por fim faz-se uma análise do ambiente externo da cooperativa. Essa categoria foi formada a partir de outras 20 iniciais que se transformaram nas seguintes categorias intermediárias: ambiente concorrencial, ações governamentais, ambiente econômico e Sistema Cooperativo. A partir desses assuntos, os dados foram reunidos de maneira que

geraram uma análise sobre os aspectos que fazem parte do ambiente externo da cooperativa OPX.

Para a análise desse tópico, o recorte do ambiente competitivo da OPX encontra-se alinhado ao modelo das cinco forças de Porter (2008). Este modelo é importante para a descrição e análise das forças e dos players (atores-jogadores) que compõem a concorrência. Nota-se que faz parte do ambiente da OPX como principais forças competitivas: os fornecedores de insumos (materiais, medicamentos); a negociação com os prestadores de serviços; a ameaça competitiva das medicinas de grupo, das seguradoras e das de autogestão; a negociação com os clientes. Para um melhor entendimento sobre o que será explorado, uma ilustração da obra de Porter (2008) e mostrada no referencial teórico foi adaptada à análise específica da cooperativa, dando origem à Figura 15 e à primeira categoria: o **ambiente concorrencial**.

Figura 15 - As cinco forças competitivas na OPX



Fonte: Adaptado de Porter (2008).

Nota-se que a cadeia produtiva deste setor gira em torno das operadoras, prestadores e beneficiários. Em relação aos novos entrantes, foram citados como concorrentes da OPX duas outras operadoras. A primeira é uma operadora médico-hospitalar, na modalidade filantropia, que cuida de aproximadamente 1.400 vidas. Já a outra é uma operadora médico-hospitalar na modalidade medicina de grupo, com aproximadamente 458.600 consumidores em todo o Brasil e atuação no interior de São Paulo. Embora atuem na Cidadela, são considerados como uma concorrência tranquila, cujas ações não incomoda a cooperativa médica. Além disso, não foram identificadas outras modalidades de operadoras no mercado, apesar de que a sua entrada no mercado não deve ser descartada.

Eu, ao longo desse tempo todo, eu nunca me preocupei com concorrência. Talvez a gente tenha uma situação extremamente favorável, que é a estrutura médica. Eu tenho estrutura para atender. Mas eu nunca preocupei muito com o que, por exemplo “Ah, o [concorrente] faz um contrato para eu pagar R\$100,00 de mensalidade e a sua é R\$200,00. Faz R\$100,00 que eu faço aqui”. Não, cada um tem sua estrutura, tem seu peso [...] Existe, por exemplo, o plano de saúde [concorrente]. Mas a gente não encara como um concorrente que assusta, porque eles perderam muitos beneficiários. Eles conseguiram no *up* do plano deles 3.000/4.000 usuários. Hoje, se tiver, tem 1.000 usuários nesse plano. Então perdeu muito. Não é que perdeu para mim. Tem muita gente que saiu de lá e veio pra cá e muita gente que saiu daqui e foi pra lá. Mas ele não nos amedrontou, comercialmente. O [concorrente], tem gente daqui de Cidadela que tem o [nome], que tem contrato com [cidade vizinha]. Só que a estrutura de atendimento do [nome] em [Cidadela] não é assim [...] Ela utiliza Hospital, teve uma época que colocou médico para atender no consultório e tudo, mas ela não é forte. Então o que acontece? Muitas situações que a gente vivencia. A pessoa ter o contrato com o [nome] só que não vai a [cidade vizinha], é atendida aqui. Ele está pagando a mensalidade para ter direito a assistência à saúde suplementar lá em [cidade vizinha] e é atendido aqui. Aí ele paga a consulta particular aqui. Porque em uma época atrás o [nome] não fazia uma negociação de contrato de valor absolutamente absurdo. Hoje ela existe também, ela ataca as grandes empresas. E ela vem forte mesmo, brava. Tanto é que, na região, essas usinas de cana-de-açúcar, ela está atacando assim, está mordendo absurdamente. Colocando propostas absurdas que não dá para acompanhar. A estrutura do [nome do concorrente] e de uma cooperativa médica nos moldes da Unimed é totalmente diferente. As pessoas que trabalham para o [nome] são contratados, aqui são sócios. Então o médico lá ganha R\$30,00 por uma consulta. Aqui eu não consigo pagar R\$30,00 para um cooperado. Lá, se o médico “descer” a caneta em exames, ele é penalizado. O que acontece? Você podia pedir 5, se pediu 10, esses 5 eu vou descontar do seu pagamento. Lá eles conseguem limitar os procedimentos (Entrevistado 3).

Outra concorrência que deve ser levado em conta, mesmo não estando relacionado com o serviço fim da cooperativa, é a presença de redes de farmácia na cidade. Foram identificadas duas grandes redes que brigam entre si no mercado, mas que acabam afetando a farmácia Unimed. Muitas vezes, as farmácias utilizam estratégias de preços abaixo do valor de custo para atrair a atenção do público. Isso leva o medicamento a um valor que a Unimed

não pode cobrir, caso contrário, teria prejuízo. Já que a sua farmácia é vista como um benefício ao usuário, por não ter fins lucrativos, isso traz uma visão negativa ao cliente, que pode optar por passar a comprar em alguma dessas redes. Vale ressaltar que a coordenação da cooperativa está sempre monitorando esses preços, com o objetivo de saber aquilo que está cobrando e também pagando pelos produtos está de acordo com o mercado. E chegaram à conclusão de que essa estratégia das grandes redes se dá de maneira temporária e em relação a determinados produtos, pois, de um modo geral, a farmácia Unimed continua cumprindo com os seus preceitos.

A operadora atua em duas frentes de venda de produtos: pessoas físicas e pessoas jurídicas. É claro o fato de que ela não baliza o preços de seus planos com base no que está sendo cobrado por outras operadoras e nem pelo que os outros clientes estão pagando. Sendo assim, os clientes, principalmente pessoa física não possuem grande poder de negociação com a operadora já que a empresa disponibiliza planos já determinados e sem a opção de não haver coparticipação. Talvez pelo fato de que “a pessoa, hoje, por exemplo, mudou aquela dinâmica de procurar assistência à saúde com o médico que você gostaria. Não é mais assim (ENTREVISTADO 1) ou de o ambiente concorrencial não ser acirrado. Certo grau de poder de barganha dos clientes pode ser notado em relação aos que possuem planos antigos de adesão. A operadora, segundo o entrevistado 3, aceitou o pedido de manutenção desses planos, cujo monitoramento é feito pela própria empresa contratante e limitado a exames básicos e consultas. Elas continuam colocando os seus trabalhadores nessa cobertura e esse é um dos alicerces que explica a baixa sinistralidade da OPS. Apesar do lado positivo de garantia de receita, essa situação causa algum grau dependência em relação à esses compradores.

E esse relacionamento entre a operadora e seu usuário, aparece como sendo o maior desafio em relação ao seu ambiente concorrencial. Apesar de, como profissional médico, o presidente ter mostrado uma abertura e proximidade em relação a seus pacientes, isso não ocorre com todos os médicos. Além disso, existem algumas situações citadas em que os beneficiários são exigentes, imediatistas, pensam em sua particularidade sem entender o contexto “Eu cheguei primeiro, quero ser atendido primeiro que essa pessoa, não quero nem saber se ela está morrendo”. Hoje, a coisa funciona desse jeito.” (Entrevistado 3). Assim, a cooperativa busca a satisfação do seu usuário através de um equilíbrio entre as suas demandas e as dos cooperados.

É difícil. Não é nada fácil não. São coisas quase que antagônicas se você for pensar nesse sentido, mas a gente tem que fazer a pessoa entender que ela tem que se inserir dentro de um contexto que ela não pode estar 100% feliz ou contente com aquilo, mas ela pode estar mais contente do que descontente. Então nós vivemos dentro desse contexto. Agora é difícil pra você equilibrar as coisas, precisa de muito jogo de cintura pra poder equilibrar as coisas (Entrevistado 2).

A ameaça de substitutos não ficou evidente nos dados coletados. Mas poderia ser vista como a possibilidade de os pacientes, ao invés de procurarem um plano médico para a prestação de serviço, passassem a negociar diretamente com os próprios médicos, eliminando o intermédio que, hoje, é feito pela operadora. Isso poderia afetar os ganhos e potenciais de crescimento da cooperativa, a depender da intensidade de ocorrência, mas não se mostrar um aspecto presente.

Por fim, dentre os fornecedores existentes encontram-se: fornecedores da farmácia e centro-médico, laboratórios e hospitais. A negociação que a Unimed faz para a compra de medicamentos e outros produtos que são utilizados na farmácia e no centro-médico não é tão forte. As grandes redes de farmácia conseguem preços mais baixos, pois compram em maior quantidade. Porém, como existem muitos fornecedores, o responsável pela unidade faz pesquisas de mercado entre os possíveis fornecedores e produtos, e assim, os fornecedores acabam não exercendo influência dentro da cooperativa, que pode trocá-los imediatamente, na maioria dos casos.

A negociação com os laboratórios e algumas clínicas também parte do princípio de relacionamento empresarial, de prestação de serviços e se dá de maneira saudável. Diferentemente, existem problemas no caso dos hospitais. Na verdade, a cidade possui apenas um hospital, já citado, o Hospital Prestador, que presta serviços para a cooperativa e para a prefeitura. Então a problemática já começa no monopólio hospitalar, pois o presidente acredita que “uma cidade como [a Cidadela], hoje, com 60.000 habitantes não pode ficar nas mãos de um hospital só”. Historicamente, existe uma animosidade entre os corpos diretivos da OPX e do Hospital Prestador. Apesar de ser uma entidade filantrópica, os dois possuem uma relação comercial marcado por difíceis negociações, glosas, cobranças indevidas e interrupção de contrato.

[...] eles tem o posicionamento deles, eles não abrem mão de determinadas coisas, eles não aceitam negociação. Para você ter ideia, por exemplo, teve uma época antes de 2003, voltando um pouquinho no tempo, a parte de faturamento do [Hospital Prestador] [...] quando chegava o faturamento nós tínhamos umas glosas. Nós fazíamos as glosas. Eles evidentemente utilizavam valores de cobrança totalmente incompatíveis com a realidade. E a gente glosava. Esse negócio durou 2, 3 anos até o momento em que ele interrompeu o contrato. Ele recindiu o contrato unilateralmente. E nós entramos com mandado de segurança para não perder os

atendimentos aqui [...] Única opção. Então nós ficamos sob liminar até por volta de maio. Isso aconteceu em dezembro e em maio o tribunal de justiça deu ganho de causa para eles e derrubou a liminar. Então nós ficamos de maio até novembro, até que se refez o contrato, que se sentou e renegociou o contrato e tudo e estabeleceu os parâmetros, nós ficamos praticamente esse tempo todo sem poder internar pacientes a nível convênio. Ou internava particular ou reembolsava o paciente. E a grande maioria de beneficiários, a grande massa de beneficiários que iam para ser internados ali, nós direcionávamos para [cidade vizinha] e para [outra cidade vizinha]. Então chegou em novembro e acertou-se. Eu diria que é uma relação difícil. Porque nós não temos determinados contratos de serviço no [hospital prestador] e na hora que chega lá, ao invés dela ser parceira [...] Deveria ser parceira “Olha, não temos esse serviço, vai lá ver na Unimed”, ela faz uma espécie de pressão em cima da família [...] não é assim que funciona. Eu acho que se tem a parceria, se é único [...] Eu diria que se o Hospital tem esse *feedback* de parceiro mesmo, a Unimed estaria ajudando este Hospital com melhorias estruturais, não precisaria ter montado uma estrutura “lá em cima” [centro médico] para atender. (Entrevistado 3)

As forças competitivas que envolvem a cooperativa estão manifestadas conforme foi explicado acima. Entender a maneira que essas forças afetam e moldá-las a favor da organização é crucial para a formulação de uma estratégia organizacional que leva à produção de desempenho superior (PORTER, 2008). Na realidade brasileira, no entanto, existem outros elementos externos às OPS que também influenciam o contexto. Essas características foram analisadas, segundo a visão dos gestores, a respeito da maneira que interferem na OPX.

Porter (2008), em seu modelo das cinco forças, afirma que o governo não seria melhor entendido como uma sexta, pois não há conclusão sobre como o seu envolvimento afeta a lucratividade de uma indústria. Porém, faz sentido a maneira que essas políticas governamentais afetam essas cinco forças e por isso elas foram tratadas aqui a partir de uma categoria chamada: **Normas e Ações governamentais**. Por sua vez, ela foi dividida entre o ambiente regulatório, que enfatiza a influência da Agência Nacional de Saúde sobre a operadora e em ambiente jurídico, que traz a tona o problema da judicialização da saúde.

É unânime a opinião dos entrevistados, em relação ao órgão regulador, que a Agência Nacional de Saúde exerce um papel muito importante na sociedade e no mercado de serviços de planos supletivos de saúde. Porém, eles questionam o poder de polícia desse órgão, que impõe certas normas e exigências que precisam ser debatidas e serem vistas por um outro ponto de vista, o das operadoras. Tanto no projeto-piloto quando no estudo de caso, o ressarcimento ao SUS, mesmo antes de ser colocado em pauta, apareceu como sendo um problema atual e que influencia diretamente os resultados das organizações de saúde, ao menos as cooperativas médicas. Segundo as palavras do gestor administrativo da OPX:

Eu acho que, por exemplo, a regulação dos planos de saúde foi muito interessante. Foi extremamente interessante. Você consegue equalizar os processos, a sua

conduta. O que, na verdade, nós discordamos da ANS é do **poder de polícia** que ela tem. Eu não compreendo isso. Você deve ter ouvido que [...] nós temos que administrar a questão do ressarcimento ao SUS. Então existe na lei, que se meu beneficiário, mesmo ele tendo plano com internação, e ele vai ser internado na [Hospital Prestador] pelo SUS, por que eu tenho que pagar isso? Acontece que o camarada vai lá por livre e espontânea vontade, porque se ele for pelo convenio, ele vai ter que pagar uma franquia, que é uma bobagem em termos de valores, hoje. Ele vai e interna pelo SUS, e depois a ANS me manda a conta para eu pagar. E o princípio constitucional que existe? Eu sou uma saúde suplementar, mas por que eu tenho que pagar? Ela me cobra isso. Todos atendimentos do SUS voltam para mim e eu tenho que me defender. Constitucionalmente [...] a Constituição fala que é dever do Estado oferecer atendimento de saúde a todos os brasileiros, mas aí me cobra. O poder de polícia da ANS é trágico, porque tudo que a gente faz é motivo de eles colocarem “se você não fizer isso, está sujeito a penalidade infratora com o pagamento de multa de R\$50.000,00”. Isso mata qualquer cooperativa. Eu vou te dar um exemplo. Eu tive 5 (cinco) casos aleatórios que eles escolherem, que nós aplicamos, em 2002 [...] nós não utilizamos o índice da ANS, nós utilizamos o índice IPC-Saúde. Está no meu contrato isso. Mas por que estava no contrato? Porque o contrato que eu fiz em 2000 tinha essa instrução. Eu padronizei, então, todos os contratos da renovação anual eu vou usar o IPC-Saúde. Eu não estou fazendo nada absurdo. Pegou 5 (cinco) situações aleatórias onde, quando já estava vigorando o índice da ANS que ela divulgava [...] o índice da ANS estava em 11,57% e eu aplicava 10%, do IPC-Saúde. Ela entrou com execução contra nós nos 5 (cinco) processos. A gente mostrou para eles que tudo bem, eu não pedi autorização. O meu contrato era o IPC-Saúde, portanto eu errei. Mas eu não prejudiquei o beneficiário. Para mim seria interessante eu por 11,57%, é lógico. Mas eu favoreci o beneficiário. Sabe quanto eu tenho depositado, nos 5 (cinco) processos? R\$300.000,00 depositados em juízo e estou discutindo isso, em execução. Esses poderes de polícia que a gente não entende. Esses processos que eles caracterizam como infração que a gente não compreende. É um absurdo isso [...] Eu não pedi autorização, mas o órgão regulador não existe justamente para beneficiar o contribuinte, o usuário? Na hora que você beneficia, eles desconhecem isso (Entrevistado 3).

Como pode ser notada, a indagação se propõe é em relação ao que seria obrigação do poder público e o que é dever da operadora, no exercício da sua liberdade de atuação privada. Mais do que isso, se existe um princípio constitucional que prevê o direito social ao cidadão de acesso à saúde de maneira universal, isto é, todo cidadão tem o direito a cobertura e atendimento fornecido pelo Estado, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), por que aquele que possui plano privado de saúde, ao ser atendido no sistema público, não teria também esse direito? Por outro lado, tem-se o fato de que a operadora recebe uma contrapartida do beneficiário que contratou o seu plano. Então, por que esse dinheiro não poderia ser repassado ao Estado, já que é ele quem está prestando o atendimento? O tópico parece não se exaurir nessas simples perguntas e necessitaria sim, de maior aprofundamento. Mas a prática é que, quando um beneficiário de qualquer plano de saúde é atendido pelo Sistema Único, quem paga (ou a menos deve pagar) a conta é a operadora a que este usuário está vinculado, e não o Estado. Ou seja, esse desentendimento não tem nenhuma relação com

o cidadão que requer apenas a prestação daquele determinado serviço, mas sim entre o ente público e o privado.

A ANS vem, desde 2003, identificando os atendimentos no SUS em relação a cada ano e segundo especialidade da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) daqueles beneficiários que possuem plano suplementar de saúde. Com relação à OPX, foram identificados aumentos desses atendimentos, principalmente nas especialidades de cirurgia e clínica médica até meados de 2012 e 2013, momento este em que se iniciou uma queda. No entanto, esses atendimentos chegam ao número atual de 1.027, envolvendo 854 clientes da operadora, o que representa 12,12% de sua carteira total. Desse total, o governo cobrou 35 atendimentos, cujo pagamento por parte da operadora, no montante de R\$29.358,33 ainda não foi identificado pela ANS. Alguns desses dados estão compilados na Tabela 5.

Tabela 5 - Sala de Situação: Ressarcimento

Atendimentos Identificados		
Identificados	Cobrados	Pagos
1.027	35	0
Identificação dos Beneficiários		
Quantidade	Quantidade de Benef. Total	% de Beneficiários Identificados
854	7.045	12,12
Ressarcimento ao SUS		
Valor Cobrado	Valor pago	Valor parcelado
29.358,33	0	0

Fonte: ANS (2016b)

As obrigações impostas pela agência faz com que as cooperativas não remunerem os cooperados da maneira que gostaria, porque grande parte do seu dinheiro tem que compor fundos de reserva, margem de solvência, Provisão de Eventos Ocorridos e não Avisados (PEONA). Na visão do presidente, é um dinheiro parado que poderia ser revertido para o próprio cooperado. Por outro lado, “a gente tem que entender a Agência, porque se quebrarem muitas cooperativas, quem vai ser o responsável? Então você tem que ter uma margem de

solvência, PEONA, um fundo de reserva para que, se ocorrer alguma catástrofe aqui, você tem dinheiro [...]” (Entrevistado 1). Outra contestação feita por ele foi a respeito das multas impostas pela agência, as quais ele considera desproporcionais. É mais uma forma de dizer que, apesar de questionarem algumas ações da ANS, entendem o seu papel. Mas o presidente faz um alerta:

É o que eu volto a falar. Eles precisam entender o sistema. Porque senão, eles vão quebrar todo mundo. Será que o SUS tem capacidade de absorver 40 milhões de pessoas que tem problema de saúde? Ele não está absorvendo nem quem ele precisa. Acho que a gente não tem que ter benesses não. Se tem a lei, tem que ser cumprida. Então eu vejo isso, só que eles precisam entender o sistema, ver o porquê do sistema. Não estou falando só a questão da operadora cooperativa Unimed. Estou dizendo as operadoras de um modo geral (Entrevistado 1).

Outro problema que vem sendo enfrentado pelas operadoras, de maneira geral, é a judicialização da saúde. A interferência que o poder judiciário possui sobre os procedimentos que uma operadora deve ou não dar aos seus usuários, sejam eles previstos ou não em contrato, é algo que preocupa os gestores das organizações. As singulares estudadas também manifestaram a postura de que um cuidado deve ser tomado em relação a essas decisões jurídicas, pois elas também podem prejudicar as contas da cooperativa. Mais do que uma precaução, os gestores da OPX se posicionaram no sentido de que os juízes devem interpretar o pleito dos beneficiários apenas com base no rol de procedimentos previstos no contrato de convênio médico, pois, caso contrário, seria uma ofensa ao que o próprio órgão regulador preconiza. Vale também a visão crítica de que o direito à vida do indivíduo deve ser considerado em qualquer decisão, mas as implicações que essas ações podem causar sem afetar as operadoras também merecem um tratamento mais detalhado, mas que não é objetivo deste trabalho.

No que diz respeito ao ambiente, além da judicialização da saúde e do ressarcimento ao SUS, a situação econômica do país foi um aspecto que se evidenciou durante as entrevistas. Por isso tem-se uma categoria separada e nomeada **ambiente econômico**. As consequências imediatas da crise atual não incomodam, ainda, a operadora em questão, que se encontra em uma posição favorável. Mas sabe-se que a situação desfavorável da economia está manifestada principalmente na diminuição da contratação de planos de Pessoa Jurídica, uma vez que essa adversidade sugere demissões e fechamento de muitas empresas, o que reflete diretamente nesse tipo de contrato. Além disso, existe o aumento na inadimplência e atrasos nos pagamentos por parte tanto das pessoas quanto das empresas. Esses problemas,

por mais que ainda não afetem o orçamento da empresa, devem ser atentamente encarados como um possível obstáculo a ser superado para manterem o desempenho apresentado.

[...]Então hoje, nós temos uma situação extremamente salutar e nós precisamos manter isso. Mas tem a preocupação que a crise [...] não é que eu não estou sentindo ela. Eu sinto ela, eu sei que ela está presente. Eu tenho contratos de empresa que está nos devendo. Nós vamos suportar isso até quando? Nós vamos suportar. Gente que nunca atrasava está atrasando. Gente que nunca deixou de pagar está deixando de pagar. Ela [a crise] está refletindo, mas ela não está me penalizando ainda. Essa é a grande verdade (Entrevistado 3).

Eu acho que nós vamos conseguir manter essa realidade que nós vivemos hoje. Eu tenho um cenário desses 5 (cinco) últimos meses de 2016, ele não está ruim. Mas eu sei que, por exemplo, eu estou perdendo beneficiários. Eu não tenho como segurar. O plano empresarial é muito difícil de aparecer agora. Eu não vendo plano empresarial agora. Eu vendo plano Pessoa Física. Mas eu perco muito Pessoa Física também. Hoje, eu avalio todas as minhas inadimplências e os contratos que eu estou cancelando, fechando dentro do mês. Então, tem uma pilha de contratos que eu estou cancelando, que pediu cancelamento ou está inadimplente há mais de 60 (sessenta) dias. E dentro desses contratos tem sempre a coparticipação que o “camarada” também não paga. E é o tipo do contrato, por exemplo, que eu não submeto eles a uma ação judicial. Ele deixa de me pagar 3 (três) meses de mensalidade e eu simplesmente, cancelo. Eu não tenho como cobrar judicialmente. Eu vou ter uma avalanche de ações aí que não valem a pena (Entrevistado 1).

Diante de todas essas particularidades desse ambiente que rodeia a OPX, restou a dúvida, entre os entrevistados, se há alguma vantagem ou desvantagem em ser uma cooperativa. O Presidente acredita que haviam vantagens que, com o tempo, foram perdidas. Hoje não se sabe, diante das regras impostas se são uma operadora ou uma cooperativa, já que em alguns aspectos seguem as leis cooperativas e em outros, as leis impostas às operadoras. Porém, o Superintendente acredita que, do ponto de vista médico, uma cooperativa é menos mercantilista já que o médico é também o seu dono. Já o gerente administrativo afirma que em uma cooperativa é possível, diferente do que ocorre em outras modalidades, socializar a medicina de forma que o exercício da prática médica ocorra de uma maneira um pouco mais tranquila. E, segundo um dos coordenadores, o acesso que o usuário, ao tratar diretamente com o dono da cooperativa ou quem está muito próximo a ele, e a rede ampla que desfrutam a fazem ser vista como uma vantagem.

Fazer parte de um Sistema, por mais que você seja uma singular com autonomia jurídica, administrativa e financeira, faz com que você carregue uma imagem, um marca. E na cabeça do cidadão leigo, a Unimed é uma só, isto é, representa uma mesma empresa que possui filiais espalhadas no Brasil. Por isso, apesar de todos os atributos do sistema, algum problema que, porventura venha a ocorrer, pode acabar respingando nas demais singulares, como foi o caso do fechamento da Unimed Paulistana, citada por todos os entrevistados, com

exceção do número 5. “Quando quebrou a Unimed Paulistana, eu tive que ir ao rádio e na televisão explicar para o povo que nós somos instituições diferentes. Apesar de sermos Unimed, eu sou uma singular. Eu tenho o meu presidente, a minha contabilidade, a minha fonte de renda [...] nós somos independentes (Entrevistado 1). Essa análise foi nomeada de **Sistema Cooperativo**.

Apesar de o tópico ter explorado mais os aspectos relacionados ao ambiente concorrencial da OPX com base nas cinco forças de Porter (2008), os dados mostraram que o maior impacto sobre o desempenho deve-se ao que foi chamado de Normas e Ações governamentais. Assim, assume-se que o maior aprofundamento nas normas e ações da Agência Reguladora (ANS) sobre a operadora e nas decisões que o Poder Judiciário vem tomando sobre pleitos dos beneficiários de planos de saúde trariam maiores contribuições ao trabalho.

Mesmo assim, pode-se dizer que em relação ao ambiente externo da OPX, as características encontradas foram: (a) pouca concorrência nas áreas de abrangência, sendo uma operadora na modalidade filantropia e outra medicina de grupo; (b) dependência em relação a algumas empresas que possuem planos antigos de adesão; (c) problemas decorrentes do monopólio existente em relação ao Hospital prestador; (d) ameaça de produtos substitutos não se mostrou evidente; (e) forte influência da ANS a partir de normas e exigências; (f) forte intervenção do Poder Judiciário por meio de decisões a favor do beneficiário; (g) situação econômica mostrou-se desfavorável e capaz de impactar principalmente o controle da inadimplência.

4.3. Discussão

O objetivo deste tópico é tentar responder a pergunta da pesquisa sobre **“Como o corpo de gestores da OPX compreende que a cooperativa médica conseguiu construir um desempenho organizacional superior ?”**. Como uma análise já foi feita na sessão anterior, optou-se por utilizar 2 fatores dentro de cada categoria proposta nos objetivos do trabalho (com exceção da gestão, em que vários fatores puderam ser reunidos em um peso negativo) que puderam influenciar com maior intensidade e outros 2 com menor potencial para a construção desse desempenho. O Quadro 5 sintetiza o que foi aqui descrito.

Como o corpo de gestores da OPX compreende que a cooperativa médica conseguiu construir um desempenho organizacional superior ?		
Categoria	Maior Influência	Menor Influência
Cultura organizacional	Valorização do usuário	Perda da visão cooperativista
	Proximidade entre a direção e demais membros da organização	Conflito entre a direção e um pequeno grupo de cooperados
Estrutura Organizacional	Centralização das decisões pelo presidente	Autonomia reduzida dos demais funcionários
	Forte ligação com a estrutura do Sistema	Amplitude do trabalho administrativo
Gestão Estratégica	Consolidação do corpo diretivo	Não utilização de ferramentas de gestão estratégica
	Forte controle dos custos	
Ambiente externo	Baixo grau de concorrência com outras OPS da região	Relacionamento com o hospital prestador é conflitante
	A existência da ANS beneficiou o mercado como um todo	Algumas ações governamentais são prejudiciais

Fonte: Elaborado pelo autor.

A **valorização do usuário** aparece como um dos valores mais importantes dentro da cooperativa. Os seus representantes, em muitos momentos das entrevistas, enaltecem o beneficiário como a parte mais importante da relação da prestação de serviços, pois sem eles não há que se falar em cooperativa. Esse valor é difundido a todo o corpo de funcionários, desde o momento em que ele é contratado pela gerência e apresentado aos demais até no seu dia-a-dia de atendimento como um reforço, principalmente àqueles que estão na linha de frente com o cliente.

Os relacionamentos interpessoais, mesmo não fazendo parte daqueles elementos trazidos por Freitas (2007) também representam aspectos da cultura da organização estudada, sugerindo que este seja um elemento extra a ser explorado ou, diante de critérios utilizados por outro pesquisador, possa ser enquadrado dentro dos já existentes. Assim, esse parece ser um elemento diferente dos que foram identificados por Braga (2013), que analisou somente os propostos por Freitas (2007). De forma oposta, o autor identificou um caso em que apareceram os tabus, o que não ocorreu neste estudo.

Esses relacionamentos se mostram como um fator positivo porque, no relacionamento lateral - entre as áreas da cooperativa -, por exemplo, ocorrem conflitos que são considerados por um dos gestores como situações contornáveis e que podem ser resolvidas nos níveis organizacionais em que ocorrem, não necessitando da intervenção da direção. Mais do que isso, considera-se que o mais importante seja o nível de **proximidade entre a direção e**

demais membros da organização, que é considerado alto. Assim, por mais que haja centralização das decisões, a facilidade de acesso ao presidente e de comunicação geram um ambiente propício para o bom funcionamento da organização. Essas situações são peculiares de Unimeds pequenas, como é o caso da OPX, já que nas cooperativas médicas maiores, acredite-se que isso não ocorra e as áreas, muitas vezes, nem se falam (entrevistado 1). Destarte, este também pode ser considerado um fator influente no sucesso da organização.

Apesar disso, o **conflito que há entre a direção e um pequeno grupo de cooperados**, mesmo que não incomode o andamento da OPS, pode ser como um fator de menor influência dentro da organização. Por isso, por mais que algumas ideias ou opiniões sejam divergentes, é preciso que se mantenha a unicidade da essência cooperativista, que pode ser considerado uma influência negativa ao bom desempenho, encontrado na organização. Se a visão corporativista passa a tomar o lugar da cooperativista, o médico age de forma contrária aos princípios do sistema e da singular, como se tivesse tomando um caminho contrário daquilo que está sendo feito, administrativamente. Se isso se permeia a grande parte do grupo, desencadearia em embates culturais, políticos e administrativos que prejudicariam a trajetória de sucesso da cooperativa. Por isso é preciso resgatar essa essência principalmente entre os mais jovens, conforme assumiu o próprio presidente.

Com relação à estrutura, a OPX foi classificada nos mesmos moldes de trabalhos como o de Duarte (2001) e Picchiali (2009), como uma burocracia profissional especializada. Dentro da cooperativa, o fato de o presidente **centralizar todas as decisões** é visto de uma maneira muito positiva por todos os envolvidos na gestão da cooperativa. O tamanho da cooperativa é determinante para que isso ocorra. Por outro lado, a **autonomia reduzida dos demais funcionários**, principalmente dos coordenadores pode ser visto como algo que não interfere tão positivamente no bom desempenho, pois pode desmotivar o funcionário, reduzir processos criativos e processos de inovação, fatores-chave na maioria das tarefas gerenciais (MINTZBERG, 2003). Assim, achar um meio termo pode ser uma boa alternativa já que não se sabe até quando o presidente permanecerá na direção da organização, enquanto espera-se que a cooperativa siga o seu fluxo por muito mais tempo.

O plano de cargos e salários, quando for totalmente implementado, pode reverter esse quadro de desmotivação uma vez que a intenção é valorizar o funcionário e a sua renda. Mas enquanto ele ainda for apenas uma intenção, existe um outro problema enxergado pelo pesquisador que é a **amplitude do trabalho administrativo** do funcionário do nível operacional. Executar muitas tarefas ao mesmo tempo e em locais e horários diferentes, pode

sobrecarregar o funcionário e prejudicar o seu rendimento. Certo grau de especialização poderia focar mais a atenção do trabalhador em suas tarefas e aumentar a sua produtividade.

Outro fator que se mostrou com forte potencial positivo foi a **forte ligação com a estrutura do Sistema**. Isto é, a estrutura que o Sistema Unimed possui permite que haja um vínculo da singular com a intrafederativa estadual e também com a Confederação Unimed do Brasil. Isso permite que a OPX utilize, por exemplo, serviços de assessoria jurídica e atuarial ao invés de contratarem funcionários exclusivos para essas tarefas, ocasionando redução de custos. Além disso, a estrutura do Sistema permite a troca de informações entre os gestores, a absorção de clientes de maneira integrada, e implementação de ferramentas de gestão exclusivas como é o caso do intercâmbio, que garante o atendimento do beneficiário em todo o território nacional.

O aspecto gerencial que chamou a atenção de Duarte (2003) foi o de que os dirigentes de Unimeds possuíam baixa profissionalização, uma vez que os cargos diretivos eram ocupados por médicos muitas vezes sem experiência administrativa anterior. Em discordância com esse ponto, este estudo mostrou que, apesar de os dirigentes continuarem sendo pessoas com formação médica, encontram-se mais capacitados, preparados e experientes para estarem à frente da organização.

Outra percepção diferente das que nortearam o estudo de Duarte (2003) foi constatada quando se fala do processo político dentro da organização. Segundo a autora, o período em que a cúpula estratégica da Unimed Petrópolis foi substituída, em 1997, foi marcado por intensa disputa política e a rotatividade dos quadros diretivos lá também era grande. Já na OPX, as eleições se dão de uma maneira mais tranquila, como se fosse uma simples formalização da legitimidade daqueles que assumem o poder, uma vez que o Presidente da cooperativa já está nessa posição há 14 anos. Vale lembrar que ele justifica a sua permanência pela falta de interesse dos demais cooperados, principalmente os mais jovens, em assumirem cargos e responsabilidades administrativas, uma vez que perdeu-se ao longo do tempo a essência do cooperativismo. Mesmo assim, essa permanência parece fazer com que a cooperativa siga sua trajetória com um mesmo modo de gestão, que a está levando a atingir bons desempenhos. Por isso, a **consolidação do corpo diretivo** é um fator considerado como positivo neste estudo.

Há evidências de que os **gestores não utilizam as ferramentas de gestão estratégica**. Esse fator é capaz de envolver outros, uma vez que: (a) o planejamento não é formalizado; (b) a utilização de informações e indicadores é pouco frequente; (c) a missão, visão e valores não

são definidos formalmente, (d) não há um processo sistemático de estabelecimento de metas e avaliação de resultados; (e) a maior parte da equipe parece desconhecer ou tem baixo grau de conhecimento sobre os conceitos da administração e técnicas gerenciais. Em um ambiente com extrema regulação, dinamismo, instabilidade econômica e muitas operadoras deixando o mercado, talvez possa ser um bom momento para incorporar esse processo organizacional dentro da cooperativa médica.

Apesar de não utilizarem tais ferramentas, o **controle de custos** aparece como algo forte dentro da OPX. Devido principalmente aos planos antigos empresariais de adesão e a cobrança de coparticipação como fator moderador em todos os planos comercializados, o custo assistencial pode ser controlado e permite a cooperativa manter uma forte gestão da sinistralidade, que está muito abaixo do que se vê no mercado de operadoras de plano de saúde, em aproximadamente 32%. Outros controles existentes na operadora, principalmente relacionados aos custos de produção, fizeram com que ela passasse a direcionar a sua demanda para serviços próprios, principalmente, com a criação do centro médico, da farmácia e do espaço bem-viver. Assim, ela está passando por um processo de verticalização, também enxergado como fator com forte influência no desempenho.

Nota-se que o ambiente concorrencial baseado nas cinco forças competitivas foi o mesmo encontrado por Picchiali (2008), com a diferença que ele analisou uma pequena empresa de autogestão e aqui é analisada uma pequena cooperativa médica, ou seja, lá as cooperativas são vistas como uma ameaça enquanto aqui é o objeto do caso estudado, o que torna as OPS na modalidade autogestão as concorrentes. Além disso, aqui foi identificado como concorrentes uma operadora na modalidade filantropia e as redes de farmácias, enquanto que no estudo do autor, isso não ocorreu. A **concorrência com outras operadoras** se dá de forma muito tranquila e natural, sem ações predatórias ou disputas ferrenhas. Isso é visto de uma maneira bastante positiva e talvez uma das razões que explique o fato de a Unimed não se preocupar em monitorar informações no mercado e estabelecer estratégias formais de gestão: não as enxerga como uma ameaça.

O **relacionamento entre a OPX e o Hospital prestador** mostrou ser uma influência que não favorece o bom desempenho, uma vez que ele é marcado por brigas judiciais, cobranças indevidas, glosas em pagamentos e interrupção contratual. Caso tivessem uma negociação salutar de parceria, no sentido de um colaborar com o outro, a Unimed poderia sair ganhando, por exemplo, por não ter que gastar em uma estrutura que demanda muito investimento como é o caso da construção do centro-médico e futuro hospital dia e por outro lado, o Hospital

Prestador poderia receber parte desses recursos para melhorar a sua estrutura, o que também seria vantajoso para ele. Essa é uma própria visão da cooperativa.

Algumas ações governamentais em relação ao órgão regulador como aplicação de multas desproporcionais, falta de visão da realidade das OPS, exigências financeiras altas, ressarcimento ao SUS entre outras, trazem impactos negativos para as ações da operadora e ao rendimento do médico cooperado. A intervenção do Poder Judiciário também é vista com aversão, já que estão cada vez mais exigindo coberturas assistenciais que não estão previstas em contrato. Por outro lado, a existência do órgão regulador também é vista como algo bom, isto é, **a existência da ANS** tornou possível equalizar a conduta e os processos no contexto da saúde suplementar. Entender a maneira que esse ambiente afeta e usar essas informações a favor da organização são essenciais para estabelecer ações que levem a organização à construção de desempenho superior.

De qualquer maneira, os participantes da pesquisa enxergam a empresa que fazem parte, seja como dono ou como colaborador, de uma maneira muito positiva. Trata-se de uma cooperativa próspera, com grande impacto na cidade de Cidadela, estável, bem estruturada, sólida e com um futuro de mudanças, a exemplo da verticalização, para que se possa, principalmente, manter a carteira de beneficiários, a baixa sinistralidade outras características que a levaram a produzir desempenho superior, razão esta que a tornou unidade de análise deste estudo.

Enfim, não há como determinar a algum fator ou categoria a responsabilidade direta de acerca do sucesso da organização. Porém, ao analisá-las de maneira agrupada, o estudo constatou vários aspectos que influenciaram e continuam determinando o desempenho organizacional da OPX, segundo a visão dos gestores.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um contexto de transformação do campo da saúde, o aumento da participação do setor privado ganhou destaque nos debates em saúde no mundo, principalmente no que diz respeito ao papel desse setor no financiamento das ações de saúde e em sua articulação com o setor público (PINTO; SONRAZ, 2004). A instituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) marcou um novo padrão de intervenção do Estado, que passou a regular o setor. Além disso, algumas mudanças na indústria de saúde podem ser observadas a partir da crescente pressão da demanda em oposição ao número de operadoras, que vem caindo. A busca pela prestação de um serviço de qualidade ao mesmo tempo em que os custos vêm crescendo a uma velocidade acelerada também faz parte desse conjunto de mudanças. Assim, a preocupação com ações que visam manter a saúde financeira das empresas que sofrem uma pressão do ambiente externo e enfrentam desafios para continuarem rentáveis foi, portanto, o ponto de partida deste estudo.

Esta dissertação fez parte de um projeto aprovado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), inscrito no processo 477247/2013-0, que propôs uma pesquisa ampla para aprofundar o tema do desempenho organizacional no âmbito do setor de saúde suplementar. O trabalho proposto foi composto por duas etapas. A primeira etapa consistiu na criação e análise quantitativa de um banco de dados contábeis, financeiros e operacionais de operadoras de planos de assistência médica, por modalidade, abrangendo o período de 2001 a 2012. Ela foi finalizada a partir da produção dos resultados de outra dissertação, a de Baldassare (2014), que conseguiu identificar nove operadoras que apresentaram desempenho superior em mais de um dos indicadores financeiros adotados pelo autor (ROA, OROA, ROE, Liquidez Corrente e Sinistralidade).

A segunda etapa do projeto, ainda em fase de realização, consiste na escolha de duas ou três dessas operadoras que apresentem desempenhos superiores para a realização de estudos de caso qualitativos. Uma dessas operadoras, identificada de maneira fictícia como OPX, foi escolhida como objeto de pesquisa dessa dissertação, que buscou responder a seguinte questão: **como o corpo de gestores da OPX compreende que a cooperativa médica conseguiu construir um desempenho organizacional superior?**

O objetivo geral da pesquisa, portanto, consistiu em investigar a influência de fatores organizacionais (cultura organizacional, estrutura organizacional e gestão estratégica) e ambientais (principalmente estrutura do setor e regulação), a partir da visão dos gestores da

organização, que contribuíram para a construção do desempenho organizacional superior da operadora de planos de saúde. Vale dizer que é frequente algum trabalho que investigue as causas do desempenho organizacional de uma operadora de saúde suplementar, de maneira qualitativa, a partir das categorias analíticas escolhidas neste estudo. Porém, pela revisão de literatura feita não foram encontrados estudos orientados a investigar as causas do desempenho considerando a associação entre as dimensões (a) cultura, (b) estrutura, (c) gestão e (d) ambiente de maneira complementar, ainda mais ligado à área da saúde. Esta parece ser, portanto, uma contribuição que este trabalho traz em relação ao campo científico da gestão em saúde, uma vez que é nesse embasamento teórico que o estudo se ampara.

Além da atualização que foi feita da literatura sobre o tema principal do desempenho organizacional até o presente momento, a revisão de literatura pôde mostrar, também, que não existem muitos estudos de caso qualitativos aplicados em operadoras de plano de saúde. Isso revela-se como uma contribuição desta pesquisa, uma vez que a metodologia utilizada foi o estudo de caso qualitativo, a partir de três fontes de coleta de dados (entrevistas semiestruturadas, documentos e observações) e a análise de conteúdo (BARDIN, 2010) como método de análise.

Diante disso, o trabalho demonstrou que as categorias analíticas escolhidas no referencial teórico, de fato, foram capazes de influenciar o desempenho da OPS. Foram identificados elementos organizacionais como histórias, valores, normas, ritos, rituais, cerimônias, heróis, crenças e relações interpessoais capazes de evidenciar o lado humanístico da prestação de serviços médicos e trazer traços representativos da cultura organizacional da OPX.

Em relação à estrutura organizacional, a cooperativa foi identificada como uma burocracia profissional. A OPX é marcada pelo alto nível de centralização das decisões nas mãos do presidente em detrimento da participação coletiva; autonomia reduzida e limitada dos gestores e demais funcionários da organização; alto nível de autonomia médica, apesar da existência de controles gerenciais de custos; baixo nível de especialização dos funcionários administrativos combinada com alto nível de especialização dos médicos; ausência de um organograma formal; forte vínculo da singular com a Federação e Confederação do Sistema Unimed. Assim, a definição do tipo de estrutura reflete em como as tarefas estão divididas, como são coordenadas, onde as decisões são tomadas, quem tem o poder, etc. Isso ajuda a definir o caminho que a organização toma para atingir os objetivos, definir metas e planejamentos, o que tem influência direta sob o desempenho organizacional.

Não foram identificados processos relacionados à gestão estratégica, mas algumas características da gestão mereceram destaque. O Sistema Político da cooperativa é marcado pela legitimação do poder de um Presidente que está à frente da organização há 14 anos e isso o permite seguir, por exemplo, estabelecer a centralização de suas decisões, mencionada no parágrafo anterior. O planejamento e a comunicação da operadora são feitos de maneira informal e nem a missão, visão, missão, valores e objetivos são formalizados. Há um forte controle de custos, com destaque para a sinistralidade, que apresentou o último índice de 23,6% (ANS, 2016). Isso é atribuído principalmente ao perfil da carteira de beneficiários, já muitos se encontram em planos antigos empresariais por adesão e, em todos os outros planos é cobrada determinada parcela de coparticipação. Além disso, a cooperativa possui farmácia e centro médicos próprio e como desafio futuro, pretende verticalizar a sua estrutura para a construção de um hospital-dia. Por fim, um mecanismo gerencial que se revela exclusivo dentro das Sistema Unimed e evidenciado na OPX, foi o intercâmbio que há entre as operadoras, o que permite que ela tenha uma grande capilaridade dentro do país.

Quando se fala em ambiente externo da organização, a estrutura da indústria, o sistema cooperativo, a regulação, aspectos econômicos e jurídicos foram analisados. Nota-se que a cadeia produtiva deste setor gira em torno das operadoras, prestadores e beneficiários. Principalmente com relação à concorrência, existem outros planos concorrentes do negócio principal da operadora, mas com atuação limitada no mercado e por isso não representam uma grande ameaça os gestores. Em relação à farmácia, ela concorre com outras redes presentes na cidade, mas por ser um negócio sem fins lucrativos, não age de maneira predatória. Tanto a atuação da ANS quanto a judicialização da saúde são vistos como fatores que carecem de maior discussão e que vem influenciando na gestão da cooperativa e em seus rendimentos. Além disso, a crise financeira que os gestores enxergam que o país está passando faz com que contratos sejam desfeitos, beneficiários sejam perdidos e com que a inadimplência aumente, podendo se tornar uma preocupação. Por fim, por mais que a OPX seja uma singular com autonomia administrativa, jurídica e financeira, fazer parte de um Sistema que carrega o mesmo nome influencia nas escolhas e percepções dos usuários, impactando sobre o seu desempenho organizacional.

Não foram identificadas outras categorias capazes de descrever a influência de fatores que pudessem explicar o desempenho organizacional superior da organização. Da mesma maneira, não se pode atribuir a uma em detrimento de outra a responsabilidade do sucesso organizacional. Porém, vistas como partes complementares da organização, elas são capazes

de revelar características que, somente por meio de análise e discussão a partir de um estudo de caso da organização, podem responder a pergunta de partida proposta nesta dissertação.

5.1. Limites da pesquisa e Indicações para futuros desdobramentos

A pesquisa realizada, por se tratar de estudo de caso único, possui limites inerentes ao próprio método como destacado por Yin (2010). Aqui levanta-se a impossibilidade de generalização da operadora estudada para a modalidade das cooperativas médicas e muito menos para o setor de saúde suplementar, porque o caso apresentado é apenas como um recorte da realidade, com especificidades que devem ser levadas em consideração. Vale considerar também o fato de se tratar de uma pesquisa qualitativa e segundo a visão de Creswell (2007, p.199) a “confiabilidade e generalização desempenham um papel menor na investigação qualitativa”.

Ressalta-se também a limitação no que diz respeito à coleta e interpretação de dados mesmo que tenha sido utilizado o mesmo protocolo de entrevistas, rigor metodológico, etc. Isto, porque as análises pessoais do pesquisador sobre o referencial teórico, a documentação analisada, a observação direta e as entrevistas semiestruturadas sofrem inferência de sua própria vivência e visão da realidade.

Pelos próprios limites do campo de estudo, em relação ao tamanho da organização estudada, o número de entrevistas foi pequeno, as observações foram realizadas durante pouco tempo e não foi possível o acesso a determinados documentos. Porém, tudo isso foi superado pela riqueza de detalhes obtidos nas entrevistas com os gestores da organização.

No que diz respeito a indicações para trabalhos futuros, sugere-se que outros estudos contemplem o ponto de vista do beneficiário e de outros membros que fazem parte da organização, já que essa abordagem utilizou-se apenas dos gestores para realizar a sua análise. Sugere-se também que outros estudos utilizem essa mesma abordagem a tal ponto que a repetição do protocolo utilizado garanta a sua validade e alguma possível margem de estabelecer comparações.

Sugere-se também que seja aprofundada a exploração de dados e análise referentes às normas e ações da Agência Reguladora (ANS) sobre as operadoras e nas decisões que o Poder Judiciário vem tomando sobre requerimentos dos beneficiários de planos de saúde, pois isso mostrou-se também como uma limitação deste trabalho. Além disso, a OPX está passando por

um processo de verticalização, que é uma tendência de diversas operadoras de plano de saúde brasileira. Estudar o processo de implementação da verticalização e os resultados alcançados na cooperativa também é visto como um possível estudo a ser realizado.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. et al. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.

ALIANÇA COOPERATIVA INTERNACIONAL. **Review of International Co-operation** v. 89, n. 1, p. 76-81, 1996. Disponível em:
<<http://www.uwcc.wisc.edu/icic/orgs/ica/pubs/review/ICA-Review-Vol--88-No--1--19961/Co-operative-Enterprise-in-Health-and-So1.html>>. Acesso em: 12 de março 2016.

ALMEIDA, C. et al. Cultura e desempenho organizacional: um estudo comparativo dos modelos de análise. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 1, n. 3, p. 61-79, 2013.

ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Programa de Qualificação da Saúde Suplementar** – Qualificação das Operadoras. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2013.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2014.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2015.

_____. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2016a.

_____. **Sala de Situação**. 2016b. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acesso em: 17 junho 2016.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, pp. 64-71, 1991.

AZEVEDO, C. S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 349-361, 2002.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de Desempenho dos Serviços de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, pp. 64-71, 1991.

BAHIA, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: Tendências pós regulamentação in: Brasil: **Radiografia da Saúde**. UNICAMP, Campinas, 2001, p. 325-362.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BALDASSARE, R. M. **Análise do desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde no mercado de saúde suplementar brasileiro**. 2014. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2014.

BANDEIRA-DE-MELLO, R.; MARCON, R. Heterogeneidade do desempenho de empresas em ambientes turbulentos. **Revista de administração de empresas**, v. 46, n. 2, p. 34-43, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. rev. atual. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRAGA, R. L. A. F. **Cultura Organizacional e Desempenho Empresarial : como a cultura organizacional afetou o desempenho da Santa Helena Assistência Médica S/A ?** São Paulo: Fgv Eaes, 2013.

BARBOSA, L. N. H. Cultura administrativa: uma nova perspectiva das relações entre antropologia e administração. **Revista de Administração de Empresas**, v. 36, n. 4, p. 06-19, 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Edições 70, 281 p, 2010.

BARNEY, J. B. Organizational culture: can it be a source of sustained competitive advantage?. **Academy of management review**, v. 11, n. 3, p. 656-665, 1986.

_____. Firm resources and sustained competitive advantage. **Journal of management**, v. 17, n. 1, p. 99-120, 1991.

BARNEY, J. . B.; HESTERLY, W. **Economia das organizações**: entendendo a relação entre as organizações e a análise econômica. In: CLEGG, S. R.;HARDY, C., et al (Ed.). Handbook de Estudos Organizacionais: ação e análise organizacionais. São Paulo: Atlas, v.3, cap. 5, p.131-179, 2004.

BERTUCCI, J. L. O. Ambiente, estratégia e *performance* organizacional no setor industrial e de serviços. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 3, p. 10-24, 2005.

BONACIM, Carlos AG; ARAUJO, Adriana MP de. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Revista de Administração Pública**, v. 44, n. 4, p. 903-931, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do BRASIL**. Capítulo da Saúde, Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 9.656. **Regulamenta a Saúde Suplementar no Brasil**. Diário Oficial da União, Brasília, 2 de junho de 1998.

_____. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar** - ANS - e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 de janeiro, 2000.

BRITO, R. P. ; BRITO, L. A. L. Vantagem competitiva, criação de valor e seus efeitos sobre o desempenho. **Revista de Administração de Empresas**, v. 52, n. 1, p. 70-84, 2012.

CAMERON, K. Measuring organizational effectiveness in institutions on higher education. **Administrative Science Quarterly**, v. 23, n. 4, p. 604-631, 1978.

CAMERON, K. S.; FREEMAN, S. J. **Cultural congruence, strength, and type: Relationships to effectiveness**. *Research in Organizational Development*, v. 5, p. 23-58. 1991.

CAMILO, S. P. O.; CARVALHO, C. E. ; XAVIER, W. G. Agrupamento dos Setores da Economia Nacional Segundo o seu Desempenho: estudo utilizando análises fatorial e de clusters. **Contextus**, v. 7, n. 2, 2009.

CARNEIRO, J. et al. Mensuração do desempenho organizacional: questões conceituais e metodológicas. In M. Gutierrez & H. Bertrand (Eds.), **Estudos em negócios IV** , p. 145-175. Rio de Janeiro: Mauad, 2005.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, v.4, n.7, p.122-36, 2002.

CARVALHO, E. B.; DE OLIVEIRA CECÍLIO, L. C. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas *Government regulation of the private health care market in Brazil: a history of disputes*. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2167-2177, 2007.

COELHO, A.; COELHO, F. As debilidades estruturais das organizações: o exemplo ibérico. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 7, n. SPE, p. 143-164, 2003.

COMBS, J. G.; CROOK, T. R.; SHOOK, C. L. The dimensionality of organizational *performance* and its implications for strategic management research. **Research methodology in strategy and management**, v. 2, p. 259-286, 2005.

COMBS, J. et al. How much do high-*performance* work practices matter? A meta-analysis of their effects on organizational *performance*. **Personnel Psychology**, v. 59, n. 3, p. 501-528, 2006.

CECÍLIO, L. C. de O. et al. **A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação**. In: MS/ANS. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais em saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2005. p. 63-74, 2005.

CONNOLLY, T.; CONLON, E. J.; DEUTSCH, S. J. Organizational effectiveness: A multiple-constituency approach. **Academy of Management Review**, v. 5, n. 2, p. 211-218, 1980.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa. **Métodos qualitativos, quantitativo e misto**. Porto Alegre, Artmed, 2ª edição, 2007.

CUNHA, J. A. C. **Avaliação de Desempenho e Eficiência em Organizações de Saúde: Um estudo em hospitais filantrópicos**, 2011. 242 f. Tese – Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – USP. São Paulo, 2011.

DUARTE, C. M. R.. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 999-1008, Agosto. 2001.

DUARTE, Cristina Maria Rabelo. **Modelo organizacional da Unimed: estudo de caso sobre a medicina suplementar**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

EISENHARDT, Kathleen M. Building theories from case study research. **Academy of management review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.

FARINA, L.; GUIMARAES, D. A. (Ed.). **Concorrência e Regulação no Setor de Saúde Suplementar**. São Paulo: Singular, 2010.

FAVERET FILHO, P. ; OLIVEIRA, P. J. . A universalização excludente - Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas** - IPEA. Rio de Janeiro, nº 3, p. 139-162, jun. 1990.

FERNANDES, I. O. PEDROSO, R.; Cultura Organizacional: A Influência da Cultura nas Organizações. **Revista Olhar Científico** – Faculdades Associadas de Ariquemes – V. 01, n.1, Jan./Jul. 2010. Disponível:
<<http://www.olharcientifico.kinghost.net/index.php/olhar/article/viewFile/5/9>>. Acesso em 16/05/2015.

FERNANDES, B. H. R.; FLEURY, M. T. L.; MILLS, J. Construindo o diálogo entre competência, recursos e desempenho organizacional. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 46, n. 4, p. 48-65, 2006.

FREITAS, M. E. **Cultura Organizacional - Evolução e Crítica**. 1. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning Ltda, v. 1. 108 p., 2007.

FUCHS, A. M. S.; FRANÇA, M. N.; PINHEIRO, M. S. de F. **Guia para normalização de trabalhos técnico-científicos**. Uberlândia: EDUFU, 2013.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In: GODOI, C. K.;BANDEIRA-DE-MELLO, R., et al (Ed.). **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais**: paradigma, estratégias e método. São Paulo: Saraiva, 2006.

GUIMARAES, A. L. S.; ALVES, W. O. Prevendo a insolvência de operadoras de planos de saúde. **Rev. adm. empres.**, São Paulo , v. 49, n. 4, p. 459-471, 2009.

HITT, M. A.; IRELAND, R. D.; HOSKISSON, R. E. **Administração estratégica**. 2. ed – São Paulo : Cengage Learning, 2007.

HODGSON, G. M. Evolutionary and competence-based theories of the firm. **Journal of Economic Studies**, v. 25, n. 1, p. 25 - 56, 1998.

HANSEN, G. S.; WERNERFELT, B. Determinants of firm performance: The relative importance of economic and organizational factors. **Strategic management journal**, v. 10, n. 5, p. 399-411, 1989.

HOFSTEDE, G. et al. Measuring organizational cultures: A qualitative and quantitative study across twenty cases. **Administrative science quarterly**, p. 286-316, 1990.

ESCRIVÃO JUNIOR, Á.; KOYAMA, M. F. O relacionamento entre hospitais e operadores de planos de saúde no âmbito do programa de qualificação da saúde suplementar da ANS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 903-914, 2007.

LAKATOS, E. **Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2000.

LEAL, R. M. **O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde**. 2014. Tese de Doutorado. Tese de doutorado do Programa de Políticas Públicas, Estratégia e Desenvolvimento, do Instituto de Economia da UFRJ, 2014.

LEITÃO, S. P. Estrutura, cultura e desempenho organizacional na universidade. **Revista de Administração Pública**, v. 24, n. 1, p. 31-43, 1989.

LOEBEL, E. **Desempenho de operadoras de planos de assistência médica do sistema brasileiro de saúde suplementar**. Edital MCT/CNPq 14/2013 Universal Faixa A - Até R\$ 30.000,00. 2013. (Projeto de Pesquisa em andamento).

MACHADO, M. H. **Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão**, 1996. Tese de Doutorado: Rio de Janeiro, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro.

MADEIRA, G. S. ; PEREIRA, M. Desenhando estruturas organizacionais: das burocracias de weber mintzberg às organizações contemporâneas. **Revista Administração-Faculdades Network**, v. 4, n. 1, 2011.

MAFFEZZOLLI, E. C. ; BOEHS, C. G. E. Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa. **Rev. FAE**, Curitiba, v.11,n.1, p.95-110, jan./jun. 2008.

MALIK, A.M.; PENA, F. P.M. **Administração Estratégica em Hospitais**. Relatório Núcleo de Pesquisas e Publicações. Escola de Administração de Empresas de São Paulo – EAESP/FGV, Rel. n. 21/2003, 2003.

MARCH, J. G.; SUTTON, R. I. Crossroads-Organizational *Performance* as a Dependent Variable. **Organization science**, v. 8, n. 6, p. 698-706, 1997.

MARCONI, M. A.; LAKATOS E. M. **Técnica de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 1990. 168 p.

MATITZ, Q. R. S. ; BULGACOV, S.. O conceito desempenho em estudos organizacionais e estratégia: um modelo de análise multidimensional. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, 2011.

MELO, R. M. B. **Estudo econômico-financeiro da Agência Nacional de Saúde Suplementar para o equilíbrio da função de órgão regulador**. 2004. 65 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes: estruturas em cinco configurações**; trad. Ailton Bonfim Brandão—2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MONTONE, Januário. **A regulamentação do setor de saúde suplementar**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar. Série ANS, n.1. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/serie_ans1.pdf>. Acesso em 17 abril 2014.

_____. **Evolução e desafios da Regulação do setor de saúde suplementar**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Evolução e desafios da Regulação do setor de saúde suplementar. Série ANS, n.4. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/serie_ans4.pdf>. Acesso em 06 abril 2014.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo, Atlas, 1996.

NITÃO, S. R. V. **Saúde suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação**. Rio de Janeiro, 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

NEELY, A. The evolution of *performance* measurement research: developments in from the last decade and a research agenda for the next. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 25, n. 12, p. 1264-1277, 2005.

OCKÉ-REIS, C. O. ; ANDREAZZI, M. F. S. ; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? **Rev. Economia Contemporânea**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2006.

OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 4, p. 1041-1050, 2007.

OLIVEIRA, B. R. ; KOVACS, É. P. **Estrutura Organizacional e Estratégia: uma relação contingencial**. In: XIII SIMPEP - Simpósio de Engenharia de Produção, 2006, Bauru. Anais.. Bauru: SIMPEP, nov. 2006.

OMAKI, E. T. Recursos intangíveis e desempenho em grandes empresas brasileiras: avaliações dos recursos intangíveis como estimador de medidas de desempenho financeiras. **Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração**, v. 29, Brasília, 2005.

PENA, Fabio Patrus Mundim ; MALIK, A. M. . **Gestão Estratégica em Saúde**. In: Gestão em Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, p. 113-126, 2011.

PEREIRA, C.O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. In **Regulação & saúde**: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003, v. 3, t. 1, p. 93-120, Rio de Janeiro: ANS.

PEREIRA, M. F. et al. A influência da cultura organizacional no desenvolvimento de lideranças. Florianópolis, 2004. Disponível em: <
<http://www.convibra.org/2004/pdf/102.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

PEREIRA, V. S. **Houve mudanças no perfil das operadoras de planos de saúde após a criação da ANS? Um estudo exploratório**. ANS, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProEditorialANS_Textos_para_discussao_01.pdf>. Acesso em: 17 novembro 2014.

PETERS, T. J.; WATERMAN, R. H. In **search of excellence**. New York : Harper & Row, 1982.

PICCHIAI, D.Estratégia e Estrutura:uma operadora de plano de assistência à saúde de pequeno porte. Patrimônio: **Lazer & Turismo** (UNISANTOS), v. 1, p. 1-26, 2008.

_____. Estratégia, Estrutura e Competências Gerenciais: estudo de uma operadora de plano de saúde, modalidade autogestão. **Revista de Ciências da Administração**, v. 11, n. 25, p. 229-253, 2009.

_____. Estratégia, Estrutura e Competências: três empresas de serviços em saúde. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 15, p. 180-205, 2010.

PICCHIAI, D. ; NERY, A. R. L. Estratégias, estrutura, competências organizacionais e o desempenho financeiro: estudo de caso de dois hospitais. SIMPOI, 2014.

PICCHIAI, D. ; SAUMA, S. I. F. C. . Alinhamento entre Estratégia, Estrutura e os Efeitos no Desempenho Financeiro: estudo de caso do complexo hospitalar. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 6, p. 129-140, 2014.

PIETROBON, L. ; PRADO, M. L. do; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008 .

PINTO, L. F. ; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

PORTELA, M. C. et al. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 253-266, 2008.

PORTELA, M. C. et al. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 399-408, 2010.

PORTER, M. E. The Contributions of Industrial Organization to Strategic Management. **The Academy of Management Review**, v. 6, n. 4, pp. 609-620, 1981.

_____, M. E. The five competitive forces that shape strategy. **Harvard Business Review**, Special HBR Centennial Issue, v. 86, n. 1, p. 78-93, Jan. 2008.

PRIORE, E. R. ; PRADO, S. R. ; CANNAS NETO, A. Cultura organizacional: influência dos gestores na cultura das organizações. **Gestão Contemporânea**, v. 2, n. 2, 2012.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 14, n. 3, 2009.

RIBEIRO, R. Análise da formação de recurso estratégico segundo a RBV: estudo em uma organização educacional. **Navus-Revista de Gestão e Tecnologia**, v. 2, n. 1, p. p. 28-42, 2012.

RICHARD, P. J. et al. Measuring organizational *performance*: Towards methodological best practice. **Journal of management**, 2009.

ROCHA, L. C. S. ; PELOGIO, E. A. Cultura Organizacional: um estudo empírico em um campus do Instituto Federal de Ensino. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 12, n. 2, 2011.

SÁ, H. K. ; ENDERS, T. Relação entre cultura e desempenho organizacional nas escolas particulares. Anais do **Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração**. Salvador, 2002.

SALVATORI, R. T. ; VENTURA, C. A. A. A agência nacional de saúde suplementar -ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade** (Impresso), v. 19, p. 471-487, 2012.

SANTACRUZ, R. Regulação e Concentração no Mercado Brasileiro de Saúde Complementar. In: Laércio Farina; Denis Alves Guimarães. (Org.). **Concorrência e Regulação no Setor de Saúde Complementar**. 1ª ed. São Paulo: Singular, 2010, v. 1, p. 109-165.

SANTOS, F. P. dos; MALTA, D. C. ; MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, 2008.

SANTOS, J. B. **Uma proposta de conceituação e representação do desempenho empresarial**. 2008. 126p. Dissertação de Mestrado em Administração de Empresas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008.

SANTOS, N. M. et al . Cultura organizacional, estrutura organizacional e gestão de pessoas como bases para uma gestão orientada por processos e seus impactos no desempenho organizacional. **BBR. Brazilian Business Review** (Edição em português. Online), v. 11, p. 106-129, 2014.

SANTOS, N. M. B. F. dos. Cultura e desempenho organizacional: um estudo empírico em empresas brasileiras do setor têxtil. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 2, n. 1, p. 47-76, 1998.

SATO, F. R. L. 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. **RAP**, p. 49-62, 2007.

SCHEIN, Edgar H. **Organisational culture and leadership: a dynamic view**. San Francisco, 1985.

SCHNEIDER, R. M. et al.. A Influência de Fatores Organizacionais no Desempenho do Gerenciamento de Projetos: uma Pesquisa de Campo em Empresas Brasileiras de Tecnologia da Informação. In: **IV Encontro de Administração da Informação EnADI**. Bento Gonçalves, 2013.

SESTELO, J. A. F. ; SOUZA, L. E. P. F. de; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cad. saúde pública**, v. 29, n. 5, p. 851-866, 2013.

SICOTTE, C. et al. A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. **Health services management research**, v. 11, n. 1, p. 24-41, 1998.

SILVA, A. H. ; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 16, n. 1, 2015.

SMIRCICH, L. Concepts of culture and organizational analysis. **Administrative Science Quarterly**, Ithaca, v. 28, n. 3, p. 339-358, set. 1983.

STAKE. R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (ed.) **Handbook of qualitative research**. London: Sage, p. 435-454 2000.

TCHOUAKET, É. N. et al. Health care system *performance* of 27 OECD countries. **The International journal of health planning and management**, v. 27, n. 2, p. 104-129, 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. Atlas, 1987.

UNIMED DO BRASIL. Disponível em: <[http:// http://www.unimed.coop.br](http://www.unimed.coop.br) >. Acesso em: 25 agosto 2015.

VALOR. Saúde Suplementar: estrutura, perspectivas, perfis de operadoras. **Valor Econômico**. São Paulo. 2009.

VASCONCELOS, F. C. E CYRINO, A. B. Vantagem competitiva: os modelos teóricos atuais e a convergência entre a estratégia e a teoria organizacional. **RAE - Revista de Administração de Empresas** – Revista de Administração de Empresas. v. 40, n. 4, p. 20-37, out./dez. 2000.

VELOSO, G. G. ; MALIK, A. M. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. **RAE eletrônica – Revista de Administração Eletrônica**, São Paulo, v. 9, n. 1, jan./jun. 2010.

VENDRUSCOLO, B.; HOFFMANN, V. E.; FREITAS, C. A. Ferramentas de gestão estratégica, stakeholders e desempenho de organizações do ramo particular de saúde do Distrito Federal. **Revista Ibero-Americana de Estratégia**, v. 11, n. 1, p. 30-61, 2012.

VENKATRAMAN, N. ; RAMANUJAM, V. Measurement of business *performance* in strategy research: a comparison of approaches. **Academy of management review**, v. 11, n. 4, p. 801-814, 1986.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711-24, 2004.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

VIEIRA, E. F. ; VIEIRA, Ma. M. F. Estrutura organizacional e gestão do desempenho nas universidades federais brasileiras. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 4, p. 899 - 920, 2003.

WASSERMAN, N. Revisiting the strategy, structure, and performance paradigm: the case of venture capital. **Organization Science**, v.19, p. 241-259, 2008.

WERNERFELT, B. A resource-based view of the firm. **Strategic management journal**, v. 5, n. 2, p. 171-180, 1984.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e metodos**. 4a. ed. . Porto Alegre: Bookman,2010.

ZAMMUTO, Raymond F. A comparison of multiple constituency models of organizational effectiveness. **Academy of Management Review**, v. 9, n. 4, p. 606-616, 1984.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIPADRONIZADAS

Tempo previsto para execução de 1 hora.

Tempo previsto para execução de 1 hora.

✓ **Identificação do entrevistado:**

- Nome
- Tempo que trabalha na organização
- Cargo/função exercido
- Tempo em que está no cargo atual.

✓ **Posição do entrevistado na organização:**

- Qual é a sua função atual na organização?
- Quais são as suas principais responsabilidades?
- Quais são os principais desafios com que se defronta?
- Descreva sua trajetória profissional.

✓ **Cultura:**

- Você conhece alguma história da organização?
- Quais são os valores considerados como principais dentro da organização?
- E as crenças mais difundidas dentro da organização?
- As normas são rígidas, estabelecidas de maneira formal?
- A empresa possui algumas datas comemorativas, alguma cerimônia e/ou eventos em datas específicas?
- Qual a proximidade da direção e os demais funcionários?
- Como se dá a relação entre a diretoria e o Conselho?
- Entre a diretoria e os demais cooperados?
- Existe uma valorização dos funcionários que já trabalham há algum tempo na empresa?
- O que você considera como tradição dentro da empresa?
- Quem você enxerga como peça-chave (funcionário) dentro da empresa?

✓ **Estrutura:**

- Como se dá a divisão de tarefas da empresa e a coordenação entre elas?

- Qual área da organização você considera a principal?
- A divisão constatada no organograma condiz com as práticas da organização?
- A estrutura organizacional, do jeito que está configurada, contribui ou dificulta a consecução das atividades da organização e seus objetivos?
- Como se dá o controle em relação à amplitude, centralização, formalização?
- O trabalho é especializado?

✓ **Gestão:**

○ **Plano estratégico:**

- Missão, visão, valores e prioridades da organização?
- Como se dá a busca dos objetivos estratégicos?
- Existem parcerias com outras organizações ou a intenção de alianças?
- Qual o foco de comercialização de planos (PF ou PJ)? Por quê?

○ **Processo de administração estratégica:**

- Como são feitas as decisões mais importantes,
- Quais são as fontes de informações usadas,
- Métodos de comunicação e
- Mecanismos de avaliação e revisão do plano estratégico?

○ **Controle e monitoramento:**

- Existem ferramentas de controle interno?
- E de controle externo?
- Como as ferramentas de gestão utilizadas exercem influência sobre o desempenho da organização?
- Existem formas de governança corporativa?

○ **Desafios:**

- Quais os principais desafios identificados no presente momento
- E daqui cinco anos?

○ **Fontes de Informações:**

- Quais são as principais fontes de informações?
- São de fontes internas e externas?
- E as fontes de vantagens competitivas?

✓ **Ambiente:**

- Quem são os concorrentes da UNIMED – OPX na prestação de serviços de saúde suplementar?

- Qual o posicionamento da empresa frente aos concorrentes?
- Qual o posicionamento da empresa frente aos fornecedores?
- Qual o posicionamento da empresa frente aos clientes?
- Qual o posicionamento da empresa frente aos substitutos?
- Qual o posicionamento da empresa frente aos novos entrantes?
- Quais as vantagens e desvantagens da modalidade em que a OPS opera?
- Como o papel da Agência Reguladora afeta a empresa?
- Como agir diante da interferência do Estado no mercado e na própria operadora?
- De que maneira a ANS exerce influência sobre o desempenho da organização?
- Qual a sua opinião sobre a judicialização da saúde e como ela afeta o desempenho da OP?