

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

HAKARU OTTA

**O IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DO CARTÃO MAGNÉTICO NA
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO: UM ESTUDO DE CASO**

FLORIANÓPOLIS

2003

HAKARU OTTA

O IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DO CARTÃO MAGNÉTICO NA COOPERATIVA
DE TRABALHO MÉDICO: UM ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Orientador: Pedro Felipe de Abreu, Ph.D

FLORIANÓPOLIS

2003

HAKARU OTTA

O IMPACTO DA UTILIZAÇÃO DO CARTÃO MAGNÉTICO NA COOPERATIVA
DE TRABALHO MÉDICO: UM ESTUDO DE CASO

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Edson Pacheco Paladini, Dr.

Coordenador

Banca Examinadora:

Prof. Pedro Felipe de Abreu, Ph.D

Orientador

Aline França de Abreu, Ph.D

Ana Elizabeth Moiseichyk, Dra.

Ficha Catalográfica

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

124 p.

Dissertação: Mestrado em Engenharia de Produção com ênfase em Finanças

Orientador: Pedro Felipe de Abreu, Ph.D

1. Cooperativa Médica 2. Tecnologia Informação 3. Serviços.

I. Universidade Federal de Santa Catarina

II. Título

AGRADECIMENTOS

Ao orientador, Faculdade Estadual de Ciências
Econômicas de Apucarana e Unimed de Maringá.

DEDICATÓRIA

A minha esposa Herminia Keiko Otta, meus filhos
Eduardo, Gilberto e Rafael.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	9
LISTA DE FIGURAS	10
RESUMO	11
ABSTRACT	12
1. INTRODUÇÃO	13
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA	13
1.2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	16
1.3 OBJETIVOS	20
1.3.1 Objetivo Geral	20
1.3.2 Objetivos Específicos.....	21
1.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	21
1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 CENÁRIO ATUAL DAS ORGANIZAÇÕES	23
2.2 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO.....	26
2.2.1 Estágios de maturidade da Tecnologia de informação	29
2.2.2 Sistemas de Informação (SI)	34
2.2.2.1 Classificação dos Sistemas de Informação.....	37
2.2.3 Características e tendências da TI	39
2.2.4 Impactos da TI	44
2.2.5 Tecnologia da informação e Controle de gestão.....	49
2.2.6 Tecnologia da Informação e Comportamento Organizacional.....	50
2.3 RELAÇÕES COM CLIENTES, SERVIÇO E QUALIDADE	55
2.3.1 Principais fatores determinantes da qualidade em serviços	58
2.3.2 Customer Relationship Management (CRM).....	61
2.4 COOPERATIVISMO	62
2.4.1 Cooperativa de Trabalho Médico - UNIMED	67
2.4.1.1 Gestão das Cooperativas Médicas.....	71
3. METODOLOGIA DE PESQUISA.....	77
3.1 CASO ESTUDADO.....	80

3.2 COLETA DE DADOS.....	81
3.3 VARIÁVEIS	83
4 UTILIZAÇÃO DE CARTÃO MAGNÉTICO PARA CONTROLE GERENCIAL E ASSISTENCIAL DE ATENDIMENTO MÉDICO EM COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO	85
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIMED MARINGÁ.....	85
4.1.4 Estágios de Nolan na Unimed Maringá.....	87
4.2 CARTÃO MAGNÉTICO DE IDENTIFICAÇÃO	89
4.2.1 Características	89
4.2.1.1 Autorizadores remotos instalados em consultórios.....	96
4.2.1.2 Funcionamento do sistema de cartão magnético.....	96
4.2.2 Objetivos	98
4.2.3 Fatores Motivantes	98
4.2.4 Obstáculos encontrados à implantação do sistema.....	99
4.2.5 Benefícios Alcançados	100
4.2.6 Impacto do sistema de cartão.....	103
4.3 CONSIDERAÇÕES DO CAPÍTULO.....	105
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	106
5.1 CONCLUSÕES.....	106
5.2 RECOMENDAÇÕES PARA ESTUDOS FUTUROS	110
REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICE	116
ANEXO.....	121

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	A organização em transformação	25
QUADRO 02	Principais características de cada estágio de Nolan	33
QUADRO 03	Variáveis Analisadas	84
QUADRO 04	Cronograma de implantação do projeto	95
QUADRO 05	Número de chamadas para liberações	102

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01	Estágios de evolução da tecnologia de informação	30
FIGURA 02	Representação gráfica do conceito de Sistema de Informação	36
FIGURA 03	Principais fatores que afetam a organização	52
FIGURA 04	Modelo de cartão magnético UNIMED	92

RESUMO

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

Atualmente, novas tecnologias estão alterando radicalmente o modo pelo qual muitas organizações de serviço, incluindo as da área médica, trabalham com seus clientes, bem como aquilo que se dá na parte interna das empresas. Diante deste novo cenário a assistência médica ofertada pelas cooperativas de trabalho médico necessita de maior agilidade no decorrer do processo de prestação de serviço e de uma integração de todas as unidades para que os serviços de intercâmbio (paciente de uma unidade sendo atendido em outra) sejam eficientes. Sendo assim, este segmento implantou um sistema de cartão magnético como autorizador de serviços. Desta forma o presente estudo objetivou avaliar o impacto da implantação do cartão magnético como autorizador eletrônico de serviços médicos nas Cooperativas Médicas do Trabalho, sob a perspectiva do controle de gestão, comportamento organizacional, ambiente de trabalho e qualidade dos serviços prestados. Adotando-se a metodologia exploratória-descritiva, procedeu-se um estudo de caso em uma cooperativa médica – a Unimed Maringá. A utilização do cartão magnético na gestão do atendimento médico traz um benefício tanto para o usuário como para os provedores de atendimento médico. A racionalização do serviço agregando um controle gerencial será sem dúvida uma evolução nas cooperativas de trabalho médico. Assim, a utilização do cartão magnético como autorizador eletrônico de serviços das Unimed representa um diferencial de serviço, capaz de desburocratizar e agilizar o atendimento, melhorando a qualidade do atendimento e controlando os custos operacionais.

Palavras-Chave: Cooperativa Médica, Tecnologia Informação, Serviços

ABSTRACT

OTTA, Hakaru. **The Impact of the Use of the Magnetic Card in the Cooperative of Medical Work**: a Study of Case. Florianópolis, UFSC, Program of Pós-Graduação in Engineering of Production, 2003.

Currently, new technologies are radically modifying the way for which many organizations of service, including of the medical area, work with its customers, as well as what it happens in the internal part of the companies. Ahead this new scene the medical assistance offered by the cooperatives of medical work needs bigger agility in elapsing of the process of integration and rendering of services of all the units so that the interchange services (patient of a taken care of unit being in another one) are efficient. Being thus, this segment implanted a system of magnetic card as authorize of services. Of this form the present study it objectified to evaluate the impact of the implantation of the magnetic card as authorize electronic of medical services in the Medical Cooperatives of the Work, under the perspective of the management control, organizational, surrounding behavior of work and quality of the given services. Adopting it exploratory-descriptive methodology, proceeded a study from case in a medical cooperative? the Unimed Maringá. The use of the magnetic card in the management of the medical attendance brings one benefits in such a way for the user as for the attendance suppliers I medicate. The rationalization of the service adding a management control will be without doubts an evolution in the cooperatives of medical work. Thus, the use of the magnetic card as autorizador electronic of services of the Unimeds represents a differential of service, capable to desburocratizar and to speed the attendance, being improved the quality of the attendance and controlling the operational costs.

Key-Words: Medical Cooperative, Technology Information, Services.

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

Os serviços alicerçam a economia de hoje, não só no Brasil, onde respondem por 55% do Produto Interno Bruto (PIB), mas também no mundo. Nos EUA e no Canadá, respondem respectivamente, por 72% e 67% do Produto Nacional Bruto (PNB). O setor de serviços responde pela maior parte do crescimento dos novos empregos.

A assistência à saúde do indivíduo, os planos de saúde e seguros de saúde são um mercado em expansão vertiginosa, conseqüentemente, a disputa pelo cliente e sua adesão pela venda de planos requer um atendimento que satisfaça o cliente, cada vez mais exigente. A expectativa de um atendimento por um profissional competente em um serviço que ofereça uma alta qualidade se constitui hoje no componente obrigatório de rotina oferecido nos serviços privados. Os anseios por um plano de assistência médica competente é a procura de qualquer cidadão brasileiro (MEZOMO, 2001).

Neste mercado competitivo, as cooperativas de trabalho médico possuem um diferencial de serviços ofertados pelos próprios cooperados ao seus clientes, ao contrário, as seguradoras e planos de saúde precisam repassar estes serviços a terceiros e, nesta relação de comércio sempre haverá uma intermediação aumentando a dificuldade para o controle da prestação de serviços com um custo maior (LAMBEA, 1983).

O sistema cooperativista tem na sua operacionalização vantagens oferecida pela legislação brasileira, principalmente em relação ao não pagamento de certos impostos. São consideradas empresas sem finalidade lucrativa e as “sobras” são distribuídas para seus cooperados como resultado de seu trabalho.

Pela venda de planos a cooperativa consegue uma receita que após desconsideradas as despesas serão repassadas ao cooperados conforme a sua produtividade. Essas vantagens possibilitam ofertar ao mercado um produto melhor pois a venda é feita pelo próprio “dono” do negócio a um custo menor e sem a intermediação de outras empresas (JAMB, 1997).

Entretanto, conforme pontua Isoldi (2000, p. 14):

O período pelo qual estamos passando é caracterizado por mudanças radicais e muito rápidas. As grandes descobertas que ocorriam em séculos passaram a ocorrer em dias. Dentro deste cenário temos por um lado um grande desconforto, pois, os padrões demoram para serem estabelecidos e a aparência é de que nada é seguro; por outro lado temos a chance de mudar significativamente, obtendo importantes avanços, tendo a possibilidade de resgatar os débitos que a sociedade possui, especialmente no tocante a distribuição da riqueza e do saber.

Já Lovelock e Wright (2001), destacam que as novas tecnologias estão alterando radicalmente o modo pelo qual muitas organizações de serviço trabalham com seus clientes, bem como aquilo que acontece na parte interna das empresas. Talvez o fator mais poderoso de mudança atualmente proceda da integração entre computadores e a tecnologia da informação.

Diante deste novo cenário a assistência médica ofertada pelas cooperativas de trabalho médico necessita de maior agilidade no decorrer do

processo de prestação de serviço e de uma integração de todas unidades para que os serviços de intercâmbio (paciente de uma unidade sendo atendido em outra) seja eficientes.

Neste contexto, Leão (2002) pontua que o uso da Tecnologia da Informação (TI) aplicada à saúde vem aumentando gradativamente. Neste campo do conhecimento pode-se destacar as seguintes atividades: o desenvolvimento dos sistemas de informação hospitalar, as redes de comunicação digital para a saúde, as aplicações voltadas para a saúde comunitária, os sistemas de apoio à decisão, o processamento de imagens e sinais biológicos, a avaliação e controle de qualidade dos serviços de saúde e o uso do cartão magnético como autorizador eletrônico de serviços médicos. Destes, o último constitui-se o foco central do presente estudo.

O processo de controle sobre o atendimento médico nos planos de saúde e cooperativas médicas sofre uma pressão por uma exigência de um trabalho desburocratizado e mais rápido. O usuário procura por serviços mais ágeis, com uma imagem atualizada nos conceitos de prestação de serviços (LEÃO, 2002). Como exemplo, pode-se citar o sistema bancário que já utiliza os cartões magnéticos, terminais de serviços com frequência cada vez maior.

Mezomo (2001) ressalta que, o mundo está passando por grandes mudanças e o sistema de atendimento à saúde precisa se adequar a elas. Haja vista que a qualidade não é só uma metodologia gerencial e nem um problema puramente técnico e econômico. Ela é uma questão ética e moral. Deixar de buscá-la e de praticá-la é ato irresponsável.

Complementa o autor, que assim, a credibilidade dos serviços sofrem um incremento com a utilização da Tecnologia de Informação deixando transparecer uma atenção mais moderna e eficiente pela utilização destas novas ferramentas. Atualmente, nossa sociedade depende, cada vez mais, de computadores e novos equipamentos tecnológicos que têm auxiliado os indivíduos em seu dia a dia.

Assim, as cooperativas médicas adotam um Sistema de Cartão Magnético, como autorizador de serviços médicos, visando oferecer serviços com qualidade, adicionando valor ao clientes, oferecendo comodidade, conforto e rapidez. Aspectos estes, que serão sempre um diferencial na opção e compra de serviços.

Considerando que os clientes deste segmento - serviços de saúde - estão atentos para as instituições que se preocupam com o usuário, quando os concorrentes procuram dinamizar a oferta pelos serviços com preços que se equívalem, o diferencial das cooperativas médicas com este sistema serão os valores agregados aos planos ofertados.

1.2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

As cooperativas de trabalho médico são compostas por um sistema do tipo autogestão em que cada singular¹ (unidade) tem uma autonomia gerencial e

¹ **Singulares:** aquelas constituídas no mínimo por 20 pessoas físicas e excepcionalmente por algumas pessoas jurídicas. Singulares, na área médica: conjunto de cooperativas de 1º grau.

que através de um intercâmbio (troca de serviços) com todas as singulares pertencentes ao Sistema, tem possibilidade do atendimento de seu cliente através de uma rede que pode ter alcance nacional, como por exemplo, o Sistema Unimed do Brasil. A cooperativa de trabalho médico foi a fórmula encontrada para oferecer um atendimento ético à saúde e descompromissado com o lucro e assim facilitar o ingresso no mercado de trabalho aos novos médicos (MAY, 1998).

Hoje o cooperativismo médico esta presente em mais de 75% do território nacional, com 315 cooperativas singulares, 20 federações regionais e 1 confederação, com sede em São Paulo prestando assistência médica a 11 milhões de usuários através de seu corpo associativo formado por 82 mil médicos, que são donos do seu próprio empreendimento cooperativo, isto é das Unimed's (SILVA apud MAY, 1998). Complementa o autor que, no Brasil, a Medicina supletiva, é responsável pelo atendimento de mais de 25% da população brasileira.

O sistema privado de saúde brasileiro atende 41 milhões de pessoas com 370 mil leitos em 4.300 hospitais e 120 mil médicos. O setor público atende 75% da população com 565 mil leitos em 7000 hospitais e 70 mil médicos. O mercado brasileiro de atendimento à saúde privada movimentava R\$ 15 bilhões por ano, abrangendo empresas de medicina de grupo, cooperativas, autogestão e seguradora de saúde. O setor estatal não satisfaz com seus serviços abrindo o mercado para multinacionais da saúde que hoje faturam alto no Primeiro Mundo (LODI, 2000).

As empresas estrangeiras, até o momento, só podem atuar em seguros de saúde no Brasil (11% do mercado). Não podem ter participação acionária em hospitais, clínicas, laboratórios e outras organizações médicas. As seguradoras de saúde estrangeiras estão tendo sucesso no Brasil como demonstram os balanços da Cigna – empresa americana (parcerias com: Excel Econômico, Golden Cross, Amico), AIG (Unibanco), Aetna (Sul América e Hartford (Icatu), (LODI, 2000).

Por pressão econômica e política a ANS (Agencia Nacional de Saúde Suplementar), órgão que controla e regulamenta as empresas provedoras de serviço de saúde, deverá abrir o mercado para as empresas multinacionais que estarão competindo com as cooperativas de trabalho médico em vista do grande potencial de mercado brasileiro do setor (LODI, 2000).

A busca de uma vantagem competitiva, essencial para qualquer organização nos dias de hoje, exige uma visão equilibrada entre o estado do ambiente competitivo e as necessidades dos clientes. Neste contexto, as inovações tecnológicas, como é o caso do sistema de cartão magnético implantado pelas Unimed's, surgem como uma vantagem competitiva. Neste sentido, o tema está estreitamente relacionado a Engenharia de Produção haja vista que, objetiva a desburocratização, evitando o desgaste do usuário no deslocamento pelas diversas repartições e serviços para o seu atendimento e a otimização dos resultados comerciais pela eficiente gestão do processo de produção do serviço médico.

Sendo que, a função produção na empresa representa a reunião de recursos destinados a produção de bens e serviços (SLACK et al, 1999).

Neste sentido, Slack (1999, p.57), pontua que “para qualquer organização que deseja ser bem sucedida em longo prazo, a contribuição de sua função produção é vital”. Ela dá à organização uma “vantagem baseada em produção”.

O mercado pressiona para o controle de custos do processo de produção do serviço médico. Os provedores de serviços de saúde utilizam de estratégias para reduzir custos reduzindo desperdícios, eliminando certos serviços, incluindo acesso para alguns serviços, aumentando a eficiência dos medicamentos e dos sistemas de informações (LEÃO, 2002).

Neste contexto, a utilização do cartão magnético como autorizador eletrônico de guias para internação hospitalar, consultas, exames complementares de diagnóstico e terapêutico será um diferencial de serviço com atratividade para alavancar a venda de planos de saúde assim como racionalizar a utilização de exames desnecessários melhorando a qualidade do atendimento e controlando os custos operacionais.

A conectividade real entre todos os agentes de saúde, interligando as operadoras (medicina de grupo, cooperativas, empresas de autogestão e seguradoras) aos prestadores de serviço (consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais) é uma necessidade que poderá ser suprida pelo uso de um mecanismo para elegibilidade on line (autorizações eletrônicas) em poucos segundos, no momento de uma consulta médica ou exame laboratorial - seja através de terminais POS - (point of service) ou URA (unidade de resposta audível-telefone) e mais recentemente Internet.

Com estes novos sistemas os usuários finais não precisam apresentar comprovantes de pagamentos e os prestadores de serviços não perdem tempo preenchendo guias de consulta, de procedimentos e autorizações (UNIMED, 2002).

Para as operadoras, clientes diretos, essas transações eletrônicas representam um controle rigoroso de fraudes, otimização de tempo, desburocratização e redução de custos administrativos de até 30%.

Isto dá uma combinação de credibilidade e profundo conhecimento das necessidades do cliente; aporte tecnológico; originalidade e busca contínua de novas soluções e aprimoramento das atuais (UNIMED, 2002). Assim, torna-se importante verificar, na prática, o impacto da implantação do cartão magnético em uma organização.

Considerando o exposto cabe destacar que o presente estudo vai investigar o seguinte problema de pesquisa:

Qual o impacto da implantação do cartão magnético como autorizador eletrônico de serviços médicos nas Cooperativas médicas do Trabalho?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto da implantação do cartão magnético como autorizador eletrônico de serviços médicos nas Cooperativas Médicas do Trabalho, sob a

perspectiva da tecnologia implantada, do sistema de controle de gestão, comportamento organizacional e ambiente de trabalho.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o setor de saúde no Brasil, as mudanças e influências que vem ocorrendo na atualidade;
- Levantar aspectos sobre tecnologia da informação e planos de saúde no Brasil;
- Avaliar se a automatização de procedimentos proporcionou satisfação ao usuário no município, a ótica dos gestores da UNIMED;
- Analisar o projeto de implantação do sistema autorizador de serviço médico da Unimed do município de Maringá.

1.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Este trabalho apresenta as seguintes limitações

- Dentre os usos da TI, na área médica será discutido somente a utilização do Cartão Magnético como autorizador eletrônico de serviços, suas vantagens e dificuldades.
- Não se pretende discutir a tecnologia em si, apenas a sua utilização e as vantagens competitivas advindas com seu uso.

- A ênfase será dada no aspecto do uso do cartão magnético, bem como, do método utilizado na implantação, a marca e o processo utilizado.
- O presente estudo será exploratório pela falta de seqüência de uso da TI na área de saúde do Brasil, apresentada na literatura.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Esta dissertação encontra-se assim organizada: No primeiro capítulo faz-se a apresentação do tema, a justificativa da pesquisa, apresenta-se os objetivos e as limitações da pesquisa. No capítulo 2 apresenta-se um quadro teórico sobre tecnologia da informação, controle de gestão, cultura organizacional, qualidade dos serviços prestados e cooperativas médicas, de maneira a trazer sustentação à pesquisa prática.

No capítulo 3 descreve-se a metodologia empregada para o desenvolvimento do presente estudo. Enquanto que, no capítulo 4 apresenta-se estudo de caso, descrevendo-se como foi implantado o cartão magnético como autorizador eletrônico na Unimed de Maringá, e seu impacto sobre as perspectivas da tecnologia implantada, do sistema de controle de gestão, comportamento organizacional e ambiente de trabalho.

No capítulo 5 expõe-se as conclusões gerais da pesquisa e as recomendações para trabalhos futuros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A apresentação de alguns conceitos e aspectos relevantes de Tecnologia da informação – TI, neste estudo, parte do pressuposto de que esse conhecimento é necessário para o gerenciamento eficaz de SI. A escolha da tecnologia mais adequada para cada tipo de Sistema de Informação exige a análise de diversas opções, algumas vezes excludentes, outras complementares.

2.1 CENÁRIO ATUAL DAS ORGANIZAÇÕES

O rápido desenvolvimento da sociedade das últimas décadas protagonizado pela quebra de barreiras geográficas, aliada à velocidade na produção e na transmissão de informações, indicam que vive-se um momento de mudanças aceleradas e constantes, em várias áreas, especialmente no campo sócio-organizacional. Identificar e analisar as mudanças e conseqüências dessa nova ordem mundial, caracterizada pela sua extrema complexidade e imprevistos em todos os segmentos tem sido, talvez, o maior dos desafios enfrentados pela sociedade. Em uma economia globalizada, têm vantagem competitiva as organizações capazes de responder rapidamente às mudanças (ROBBINS, 2002).

Segundo Laudon e Laudon (1999 p. 76), atualmente três grandes mudanças mundiais vêm alterando o meio ambiente das organizações:

1. Globalização: O sucesso das organizações depende e dependerá de sua capacidade em operar globalmente. Neste contexto, cresce o valor das informações uma vez que estas passam a representar novas oportunidades mais abrangentes.
2. Transformação das economias industriais: As economias industriais irão basear-se em informações e conhecimentos e por isso o setor de serviços - que constitui-se fundamentalmente de informações e conhecimentos - tornar-se-á mais expressivo frente aos demais.
3. Transformação das empresas: Está havendo uma transformação nas formas de organização e gerenciamento. Tradicionalmente as organizações caracterizam-se pela estrutura hierárquica, centralizadora, formada por grupos de especialistas que dependem de um conjunto de procedimentos operacionais padronizados para disponibilidade de seus produtos e serviços. Um novo estilo de organizações fundamenta-se em uma estrutura horizontal, descentralizada, formada por grupos flexíveis de generalistas que baseiam-se em informações atualizadas para fornecerem ao mercado um produto ou serviço mais adequados.

Robbins (2002), mostra através do quadro abaixo as diferenças entre a velha e a nova organização no ambiente de mudanças, levando a repensar os paradigmas administrativos de ontem que tornaram-se obsoletos.

Velha organização	Nova organização
Fronteiras nacionais limitam a competição	Fronteiras nacionais são quase insignificantes na definição dos limites de operação de uma organização
Empregos estáveis	Cargos temporários
Mão-de-obra relativamente homogênea	Mão-de-obra diversificada
As grandes corporações fornecem segurança no emprego	As grandes corporações reduzem drasticamente o número de funcionários
Se não quebrou, não conserte	Redesenhe todos os processos
Disperse os riscos pela participação em múltiplos negócios	Concentra-se em competências centrais
A hierarquia proporciona eficiência e controle	Desmantele a hierarquia para aumentar a flexibilidade
Jornadas de trabalho definidas, como de 9 às 18h	Expedientes não possuem nenhum limite de tempo
O trabalho é definido pelos cargos	O trabalho é definido em Termos das tarefas a serem realizadas
Os administradores tomam decisões sozinhos	Os funcionários participam das decisões
A tomada de decisão é motivada pelo utilitarismo	Os critérios de decisão são ampliados para incluir direitos e justiça.

Quadro 1 – A organização em transformação

Fonte: Robbins (2002, p.11).

Segundo Abreu (1995), os desafios previstos para as empresas, diante das mudanças atuais, são:

- Necessidade de processos de tomada de decisão mais freqüentes e rápidos;
- Necessidade de inovação organizacional mais freqüente e mais rápida;
- Necessidade de formas contínuas de aquisição de informação pelas empresas;

- Necessidade de adquirir e distribuir as informações adquiridas e distribuídas de forma mais rápida e eficaz.

Na opinião de Robbins (2002), as questões decisivas para as empresas deste novo século administrar são: as de pessoal, tecnologia, globalização e liderança. São elas que determinam como as organizações irão competir e sobreviver.

Nos dias atuais, as mudanças rápidas que estão ocorrendo no ambiente dos negócios exigem, também, que as organizações se adaptem e busquem novas formas de competir e se diferenciar da concorrência. Como Turban et al. (1996) colocam, uma das forças que está provocando maiores mudanças é a Tecnologia de Informação, que é também o núcleo de muitas das inovações usadas pelas organizações para terem sucesso ou mesmo sobreviverem.

2.2 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

O termo “Tecnologia de Informação” (TI) é definido por Rodrigues (1988, p.43) como “toda atividade que envolve processamento de informação e comunicação integrada através de equipamento eletrônico”.

Conforme Abreu e Resende (2000), a TI é todo e qualquer dispositivo que tenha capacidade para tratar dados e ou informações, tanto de forma sistêmica como esporádica, quer esteja aplicada ao produto, quer esteja aplicada ao processo. Representa o conjunto de hardware e software que desempenham as tarefas de processamento de informações, tais como sua coleta, transmissão, armazenagem, recuperação, manipulação e apresentação.

Child (1987, p.43) define TI como “tecnologias e aplicações que combinam o processamento e armazenamento de dados com a capacidade de transmissão à distância das telecomunicações”.

Já para Foina (2001), tecnologia de informação é um conjunto de métodos e ferramentas, mecanizados ou não, que se propõe a garantir a qualidade e pontualidade das informações dentro da malha empresarial.

Meirelles (1994), relata que a TI é o conjunto de recursos não-humanos dedicados ao armazenamento, processamento e comunicação de Informação, e a maneira pela qual esses recursos são organizados em um sistema capaz de desempenhar um conjunto de tarefas. A Tecnologia de Informação difere-se de outras tecnologias por manipular um recurso identificado por Informação.

A Tecnologia da Informação tem sido considerada como um dos principais fatores responsáveis pelo sucesso das organizações, tanto no nível de sobrevivência, quanto no aumento de competitividade. Sob o ponto de vista da organização, a Tecnologia da Informação é uma força fundamental na remodelagem de empresas (BOAR, 2002).

Foina (2001), acredita que, a informação, com qualidade e no tempo certo, seja vital para a empresa moderna, para atingir estes objetivos a tecnologia da informação deve agir sobre os seguintes pontos:

- definir conceitualmente os termos usados na empresa;
- estabelecer o conjunto de informações estratégicas;
- atribuir responsabilidades pelas informações;
- identificar, otimizar e manter o fluxo de informações corporativas;

- mecanizar os processos manuais;
- organizar o fluxo de informações para o apoio às decisões gerenciais.

Tapscott e Caston (1995) ressaltam o nascimento de uma nova era com uma nova economia, uma nova política, uma nova organização e novos indivíduos, a era da tecnologia da informação.

Segundo Boar (2002), a era da informação pode ser entendida a partir de cinco pontos de vista principais:

- Tecnologia: a inovação contínua em tecnologias da informação resulta na mesma permeando todos os aspectos da vida. Assim como o motor com combustão interna permitiu a automação da mão-de-obra, o computador permite a informatização da sociedade;
- Economia: a economia torna-se centrada na informação. A criação da riqueza está muito ligada à capacidade de criar os produtos baseados em informação e informatizar os produtos já existentes;
- Emprego: a densidade do emprego passa para os trabalhadores do conhecimento. A maioria das pessoas ganha a vida criando, movimentando, analisando, interpretando ou disseminando informações;
- Espacial: a interligação de computadores no mundo inteiro resulta em um colapso das restrições de tempo e espaço no mercado tradicional. O mundo se torna um espaço de mercado global;
- Cultural: a sociedade torna-se carregada de mídia. A informação está prontamente disponível em formatos de multimídia, personalizáveis e interativos. Esperamos informações em formatos que estejam prontamente acessíveis e convenientes às nossas necessidades. As capacidades sociais dos computadores e das comunicações permitem o surgimento de novas estruturas sociais.

Complementa o autor, que nesta nova era, as tecnologias da informação:

- Tornam-se o mecanismo crítico para reduzir os custos, comprimir o tempo para o mercado, oferecer valor agregado e interagir com os clientes e fornecedores;
- Oferecem a funcionalidade (software) que é cada vez mais o produto real que os clientes recebem;

- Tornam-se cada vez mais o veículo de satisfação do cliente e a inovação do valor agregado;
- Tornam-se o veículo principal para a criação de vantagens e para desviar as vantagens da concorrência.

Dado o exposto, cabe salientar que como a Tecnologia de Informação influencia nas mudanças dos processos e estratégias do negócio, característicos de cada empresa, assim, ela precisa estar alinhada com os objetivos e estratégias corporativas, gerando ganhos a curto, médio e longo prazos (ALBERTIN, 1996).

2.2.1 Estágios de maturidade da Tecnologia de informação

Para Richard Nolan (apud PRATES, 1996), a TI nas organizações passam por uma seqüência de seis estágios de evolução. Desenvolvido em 1970, este modelo teórico procura descrever o início da introdução dos sistemas computadorizados nas organizações (PRATES, 1996). Os três primeiros estágios representam um período voltado especialmente para a introdução dos computadores nas organizações, conhecido como a Era do Computador. Nos três estágios finais a abordagem principal passa a ser a informação, passando-se então para a Era da Informação conforme ilustra a figura 1:

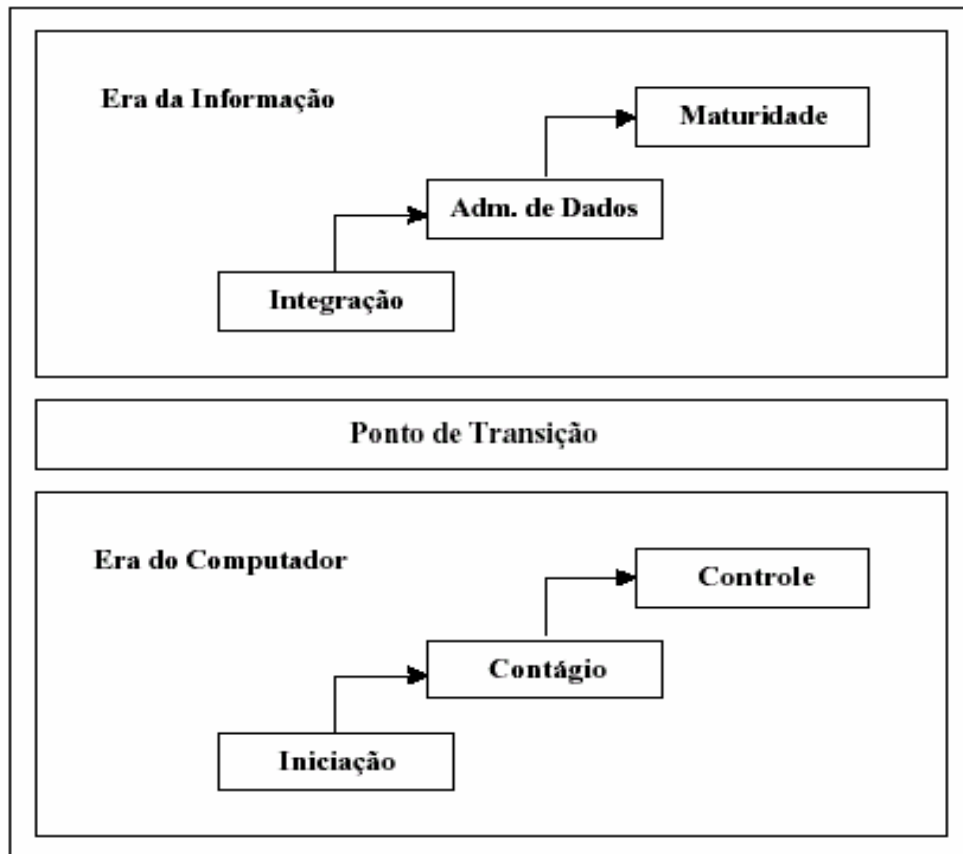


Figura 1 - Estágios de evolução da tecnologia de informação.

Fonte: Adaptado de PRATES (1996).

O estágio de iniciação representa o período de entrada das novas tecnologias na organização com a visão de que estas facilitarão o serviço. Para Resende e Abreu (2000) esta fase atualmente é favorecida pelos adventos de multimídia, internet, intranetes etc., que introduzem as pessoas no uso dos recursos da informática, quer por curiosidade, quer por status ou necessidade.

Já Foina (2001), denomina este estágio de pré-informático, haja vista que, a organização sobrevive basicamente pela genialidade do empreendedor original e pela agilidade decorrente da pouca formalidade no trato empresarial.

No estágio de **contágio** as organizações, entusiasmadas com os novos recursos, passam a introduzir mais Sistemas de Informação, é o estágio de cultura de informações e informática na empresa.

A organização neste estágio, apresenta um cenário de expectativa crescente de maior competitividade mercadológico, busca técnicas e ferramentas administrativas para dar suporte a essa nova realidade de mercado. Uma dessas ferramentas é o computador (FOINA, 2001).

Conforme Resende e Abreu (2000), o estágio de **controle** indica a preocupação da alta direção com os custos e benefícios dos SI passando então a controlá-los, neste estágio os clientes e usuários estão contagiados pela possibilidade de utilização dos sistemas de informação.

Foina (2001), ressalta que, nesta fase a atenção dada aos mecanismos de controle é maior que a dedicada aos próprios fatos sob controle. Notadamente, nas áreas afetadas à Tecnologia de Informação, tal controle é representado pela normatização intensa de todos os procedimentos administrativos.

No estágio de **integração** os Sistemas de Informação passam a sofrer modificações, procura-se a integração dos sistemas. Este estágio nasce em empresas competitivas e organizadas, da necessidade de integrar os fluxos de informações administrativas, produtivas e comerciais, afim de obter maior agilidade operacional e aproveitar as oportunidades de negócios que surgem no mercado.

Foina (2001), pontua que, neste estágio, a organização investe na redefinição dos conceitos e fluxos, definidos no estágio de controle, e analisa

seus pontos fracos e fortes diante da concorrência e do mercado. A necessidade de obter respostas rápidas para a tomada de decisão leva à implantação de um banco de dados integrado na organização, abrangendo todos os setores.

Já a **administração de dados** representa o estágio onde a informação passa a estar disponível a todos os usuários. Neste estágio deve ter forte atuação do Gestor de informações e sua equipe, sendo uma atividade fundamental para a organização de todos os dados e informações da empresa. O estágio de maturidade pode-se definir como a integração de todos os dados e informações da organização, sem redundância de dados (RESENDE e ABREU, 2000). Enquanto que no estágio final, o de **maturidade**, os SI encontram-se completamente integrados. Nesse estágio, as funções de informática utilizam a nomenclatura de tecnologia da informação. A unidade de informática passa a chamar-se unidade de tecnologia da informação, utilizando conceitos mais modernos e de efetivo suporte à empresa nos diversos níveis decisórios. Foina (2001), ressalta que, se a integração e tecnologia atuam na direção dos objetivos da empresa e ajudam alavancar novas oportunidades e negócios, então ela atingiu o estágio de maturidade. O quadro apresentado a seguir traz as principais características de cada um dos estágios de Nolan:

Características	Consciência ou percepção dos usuários	Planejamento e controle de PD	Organização de PD	Portfólio de aplicações
Estágio				
Iniciação	Não envolvimento <i>Hands off</i>	Negligente	Aprendizagem temática	Aplicações funcionais voltadas para redução de custos
Contágio	Superficialmente entusiasmado	Mais negligente	Programadores orientados para atividades operacionais	Proliferação
Controle	Assunto do pessoal de PD	Planejamento e controle formais	Orientação para a Média Gerência	<i>Upgrade</i> , documentação e reestruturação das aplicações existentes
Integração	Habilitando-se a assumir responsabilidade	Elaboração de planejamento e sistemas de controle	Estabelecimento da política e das responsabilidades das equipes de usuários	Reajuste nas aplicações existentes usando tecnologia de banco de equipes de dados
Administração de dados	Efetivamente responsáveis	Compartilhamento de sistemas e dados	Administração de dados	Integração das aplicações organizacionais
Maturidade	Compartilhamento das responsabilidades com o pessoal de PD	Planejamento estratégico para os recursos de dados	Gerenciamento dos recursos de dados	Aplicações integradas refletindo o fluxo de informações

Quadro 2: Principais características de cada estágio de Nolan

Fonte: Adaptado de WYSOCKI e YOUNG, 1989.

PD = Pesquisa e Desenvolvimento.

As características sintetizadas no quadro 1 diferenciam cada estágio estabelecido por Nolan, o que vem complementar o exposto acima. Entretanto, com o passar do tempo, a Tecnologia pressionada por uma demanda cada vez maior de informações, de comunicação e integração das mesmas por diferentes usuários, promoveu melhorias aos níveis de hardware e de *software* (MEIRELLES, 1994). Convém salientar que segundo Foina (2001), nas empresas de sucesso, os estágios de maturidade de tecnologia de informação

sucedem-se com o passar do tempo e com as experiências adquiridas pela organização.

2.2.2 Sistemas de Informação (SI)

As empresas relacionam-se entre si e com o mundo externo por meio de trocas de informações, insumos e produtos em geral. Assim. Pode-se constatar a importância da informação para uma operação bem-sucedida na empresas. Num mundo globalizado e altamente informatizado, a informação é um dos produtos mais valiosos para a gestão da empresa. A informação certa, no formato adequado e na hora certa pode mostrar oportunidades de negócios ou ameaças que levam os executivos a tomar decisões importantes para o sucesso da organização (FOINA, 2001).

Informação segundo AMARAL (1994), é aquele conjunto de dados que quando fornecido de forma e tempo adequado, melhora o conhecimento da pessoa que o recebe ficando ela mais habilitada a desenvolver determinada atividade ou a tomar determinada decisão. As informações podem exercer uma importante função estratégica nas organizações quando bem estruturadas. A sua rápida disponibilização e a sua fácil compreensão, são importantes fatores na busca de uma adequada tomada de decisão. Percebendo a influência que informações bem estruturadas podem representar no sucesso da empresa, torna-se cada vez maior a preocupação com a sua administração (JUNIOR, 1996). Contudo, existem ainda poucas organizações, principalmente na área de saúde, que se interessam na gestão do sistema responsável pela sua operacionalização - o Sistema de Informação (AMARAL, 1994).

Stair (1998), pontua que, os computadores e os sistemas de informação estão constantemente transformando a maneira como as empresas conduzem seus negócios. Atualmente, em uma economia de informação, os computadores e sistemas de informação mudarão para sempre a sociedade. Na opinião de Resende e Abreu (2000), o trabalho de uma organização depende de uma forma crescente do que os sistemas de informação são capazes de fazer. O aumento da participação no mercado, a redução de custos de produção, o desenvolvimento de novos produtos e/ou orçamento da produtividade do empregado depende mais e mais dos tipos de qualidade dos sistemas de informação.

Conforme Amaral (1994), um Sistema de Informação (SI) pode ser definido como um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, provêem informação de suporte à organização. Um SI em geral processa dados, de maneira informatizada ou não, e os apresenta para os usuários, individuais ou grupos, que são os responsáveis pela sua interpretação. A forma como se processa essa interpretação, uma atividade inerentemente humana, é extremamente importante para a compreensão da reação da organização às saídas do sistema.

Já Foina (2001), define sistema de informação como a integração de todos os recursos tecnológicos e organizacionais que manipulem as informações em uma organização. Incluindo além das tecnologias computacionais, os equipamentos e serviços de comunicação de voz, imagem, vídeo e papel.

São diversos os resultados possíveis para uma organização quando ela recebe as saídas de um SI. Muitos sistemas são usados rotineiramente para

controle e requerem pouco de tomada de decisão. Um sistema de agendamento de consultas, por exemplo, requer pouca atenção dos níveis diretivos da organização. Em geral, essas aplicações são altamente estruturadas e previsíveis, sendo necessário somente atenção às exceções. Em contrapartida, outros sistemas são mais voltados ao planejamento estratégico da organização, como os sistemas de priorização e alocação de investimentos.

Embora os SI sejam anteriores ao fenômeno da computação eletrônica, e em alguns casos não dependam em absoluto de um computador, a explosão da informação e as necessidades de processar grandes volumes de dados requerem novas ferramentas. Por este motivo, define-se SI com uma perspectiva mais organizacional, segundo ele, *Sistema de Informação é uma combinação de procedimentos, informação, pessoas e TI, organizadas para o alcance de objetivos de uma organização* (ALTER apud AMARAL 1994), conforme figura 2:

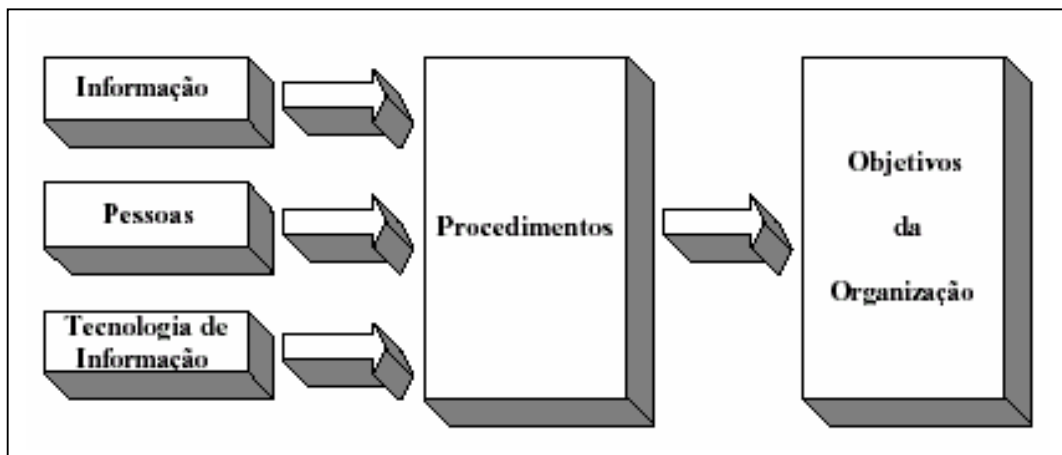


Figura 2 – Representação gráfica do conceito de Sistema de Informação

Fonte Adaptado de ALTER (apud AMARAL 1994).

Onde, Informação, como anteriormente já foi explicado, é um conjunto de dados capaz de transmitir algum conhecimento, Pessoas são os recursos humanos da organização, Tecnologia de Informação são os recursos de hardware e software que desempenham uma ou mais tarefas para auxiliar no desempenho da organização e Procedimentos são as práticas de trabalho desempenhadas pelos recursos humanos.

Os sistemas de informação também tornaram possível o funcionamento de uma organização sem amarrar os empregados a uma localização central de trabalho.

2.2.2.1 Classificação dos Sistemas de Informação

Amaral (1994) pontua que todas as organizações possuem Sistemas de Informação com o propósito de que estes a auxiliem no alcance de seus objetivos. Normalmente são compostos por diversos outros sub-sistemas com características próprias de acordo com a sua finalidade, tipos de tecnologias que utilizam e nível de processos e pessoas que envolvem. Desta forma, entende-se que a expressão Sistemas de Informação pode ser utilizada para definir cada um dos subsistemas da organização como também o Sistema de Informação da organização como um todo.

É importante reconhecer que Sistemas de Informação podem ser classificados segundo diversas categorias. Um modelo para essa definição é o de Keen e Morton (1978), também adotado por Chaves e Falsarella (1995) que classifica os sistemas de informação em:

- Sistemas de Informação Transacional (SIT): Gerenciam itens de informação de rotinas e usualmente manipulam dados que são inseridos ou retirados da base de dados da organização: são utilizados do nível operacional das organizações;
- Sistemas de Informação Gerencial (SIG): Dão apoio as atividades de monitoramento, controle e tomada de decisão dos gerentes de uma organização;
- Sistemas de Apoio à Decisão (SAD): *DSS-Decision Support Systems*) - Buscam fornecer suportes às tomadas de decisões: são desenvolvidos para o nível operacional das organizações;
- SAE - Sistemas de Apoio Executivo (*ESS-Executive Support Systems*) - Trabalhando no nível estratégico das organizações, auxiliam na tomada de decisões não estruturadas, através de recursos avançados de análise dos dados.

Esses sistemas são importantes ferramentas para a consecução dos objetivos, entretanto, para uma boa gestão dessas informações é preciso que os gerentes se preocupem com a qualificação dos recursos humanos envolvidos. Devem, por outro lado, se preocupar com a sua própria qualificação, com a aquisição e ampliação de conhecimentos que possibilitem ter uma visão empreendedora, avaliar as oportunidades e riscos, flexibilidade nas decisões e contribua de forma decisiva para a obtenção dos resultados esperados. Todavia, convém salientar que conforme Stair (1998), atualmente

tem-se outros tipos de sistemas além do supra citado, contudo, estes continuam sendo a base de qualquer classificação.

2.2.3 Características e tendências da TI

De acordo com Foina (2001), o mercado moderno exige das organizações preços competitivos o que significa custos baixos e sob controle e alta qualidade. Essas exigências tornam a Tecnologia de Informação parceira estratégica para as empresas que desejam situar-se entre as vencedoras em seus respectivos nichos de mercado.

Apesar de ainda ser considerada por alguns como um fenômeno externo que se impõe à empresa, o que se observa é que a evolução da Tecnologia da Informação está, na verdade, alterando a natureza da competição entre as organizações, apresentando como principais características, segundo Tapscott e Caston (1995) :

- **Interconexão:** as redes inter-empresariais permitem comunicações e compartilhamento de recursos de tecnologia e informações.
- **Sistemas Abertos:** existe grande portabilidade de software e informações entre as diversas plataformas de hardware, bem como interoperabilidade de tecnologia alcançando a rede externa de valor.

- Computação distribuída: computadores ligados em rede, com a “inteligência” distribuída próxima dos usuários.
- Tempo real: Uma imediata captação de informações e atualização de bancos de dados em tempo real, ou seja, no momento em que acontecem as transações.
- Protocolo de rede ponto-a-ponto : As redes são controladas por protocolos que tratam os diversos dispositivos como pontos que se comunicam com os outros de acordo com regras cuidadosamente definidas. O conceito de compromisso ao invés do controle, com foco na realização através de novos padrões de comunicação horizontal ou diagonal.
- Processamento cooperativo: Neste caso o processamento de aplicativos em ambiente cliente/servidor, explorando a capacidade de processamento em todas as partes da organização e onde ela tenha alcance externo. Nas novas estruturas organizacionais, as pessoas devem atuar em um ambiente de cooperação.
- Rede global: a rede corporativa é a espinha dorsal da empresa, possibilitando acesso aos recursos coletivos de informação, conforme seja apropriado, a partir de qualquer lugar. Na empresa aberta, qualquer pessoa deve poder comunicar-se e compartilhar informações com qualquer outra pessoa ou equipe, onde times de negócio devem interagir para atingir os objetivos empresariais.

Stair (1998), ressalta que, a influência mais significativa nas organizações empresariais na última década foi a rápida transformação na forma de estruturação e utilização da tecnologia de informação.

Na opinião de Walton (1994, p.31),

“quanto maior a funcionalidade de um sistema de TI, maiores níveis de aprendizado e ajustamento são necessários para sua utilização, indo desde as habilidades dos operadores por meio dos procedimentos e estrutura organizacionais até aspectos culturais”.

Assim, pode-se dizer que a evolução da Tecnologia da Informação aponta para uma mudança do foco nos aspectos operacionais da organização para os aspectos estratégicos, tornando-se, cada vez mais, uma poderosa arma para obtenção de ganhos competitivos. Algumas tendências importantes para a TI podem ser observadas, tais como o barateamento dos dispositivos de hardware, ao mesmo tempo que se tornam cada vez mais potentes. O software se torna cada vez mais capaz de explorar os aumentos de capacidade e velocidade dos novos dispositivos. O usuário, por sua vez, está cada vez mais envolvido diretamente nos processos de transformação proporcionados com o uso crescente dessas tecnologias. Observar essas tendências é importante, de forma a permitir o aproveitamento pleno dos potenciais das tecnologias em questão (LAUNDON e LAUNDON, 1999).

Conforme Brito (1996), no início dos anos 90, a TI possibilitou a transformação dos negócios, adquirindo caráter estratégico. A evolução do papel desta tecnologia está atrelada aos avanços científicos e tecnológicos na área de informática, às pressões de um ambiente cada vez mais competitivo e

às mudanças na concepção das estratégias de gestão dos negócios. Há uma interdependência crescente entre estratégias de negócios, papéis e procedimentos, de um lado, e *software*, *hardware*, dados e telecomunicações, de outro. Uma mudança em qualquer destes componentes freqüentemente requer mudanças em outros componentes.

No futuro, a Tecnologia de Informação estará tão enraizada em todas as tarefas da empresa que não poderá mais distingui-la. Paradoxalmente, a evolução da tecnologia provocada pela TI levará a seu desaparecimento como setor individual dentro das organizações (FOINA, 2001).

O aumento da potência dos microcomputadores, o avanço das comunicações que transportam dados, vozes, sons e imagens, a aplicação da informática e das telecomunicações para a melhoria de produtos, serviços e organizações permitem caracterizar cada vez mais nitidamente o perfil da sociedade de informação (Laudon e Laudon, 1999).

As fronteiras de definição dos computadores estão cada vez menos nítidas e cada vez mais móveis. Tradicionalmente, os computadores de uso geral eram classificados como de pequeno, médio e grande porte. Com o crescente aumento da capacidade dos computadores de pequeno porte, os microcomputadores passaram a assumir cada vez mais o papel de outros equipamentos de médio e grande porte. As redes de computadores atuais substituem, em muitos casos, os equipamentos de médio e grande porte como alternativas mais modernas e flexíveis, baseadas em servidores de informação.

A TI permite que uma organização otimize processos e se concentre nas aptidões que a diferenciam dos concorrentes no mercado. A TI cumpre muitas funções na organização, inclusive na automação de processos e na gestão de sistemas, mas para os administradores, seu papel principal é o de tecnologia facilitadora. Podendo usar os sistemas de TI para comunicar-se melhor, simplificar processos e analisar e gerenciar os dados dos quais depende o negócio. No entanto segundo Rezende e Abreu (2000) a visão moderna da TI, focaliza a pessoa, chama o usuário de cliente, seja interno ou externo. Dessa forma, o cliente também deve ser visto como pessoa da empresa, pode-se concluir que a empresa, seus sistemas e sua tecnologia da informação são feitos por pessoas e para as pessoas.

A Tecnologia da Informação tem um papel fundamental que muitas vezes tem sido negligenciado, ou mesmo tem passado despercebido, na maioria das empresas e órgãos de Informática. As competências essenciais e o conhecimento coletivo se baseiam em informações de negócio - conhecimento e experiência - que não necessariamente cabem ou se restringem, por exemplo, ao *data warehouse* da área ou da empresa. O conhecimento coletivo pode até não existir fisicamente fora da cabeça dos grupos de profissionais envolvidos com o trabalho. Para Torres (1995), a TI passa a ser vista como ferramenta fundamental para a alavancagem dos negócios, e sua utilização torna-se um dos maiores fatores responsáveis pelo sucesso das organizações, seja em nível de sobrevivência, seja na obtenção de maior competitividade.

Foina (2001), destaca que, com a evolução tecnológica, pode-se afirmar que muito em breve o uso da tecnologia de informação, principalmente os

computadores e seus periféricos estará tão simples, que não será mais necessário especialistas para auxiliar (como aconteceu com o telefone no passado). Entretanto, mesmo com a simplificação operacional, será necessário o auxílio de especialistas para a aquisição, instalação e manutenção dos equipamentos e sistemas. A grande mudança está na postura desses profissionais, o qual deve agir como consultor, assessorando os usuários para que façam o melhor uso possível das tecnologias disponíveis.

Assim sendo, atualmente, o desafio para a área de TI é identificar, encontrar e/ou desenvolver, e implementar tecnologias e sistemas de informação que apoiem a comunicação empresarial e a troca de idéias e experiências, que facilitem e incentivem as pessoas a se unirem, a participarem, a tomarem parte em grupos, e a se renovarem em redes informais. A TI precisa dar meios para que se formem comunidades de trabalho, e não apenas para que as pessoas se comuniquem burocraticamente (TEIXEIRA FILHO, 2002). Complementa o autor que, o papel a ser desempenhado pela TI é estratégico: ajudar o desenvolvimento do conhecimento coletivo, e do aprendizado contínuo, tornando mais fácil para as pessoas na organização compartilharem problemas, perspectivas, idéias e soluções.

2.2.4 Impactos da TI

Conforme Tapscott e Caston (1995), apesar de ainda ser considerada por alguns como um fenômeno externo que se impõe à empresa, o que se observa é que a evolução da tecnologia está, na verdade, alterando a natureza da

competição entre as organizações. Uma vez que a organização internaliza novas tecnologias, especialmente em termos de tecnologias de informação e telecomunicações, estas passam a alterar sua própria estrutura de poder com uma crescente disseminação de informações, e sua habilidade em desenvolver novos produtos ou serviços e atender novos mercados.

Assim, a Tecnologia da Informação é parte integrante do processo de transformação das organizações, sendo necessário, portanto, investir em inovações tecnológicas, utilizar sistemas de informações gerenciais, implementar o processo de mudança organizacional, utilizar o conhecimento como recurso estratégico e capacitar as pessoas para adaptação à nova realidade. Segundo Marcovitch, (1997, p.28).

Observe-se que uma nova tecnologia pode alterar sensivelmente a forma de uma empresa enxergar seu negócio, e a partir daí, promover mudanças capazes de alterar a dinâmica concorrencial num setor. É interessante assinalar que a nova tecnologia pode propiciar ganhos de eficiência e redução de custos ou viabilizar novas maneiras de agregar valor ao cliente em produtos/serviços oferecidos pela empresa.

Para Robbins (2002), a tecnologia está redefinindo o modo como é feito o projeto dos produtos. A informática gerou melhorias significativas na produtividade dos projetos. E as sofisticadas redes de computadores estão permitindo aos projetistas apresentarem contribuições até então inéditas.

Conforme Morton (*apud* MARCOVITCH, 1997):

- As tecnologias de informação estão provocando profundas alterações na organização do processo de trabalho, salientando que quanto mais a

organização é sustentada pelo conhecimento e informação, mais é afetada pelos avanços tecnológicos.

- As tecnologias de informação viabilizam a integração entre as diversas unidades do negócio e além das suas fronteiras, tornando os limites entre organizações cada vez mais virtuais.
- As tecnologias de informação estão alterando a natureza competitiva de muitas indústrias, como se pode observar nas formações de alianças estratégicas e acordos cooperativos entre competidores para atuar em segmentos específicos.
- As tecnologias de informação disponibilizam novas oportunidades estratégicas para as organizações provocando avaliação e redefinição da missão, metas, estratégias e operações, dada a possibilidade de acúmulo de conhecimentos e experiências.
- A introdução bem sucedida das tecnologias de informação requer mudanças nas estratégias de gestão e na estrutura organizacional, o que pressupõe mudança na cultura organizacional.
- maior desafio a ser enfrentado pelos gestores é orientar as organizações no sentido de alcançar as transformações necessárias para prosperar num ambiente globalmente competitivo.

Resende e Abreu (2000), ressaltam que, o desconhecimento elementar da Tecnologia de Informação e de seus recursos tem causado muitos problemas e dificuldades dentro das organizações, principalmente para as atividades ligadas

a planejamento estratégico, sistemas de informação e gestão de tecnologia da informação.

Autores como Torres (1995); Turban (1996); Laudon e Laudon (1996) citam alguns impactos estratégicos que a TI pode criar, são eles:

- a) provoca alterações na organização do processo de trabalho (trabalho se torna mais abstrato, redução de tempo e espaço, disponibilização contínua do conhecimento, novas formas de gestão do negócio);
- b) viabiliza a integração entre as diversas unidades de negócio no nível da organização e além de suas fronteiras (cadeia produtiva virtual). A competitividade das empresas depende de uma boa interação com fornecedores e clientes, o que também pode ser obtido via TI;
- c) altera a natureza competitiva de muitas indústrias (alianças estratégicas e acordos cooperativos entre competidores, em que as empresas cooperam para compartilhar recursos e serviços, adquirindo vantagem competitiva);
- d) disponibiliza novas oportunidades estratégicas para as organizações provocando uma avaliação e redefinição da missão, das metas, das estratégias e das operações;
- e) requer mudanças nas estratégias de gestão e na estrutura organizacional, pressupondo mudança na cultura organizacional.

(novas formas de organização do trabalho, com novas políticas e estratégias de gestão e estruturas mais enxutas). O novo modelo de empresa vitoriosa apresenta uma tendência à diminuição do número de níveis hierárquicos e maior delegação de poderes. Esta tendência pode ser potencializada com o uso de Tecnologia de Informação.

De acordo com Resende e Abreu (2000), a tecnologia da informação não deve ser trabalhada e estudada de forma isolada. Sempre é necessário envolver e discutir as questões conceituais dos negócios e das atividades empresariais, que não podem ser organizadas e resolvidas simplesmente com os computadores e seus recursos de software, por mais tecnologia que detenham. Dentro dessa visão de gestão da tecnologia da informação, as tecnologias e seus recursos devem ser compatíveis, modernas, econômicas, úteis e padronizadas entre hardware e software e os aplicativos ou sistemas de informação.

Cabe ressaltar que, a ação da tecnologia de informação só pode ser aferido mediante o sucesso das demais áreas envolvidas, ou seja, o esforço e a dedicação da área de tecnologia da informação não trazem resultados para ela mesma, mas para as demais áreas da organização.

Como o ambiente está constantemente mudando, é necessário que a organização seja suficientemente flexível, para que possa se adaptar às novas realidades com que irá se deparar ao longo de seu processo de existência; haja vista que, inovações que foram introduzidas como um recurso estratégico freqüentemente se tornam ferramentas para sobrevivência.

2.2.5 Tecnologia da informação e Controle de gestão

Para Gomes e Salas (1999, p.23) “Controle de gestão refere-se ao processo que resulta da interrelação de um conjunto de elementos internos (formais e informais) e externos à organização”, que influem no comportamento dos indivíduos que formam parte da mesma.

Conforme Chiavenato (1995, p.262):

A finalidade do controle é assegurar que os resultados daquilo que foi planejado, organizado e dirigido se ajustem tanto quanto possível aos objetivos previamente estabelecidos . A essência do controle reside na verificação se a atividade controlada está ou não alcançando os objetivos e resultados desejados.

De acordo com Stoner e Freeman (1999), o controle ajuda os administradores a monitorar mudanças ambientais e seus efeitos sobre o progresso da organização.

Dado o ritmo das mudanças ambientais nos últimos anos, o aspecto controle tem se tornado cada vez mais importante. Sendo que o controle é essencial para se criar ciclos mais rápidos, já que permite aos administradores monitorar a qualidade, a velocidade da entrega, o processamento dos pedidos e saber se os clientes estão recebendo o que querem e quando querem.

Considerando que a informação é o fator mais importante ao controle de gestão, a tecnologia da informação é essencial, pois passa a interferir e influenciar na operação da empresa e nos seus resultados econômico – financeiros, representando a principal linguagem de interpretação e mensuração do resultado.

Sendo que, com a utilização de um sistema de informação que coleta e seleciona a informação mais importante, é possível tanto tomar decisões como permitir um controle a priori da atuação.

A associação entre a TI e a estratégia de uma empresa está muito clara atualmente. Diversas aplicações desse recurso têm sido amplamente comentadas. Pela sua disseminação e finalidades, a Tecnologia tem ocupado espaço significativo nos planejamentos e controle das organizações (OLIVEIRA, 1996).

Para Albertin (1996), a Tecnologia de Informação influencia, também, nas mudanças dos processos e estratégias do negócio, característicos de cada empresa. Sendo assim, ela precisa estar alinhada com os objetivos e estratégias corporativas, gerando ganhos a curto, médio e longo prazos.

Maximiano (2000), argumenta que, os desafios que as organizações passaram a enfrentar na passagem para o século XXI criaram a necessidade de sistemas de controle que pudessem dar uma visão de conjunto das diferentes dimensões do desempenho. Essa visão de conjunto deve mostrar não apenas os resultados finais, mas também os fatores que os produzem, integrando medidas financeiras e não financeiras de desempenho.

2.2.6 Tecnologia da Informação e Comportamento Organizacional

Organização é um meio utilizado por diversos grupos com o fim de alcançar objetivos particulares; assim a cultura organizacional reflete a cultura de cada grupo, como um produto de aprendizado desse grupo. É um conjunto

de crenças e de valores compartilhado pelos grupos e, é um componente de um sistema social maior que se manifesta no comportamento (maneira de viver) e no produto final deste comportamento (Cohen, 1969).

Para Maximiano (2000), cultura é experiência que o grupo adquire à medida que resolve seus problemas de adaptação externa e integração interna, e que funciona suficientemente bem para ser considerada válida. Portanto, essa experiência pode ser ensinada aos novos integrantes como forma correta de perceber, pensar e sentir-se em relação esses problemas.

De acordo com Wheelen e Hunger (1989), a cultura organizacional é a coleção de crenças, expectativas e valores partilhados pelos seus membros e transmitida de geração em geração. Eles criam normas (regras de conduta) que definem os comportamentos aceitáveis, seja do gestor de topo seja do simples operador.

Já na opinião de Stoner e Freeman (1999), a cultura organizacional refere-se aos entendimentos importantes compartilhados pelos membros, tais como valores, atitudes e crenças, sendo que, esta pode ser a mais importante para moldar e manter a identidade de uma organização.

Compreendendo esses fatores culturais que afetam diretamente as organizações, pode-se identificar diferenças transnacionais no comportamento organizacional. Assim, torna-se possível enxergar as organizações, os seus empregados, as suas práticas e os seus problemas sob uma nova perspectiva.

As organizações são minis sociedades que têm os seus próprios padrões distintos de cultura e subcultura (cultura organizacional). Cada organização tem

um jeito próprio de pensar e de lidar com os desafios que enfrenta, possui uma história própria. Observando o dia-a-dia de uma organização pode-se identificar a cultura existente: a linguagem utilizada, imagens e temas explorados em conversas, bem como as rotinas diárias.

Considerando, que atualmente, vive-se a era da informação (CHIAVENATO, 2000), ressalta que, o comportamento organizacional e a tecnologia da informação, devem estar alinhadas para a consecução dos objetivos maiores da organização, uma vez que, esta, é constituída de recursos físicos e pessoas. A organização depende intensamente do seu ambiente e da tecnologia que utiliza. Estes fatores, por sua vez, exercem influências sobre o controle de gestão e o comportamento organizacional, conforme demonstra a figura 3:

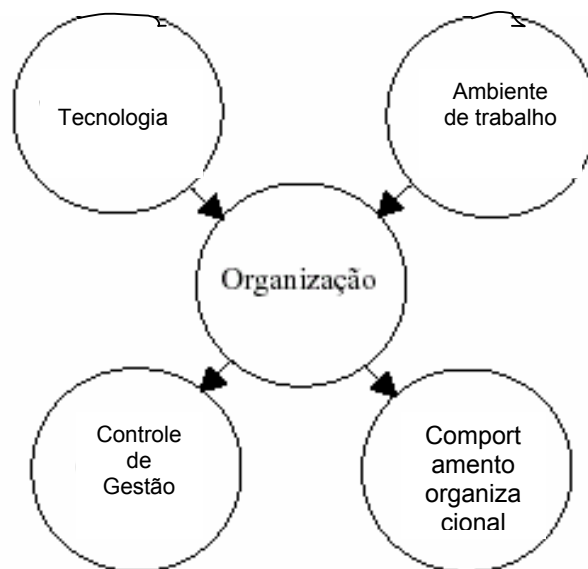


Figura 3 - Principais fatores que afetam a organização

Fonte: Adaptado de Chiavenato, 2000.

Este modelo embasou o objetivo geral deste estudo, evidenciando-se a partir deste, as variáveis que são foco central de análise, na parte prática da pesquisa.

Os recursos físicos, ou seja, a tecnologia, são valiosos e em certas circunstâncias podem não ter substitutos estratégicos equivalentes, mas não são difíceis de serem copiados e nem tão pouco, raro entre os concorrentes. Entretanto, o componente humano de uma organização corresponde ao conhecimento, experiência e habilidades tanto dos profissionais de TI quanto dos usuários que formam a memória da organização e estes, não podem ser adquiridos, tão facilmente, como os recursos tecnológicos.

Embora seja reconhecido que as novas tecnologias trazem benefícios para os indivíduos e as organizações, algumas pessoas resistem ao seu uso no ambiente de trabalho. Assim, um grande obstáculo à implantação de novas tecnologias, objetivos ou métodos de operação é a resistência dos membros da organização à mudança.

Frente a perspectivas de mudança, grande parte do público interno pode apresentar resistência, ainda que a mudança traga a possibilidade de progresso individual ou seja induzida para facilitar o trabalho de todos (GOUILLART e KELLY, 1995).

Barton (1998), ressalta que, além da qualidade e do custo da tecnologia e da sua compatibilidade inicial com o ambiente do usuário, dois processos gerenciais são importantes para explicar os diferentes níveis de implementação bem-sucedida.

Primeiro, o grau de envolvimento do usuário na criação dos sistemas; segundo, o grau em que os participantes do projeto deliberadamente alteram a tecnologia e também ajustam o ambiente do usuário, num processo de mutua adaptação.

Neste sentido, Kotter (apud STONER e FREEMAN, 1999), enfatiza que as principais fontes de resistência à mudança, são:

- a. Incerteza quanto às causas e efeitos da mudança: os funcionários da organização podem resistir psicologicamente à mudança por quererem evitar a incerteza, pois podem estar inseguros quanto à sua capacidade de aprender as novas qualificações ou de fazer os novos trabalhos.
- b. Falta de disposição para abrir mão de benefícios existentes: mesmo que a mudança apropriada deva beneficiar a organização como um todo, não beneficiará, necessariamente, pessoas específicas, que às vezes podem até ter perdas de posição.
- c. A consciência das fraquezas das mudanças propostas: as vezes, os funcionários resistem à mudança porque têm consciência de problemas potenciais aparentemente desconsiderados pelos agentes da mudança.

Stoner e Freeman (1999), alertam sobre os cuidados que se deve ter com as pessoas resistentes à mudanças e defendem que os maiores riscos para as inovações não vem de fora da organização, mas ao contrário, vem de dentro dela e que o maior problema são aqueles resistentes às mudanças.

Assim, vencer a resistência destas pessoas é o maior desafio a ser enfrentado pelo implementador de uma mudança ou inovação, porque a inovação é vista como uma destruição criativa do *status quo*, motivo pelo qual é fácil de entender porque as pessoas se sentem ameaçadas pela mudança.

2.3 RELAÇÕES COM CLIENTES, SERVIÇO E QUALIDADE

O motivo do sucesso em qualquer empresa é o grau de relacionamento da empresa com seus clientes, essa integração depende do bom atendimento da clientela, portanto prestar serviços com qualidade significa estreitar com os clientes um importante elo. Cliente Satisfeito sempre terá boa vontade para com seus fornecedores, mesmo quando existe um problema, que bem resolvido funciona como um fidelizador de clientes.

Fica claro que sem um bom atendimento o desenvolvimento e até a manutenção do relacionamento é quase impossível, o que é atender bem, o que é serviço de qualidade?.

Qualidade é conceito amplo. Para CROSBY (apud Mezomo, 2001), qualidade significa “conformidade com os requisitos” e não “bondade” ou “elegância”, pois estes são conceitos subjetivos que mais confundem do que esclarecem o conceito. Para ele, se não houver exigências claras, a qualidade torna-se sem sentido, ou algo subjetivo. O autor relaciona a qualidade a um *standard* (zero de defeitos), porque, uma vez definido, ele começa a produção dos serviços de alta qualidade. E para ele o *standard* é o “zero de defeitos”, ou

seja, “fazer a coisa certa já da primeira vez”, e melhor na seguinte.

Para JURAN (1990), qualidade é a adequação ao uso. Um dos significados de qualidade é o desempenho do produto ou serviço cujas características proporcionam a satisfação dos clientes que irão comprá-lo. Seria, por outro lado, a ausência de deficiências, pois estas geram insatisfação e reclamações dos clientes. Enfim, serviço com qualidade é cortejar, mimar, tratar o cliente como um monarca, como alguém realmente muito importante, estar atento as suas necessidades.

Em cada tipo de negócio se estabelece parâmetros de qualidade, embora o conceito seja muitas vezes subjetivo ou mesmo intuitivo. O que é qualidade para um cliente poderá não ser para outro.

A pronta resposta a reclamações, a rápida manutenção ou reparo são alguns exemplos de atendimento, é preciso descobrir o que os clientes valorizam na qualidade do atendimento.

Há uma boa regra para estabelecer a valorização da relação custo-benefício. Se o benefício do produto ou serviço comprado é em geral maior que seu custo, há uma grande probabilidade de que o cliente esteja satisfeito com a compra. Nesse caso o papel do serviço tende a ser minimizado. Quando porém não há evidências de que o benefício é maior que o custo, o serviço ao cliente tende a ser altamente valorizado, até mesmo como uma forma de compensar a relação (MEZOMO, 2001).

A qualidade do serviço funciona como uma forma de proteção a imagem da empresa. Sem a qualidade do serviço a marca fica desprotegida.

Para Mezomo (2001), a verdadeira e eficaz definição de “qualidade” é aquela que vem acompanhada dos valores e princípios que a organização se compromete a respeitar; como estes por exemplo:

a – Valores

- agir sempre com justiça e lealdade;
- dar efetiva primazia ao cliente;
- oferecer serviço competentes e atenciosos;
- promover melhor condição possível do corpo, da mente e do espírito;
- criar um clima de produtividade crescente;
- incentivar a comunicação, a colaboração e o intercâmbio.

b – Princípios

- a qualidade é conseguida (produzida) através das pessoas;
- a decisão deve ser fundamentada em fatos;
- os clientes são a prioridade número um;
- a qualidade exige melhoria contínua;
- todo trabalho é parte de um processo.

Cabe ressaltar que não é só por resultados econômicos financeiros que a qualidade deve ser buscada, e sim porque ela:

- respeita e valoriza quem presta o serviço;
- respeita o cliente que o utiliza;
- respeita e valoriza a própria organização que a produz.

Os serviços são de boa qualidade quando vão de encontro aos anseios e necessidades dos clientes, um serviço de qualidade é uma forma de ampliar um produto vendido. Mas pode tanto ser um fator chave para o sucesso como ao contrário ser um fator crítico de fracasso estratégico. “Assim como a propaganda a longo prazo constrói a imagem de marca, o bom serviço vale mais que mil palavras na construção da imagem de um produto ou serviço de uma empresa na mente do consumidor” (RANGEL e COBRA, 1993)

2.3.1 Principais fatores determinantes da qualidade em serviços

Para Kotler (1996, p.421),

uma das principais maneiras de uma empresa de serviços diferenciar-se de concorrentes é prestar serviços de alta qualidade. A dificuldade de estabelecer padrões para a Qualidade nos serviços de saúde, está muitas vezes no fato de que o serviço prestado deve ser medido subjetivamente, e de que cada cliente tem o seu próprio conjunto de expectativas do que vem a ser qualidade. A chave é atender ou exceder as expectativas de qualidade dos consumidores-alvo.

Suas expectativas são formadas por experiências passadas, divulgação boca a boca e propaganda da empresa de serviços. Os consumidores escolhem prestadores de serviços nesta base e, após serem atendidos, comparam o serviço recebido com o serviço esperado. Se o serviço percebido ficar abaixo da expectativa, os consumidores perdem o interesse pelo

fornecedor. Se o serviço atender ou exceder às expectativas, os consumidores procurarão o fornecedor novamente.

Mezomo (2001, p.73), considera a qualidade como sendo “um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que tornam adequado à missão de uma organização concebida como respostas às necessidades e legítimas expectativas de seus cliente”. O autor também cita a definição de qualidade na opinião do mestre da qualidade em saúde, Avedis Donabedian, que assim define: “ é uma propriedade da atenção médica ou pode ser obtida em diversos graus e níveis. Esta propriedade pode ser definida como a obtenção dos maiores benefícios, com menores riscos para o paciente.

Berry e Parasuraman (1995) ressaltam a importância da orientação de esforços no atendimento ao consumidor para que uma organização alcance a excelência no desempenho de serviços.

Assim, cabe destacar que um sistema eficiente de comunicação com os consumidores pode representar redução de custos no atendimento aos clientes ou evitar retrabalho em razão de especificações de serviços mal elaborados pelos clientes (STAN e COLLINS,1991). Gronroos (1995, p. 40), resalta que, “a heterogeneidade dos serviços cria um dos maiores problemas no gerenciamento dos serviços, ou seja, como manter uma qualidade uniforme percebida dos serviços produzidos e entregues aos clientes”.

Para Gonçalves (1994), a noção de valor para o cliente é baseada na percepção da vantagem ou do benefício que ele recebe em cada transação com a empresa. Essa percepção depende, por exemplo, da relação entre o

tempo de processamento (tempo efetivamente gasto na produção do resultado esperado) e o tempo de ciclo (duração da espera pelo resultado). O preço pago é apenas uma parte do esforço para obter o produto ou serviço. O cliente avalia também a rapidez e o conforto para obter o produto ou o serviço e a oportunidade de conseguir o que deseja. Nem sempre o valor para o cliente é identificado de maneira clara e indiscutível, e sua avaliação é difícil, já que existem componentes irracionais e emocionais.

Dada a crescente importância para as organizações da área médica melhorarem continuamente a qualidade e de reduzirem os custos de seus serviços, é evidente a necessidade de os administradores serem capazes de entender e realizar a implementação das iniciativas que levam a qualidade. E as organizações que desenvolverem a maior adaptabilidade, objetivando aproveitar as novas oportunidades, serão aquelas que, não somente terão ganhos econômicos, mas estabelecerão *standards* pelos quais as outras também serão julgadas, (MEZOMO, 2001).

Neste contexto, a excelência na prestação dos serviços pode ser conseguida através do aprimoramento das atividades e dos processos-chave da organização, ou seja, da orientação de esforços na melhoria daquilo que realmente é valorizado pelo cliente, externo e interno. Assim, o sistema de cartão magnético implantado pelas cooperativas médicas, representa uma maneira de desburocratizar o processo de liberação de guias para consultas e exames, visando a satisfação do usuário, quanto ao atendimento da organização.

2.3.2 Customer Relationship Management (CRM)

O relacionamento entre cliente e empresa é o ponto nevrálgico do processo de satisfação e fidelização. Assim o que irá definir a perenidade desse relacionamento – cliente-empresa – será justamente a qualidade e o nível em que este mesmo relacionamento se concretiza.

Em razão disso é que Bretzke (2000, p. 139), elucidando o fato, diz que

(...) as empresas estão adotando cada vez mais a estratégia de CRM para conquistar um diferencial competitivo a longo prazo. CRM é uma estratégia que possui raízes no **marketing** de relacionamento e impacta a gestão da empresa, principalmente no que se refere ao relacionamento com os clientes e à infra-estrutura da indústria (fornecedores e outros públicos). A implantação do CRM está assentada sobre dois pilares: um processo de trabalho orientado para o cliente que permeia e é compartilhado por toda a empresa; o uso intenso da informação do cliente, suportado pela informatização de vendas, **marketing** e serviços.

Portanto, a estratégia de CRM, com suas bases plantadas no marketing, fornecerá a estruturação das orientações colhidas do cliente e direcionadas para o estreitamento de suas relações com a empresa, constituindo este conjunto de ações em movimentos ordenados e seguros, direcionados para à consecução da fidelização deste mesmo cliente. O objetivo de CRM é o de aumentar as oportunidades, melhorando o processo de comunicação com o cliente certo, fazendo a oferta certa (produto e preço), por meio do canal certo e na hora certa (SWIFT, 2001).

A existência de um banco de dados é, certamente, o ponto de partida para que se torne possível a realização eficaz da administração da relação com o cliente (customer relationship management – CRM).

Essa administração, ou gerenciamento, deve estar atenta para a variedade de clientes que possui o estabelecimento, seja essa variedade decorrente de possuírem nível cultural, econômico ou outras particularidades quaisquer que

os diferenciem; e valer-se das informações do banco de dados, para realizar com aplicação e bons resultados o trabalho de administrar a relação entre cliente e estabelecimento.

Neste sentido, Swift (2001, p. 12) relata que:

Gerência de Relacionamento com Clientes é uma abordagem empresarial destinada a entender e influenciar o comportamento dos clientes, por meio de comunicações significativas para melhorar as compras, a retenção, a lealdade e a lucratividade deles.

Assim, valendo-se da conceituação feita por SWIFT (2001), impõe-se a percepção de que o CRM deve ser integrado em tudo o que a empresa faz, todos com os quais ela trabalha e todos com os quais ela transaciona. Quando uma empresa afirma que seu objetivo é um excelente serviço ao cliente, isso quer dizer toda a empresa. Assim, não se deve pensar e preparar uma estratégia acerca de como atualizar a “organização” de acordo com a moderna definição e processo de CRM sem a participação de todos os setores dessa organização e, valendo-se para a formulação dessa estratégia das informações contidas no banco de dados da mesma.

2.4 COOPERATIVISMO

Irion (1997, p.57) conceitua cooperativas como “(...) organizações voluntárias abertas a todas pessoas aptas a usar seus serviços e dispostas a aceitar responsabilidades de sócio, sem discriminação social, racial, política ou religiosa e de gênero”. Para Sandroni (2001), cooperativas são empresas formadas e dirigidas por uma associação de usuários, que se reúnem em igualdade de direitos com o objetivo de desenvolver uma atividade econômica

ou prestar serviços comuns, eliminando os intermediários. Conforme a natureza de seu corpo de associados, as cooperativas podem ser de produção, de crédito, de segurança mútua ou de assistência médica que é caso deste estudo.

Segundo a Organização Cooperativa do Estado do Paraná (OCEPAR, 2001), a cooperação e corporativismo como forma de sobrevivência é intrínseco do ser humano. Surge o agrupamento das pessoas como reação nos momentos de conflitos ou na necessidade de solidariedade e proteção. O cooperativismo moderno tem início em Rochdale com a fundação de colônias agrícolas de caráter comunitário e juntamente com cooperativas de consumo, de serviços e industrial que visava dar a seus companheiros proletários instrumentos que os libertassem da exploração ou pelo menos atenuassem o processo de exploração a que eram submetidos. Os princípios da Sociedade dos Equitativos Pioneiros de Rochdale em 1844 deram origem ao movimento mundial cooperativo : "auto-ajuda ou solidariedade/democracia, economia, liberdade, equidade, altruísmo e progressão social".

A origem da organização denominada hoje Cooperativa aconteceu no dia 21 de dezembro de 1844, quando 27 tecelões e uma tecelã fundaram no bairro da Rochdale, em Manchester (Inglaterra), a Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale sob inspiração das idéias de Robert Owen (1771 -1858), considerado o pai do cooperativismo. Owen criou a palavra *Cooperation*, princípio cooperativo que buscava uma nova ordem social e econômica baseada na valorização, organização e distribuição do trabalho (OCEPAR, 2001). Acreditava que "o homem tem duas coisas que ele pode trocar com

outro: o trabalho e o produto do trabalho, e o padrão natural de valor é, em princípio, o trabalho humano, ou o poder manual combinado com o poder mental do homem determinado em ação" (CARNEIRO, 1981, p.65).

Hoje a Aliança Cooperativa Internacional (ACI) estabelece os princípios cooperativos que são os seguintes: Livre acesso e adesão voluntária; controle democrático; juros limitado ao capital; devolução de excedentes (ou sobras) aos membros; educação cooperativa e cooperação entre cooperativa. (OCEPAR, 2002).

As legislações cooperativas eliminam o lucro, embora tenham altas sobras no exercício, querem indicar que a cooperativa opera apenas ao nível dos custos e que não gera qualquer excedente para o capital. A cooperativa cobre os custos e o restante é remuneração do associado, mesmo que deva haver acerto no final do exercício (porque o associado retirou menos do que agregou). Não cabe, portanto, à cooperativa pagar imposto de renda, embora isso possa ou deva ser feito diretamente pelo associado(porque o excedente da cooperativa não pode ser considerado lucro, mas sobras, isto é, uma remuneração do sócio não realizada integralmente durante o exercício e deixada para o final. Segundo Crúzio (2002), os Princípios básicos do Cooperativismo são:

I - Adesão voluntária e livre - As cooperativas são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas aptas a utilizar os seus serviços e assumir as responsabilidades como membros, sem discriminações de sexo, sociais, raciais, políticas e religiosas.

II - Gestão democrática e livre - As cooperativas são organizações democráticas, controladas pelos seus membros, que participam ativamente na formulação das suas políticas e na tomada de decisões. Os homens e as mulheres, eleitos como representantes dos demais membros, são responsáveis perante estes. Nas cooperativas de primeiro grau os membros têm igual direito de voto (um membro, um voto); nas cooperativas de grau superior a organização também é democrática.

III - Participação econômica dos membros - Os membros contribuem eqüitativamente para a formação do capital das suas cooperativas e controlam-no democraticamente. Parte desse capital é, normalmente, propriedade comum da cooperativa. Os membros recebem, habitualmente, se houver, uma remuneração limitada ao capital integralizado, como condição de sua adesão. Os membros destinam os excedentes a uma ou mais das seguintes finalidades: desenvolvimento das suas cooperativas – eventualmente através da criação de reservas, parte das quais, pelos menos será, indivisível; benefício aos membros na proporção das suas transações com a cooperativa; apoio a outras atividades aprovadas pelos membros.

IV - Autonomia e independência - As cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, controladas pelos seus membros. Se firmarem acordos com outras organizações – incluindo instituições públicas – ou recorrerem a capital externo, devem fazê-lo em condições que assegurem o controle democrático pelos seus membros e mantenham a autonomia da sociedade.

V - Educação, formação e informação - As cooperativas promovem a educação e a formação dos seus membros, dos representantes eleitos e dos trabalhadores, de forma que estes possam contribuir, eficazmente, para o desenvolvimento do grupo. Informam o público em geral, particularmente os jovens e os líderes de opinião, sobre a natureza e as vantagens da cooperação.

VI - Intercooperação - As cooperativas servem de forma mais eficaz aos seus membros e dão mais força ao movimento cooperativo, trabalhando em conjunto, através das estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.

VII - Interesse pela comunidade - As cooperativas trabalham para o desenvolvimento sustentado das suas comunidades, através de políticas aprovadas pelos cooperados.

Quanto aos valores do cooperativismo que devem ser cultuados, destaca-se:

- ajuda mútua;
- preocupação com seu próximo;
- responsabilidade;
- democracia;
- igualdade;
- eqüidade;

- solidariedade;
- honestidade e
- responsabilidade social.

Estes princípios e valores praticados pelos cooperados desde o surgimento das cooperativas até hoje, alicerçam e norteiam todas as cooperativas. O valor no trabalho do cooperado é a base de sustentação de qualquer cooperativa.

2.4.1 Cooperativa de Trabalho Médico - UNIMED²

Conforme Blanco (1983), entre os precursores do cooperativismo médico encontra-se James Peter Warbasse, graduado em 1882 pela Universidade de Columbia. Ele difundiu os princípios cooperativistas publicando seus trabalhos no "American Journal of Surgery" e "New York State Journal of Medicine" e cativou para o movimento cooperativista Eleanor Roosevelt com dois artigos: "Democracia Cooperativista" e "Paz Cooperativa". Em 1947, Warbasse publica o livro "Medicina Cooperativa", analisando o cooperativismo nos EUA e comentando sobre cooperativas médicas no Canadá, Bélgica, França, Jugoslávia, Japão e países da América Central e do Sul. Entretanto, estas cooperativas, na realidade, eram de usuários que se reuniam para contratar serviços médicos.

² Em anexo uma retrospectiva histórica da Unimed no Brasil.

Lambea (1983), descreve que em 1934 um grupo de cirurgiões de Bilbao (Espanha) formou uma sociedade capaz de oferecer as famílias de recursos limitados uma cobertura às hospitalizações por doenças cirúrgicas; buscavam a proteção do exercício profissional liberal, defendiam a livre escolha e o pagamento do trabalho médico sem qualquer intermediação.

No Brasil, a desorganização progressiva do sistema público de saúde permitiu a entrada de empresas mercantilistas que passaram a explorar o trabalho do médico. No final dos anos 60, estas empresas investindo maciçamente no rico filão do polo petroquímico de Santos, despertaram a preocupação da classe médica santista que buscou fórmulas para impedir o avanço delas. Assim, nasceu em 1967 em Santos o cooperativismo médico, onde a base primordial era o retorno ao cooperado do resultado da sua atividade laborativa, impedindo a intermediação e eliminando o lucro e a exploração do trabalho médico. O movimento surge como uma resposta ao modelo atual de saúde e a voracidade da medicina chamada de grupo, despreocupada com padrões éticos e compromissada com o lucro (FRANÇA, 1996).

A criação da primeira cooperativa de trabalho médico (UNIMED) deu-se em reação à mercantilização da medicina e da proletarização do médico, que ficava impedido de exercer com liberdade e dignidade sua profissão liberal, ora sujeito a ação centralizadora e dominante do Estado, ora à de grupos mercantilistas cartelizados (SILVA, 1998).

Edmundo Castilho, então presidente do Sindicato Médico na Cidade de Santos criou a primeira cooperativa médica brasileira na Assembléia geral

realizada em 18 de Dezembro de 1967. Chamou-se UNIMED (União dos Médicos) e teve sua ata de fundação inscrita no INCRA em 28 de agosto de 1968. Estava regulamentada, com muita luta e sacrifício, em plena época da ditadura militar, uma cooperativa de trabalho com forte base ética, preocupada com o usuário e sem o objetivo do lucro (UNIMED do Brasil, 1992). Surgia uma nova era na assistência médica brasileira, (UNIMED do Brasil,1992):

- estava inaugurada a livre escolha do médico, do hospital, do laboratório e de outros serviços auxiliares;
- desaparecia o "intermediário" no relacionamento médico-paciente;
- ficava fortalecida a Ética Médica;
- ressurgia a atividade médica liberal, personalizando o médico em seu consultório como local de encontro com o paciente;
- livre ingresso, como sócio e não empregado, cria uma importante fonte de emprego para os médicos mais jovens.

Após vencer preconceitos e entraves burocráticos, o cooperativismo médico expandiu-se por todo o Brasil, formando cooperativas singulares, conforme exigência da Lei 5.764/71 (consolida as Sociedades Cooperativas)

Hoje o cooperativismo médico esta presente em mais de 75% do território nacional, pelas suas 315 cooperativas singulares, 20 federações e 1 Confederação, com sede em São Paulo(SP), prestando assistência médica a

mais de 11 milhões de usuários através de seu corpo associativo formado por mais de 82.000 médicos, que são donos de seu próprio empreendimento cooperativo (Unimed do Brasil , 1999).

Mezomo (2001), ressalta que, a prestação de serviços médicos e de saúde tem sua legitimidade no respeito dos princípios a seguir citados:

- Equidade: significa a oferta de recursos de atenção à saúde à população segundo os critérios da justiça social, observando sua adequação às necessidades da comunidade, à facilidade de acesso, com segurança, aos mesmos, e às expectativas dos profissionais nele envolvidos;
- Qualidade: é entendida como a correspondência entre aquilo que o serviço se propõe oferecer à comunidade e sua efetiva consecução;
- Eficiência: é a relação de otimização do uso dos recursos utilizados na consecução de um produto – efeito ou resultado;
- Efetividade: é a medida do nível de obtenção dos objetivos globais dos serviços de saúde;
- Aceitabilidade; é a avaliação positiva do serviço pela comunidade usuária.

2.4.1.1 Gestão das Cooperativas Médicas

A Medicina supletiva é responsável pelo atendimento de mais de 35 milhões de brasileiros, tem uma receita anual (1997) de R\$10,3 bilhões e dispense com a assistência médica mais de R\$8,6 bilhões; dos 35 milhões de brasileiros, 43% estão conveniados a medicina de grupo, capitaneadas pela "Abramge" (Associação brasileira de medicina de grupo), 23% estão sob a tabela da "Ciefas" (Comitê de integração de entidades fechadas de assistência a saúde) e "Abraspe (Associação brasileira de seguros pessoais) e com igual percentual estão as Unimed's representados pela "Fenaseg" (Federação nacional de empresas seguradoras), (JAMB, 1997).

As Unimed's tem participação representativa, e como todas as cooperativas de serviço, as gestões das cooperativas valoriza e remunera o trabalho do cooperado.

O cooperativismo médico como fórmula capaz de oferecer um atendimento ético à saúde e descompromissado com o lucro, assim como facilitar o ingresso no mercado de trabalho aos novos médicos. Deverá ser competente para conviver com planos e seguros de saúde mercantilistas e impor-se como melhor alternativa e parceira do setor público.

Como autogestão a Unimed, tem a autonomia de organizar-se, determinar-se, tomar decisões . Esta liberdade só saiu da tutela do Estado a partir da Constituição Brasileira de 1988. O artigo 5º na alínea XVIII permitiu "a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independente de autorização, vedada a interferência estatal em seu funcionamento ".

A gestão democrática cooperativa se exerce pela relação "uma pessoa, um voto" (IRION, 1997) e é um continuado exercício na busca da mais adequada solução ao benefício do cooperado.

A cooperativa como Sociedade de pessoas, no caso o médico que é o dono do negócio com poder decisório pelo voto, diferente da sociedade de capital cujo poder é exercido pelo capital- ações.

As bases do cooperativismo encontra-se alicerçada em informação, comunicação e decisão:

A Informação constitui-se dos acontecimentos adquiridos necessários a autogestão. Considera-se fontes importantes: o saber sobre o cooperativismo, o saber sobre a medicina supletiva e sobre os custos dos serviços médico-assistenciais.

A comunicação é fundamental para o relacionamento inter - conselhos e destes com os cooperados.

Regra geral o conhecimento sobre cooperativismo é precário, atingindo os membros dos Conselhos e até a diretoria. Observa-se um distanciamento entre a Cooperativa e o Cooperado sendo um dos motivos, sem dúvida, o tamanho da cooperativa. Tal fato colabora para riscos à saúde da cooperativa de trabalho médico. A maioria das Unimed's venceu a crise de credibilidade mas, não superou a crise de administração e entra na crise ideológica onde os princípios cooperativos perdem sua força e a participação democrática cai em valor, (IRION, 1997).

A comunicação também é responsável pela sobrevivência da organização. Sua importância, em exemplo na área da saúde, pode ser aquilatada com o estudo de análise de 145 incidentes ocorridos em uma Unidade de Terapia Intensiva, onde 34% foram devidos a erros de comunicação (RIBEIRO, 1995). Se no setor de suporte à vida como a UTI, perpetra-se tal percentual de erros, pode-se inferir que em uma organização a falta de comunicação ou a comunicação indevida necessariamente levará a entropia, pela distorção de trocas entre o ambiente interno e externo com ela.

Na cooperativa de trabalho médico a distância entre os Conselhos e de destes com os Cooperados é imensurável. Os Conselhos funcionam como blocos herméticos e o cooperado mantém-se a margem das decisões. A atitude do cooperado é desinteressada e alienada. Benato (1994), lembra que sócio convicto é participe e comprometido e vai além caracterizando o cooperado brasileiro: "o sócio brasileiro é imediatista, é sôfrego em buscar o resultado, é oportunista nos negócios, é antes de tudo, o indivíduo e não a sociedade. Enquanto a sociedade caminha lenta, gradual e sistematicamente visando a segurança do presente e enraizando bases sólidas para o futuro, o sócio percebe o presente e se aninha no passado.

Constata-se uma precariedade na troca de informações, determinando distorções ou incompreensões da comunicação chegada ao cooperado.

A Decisão: processo através do qual se escolhe um caminho como solução de um problema específico. Entretanto, a decisão não deve ficar restrita à solução dos problemas, mas permitir buscar objetivos.

A cooperativa de trabalho médico é um sistema aberto e complexo, de um lado trabalhando com o usuário ávido em buscar e manter sua saúde e de outro o médico que, segundo Giovani Berlinger (apud CARNEIRO, 1981, p.303),

vive da doença, não da saúde, está co-interessado na morbidade e não na prevenção. Trabalha em constante conflito entre sua própria missão e seu interesse. A solução de tal conflito não pode ser deixada para a consciência moral, a sã dedicação médica, a prioridade do interesse científico sobre o econômico (....).

Na avaliação dos Conselhos quanto ao conteúdo e às características de decisões tomadas verifica-se que o Conselho de Administração, Fiscal e Ético compõem o nível estratégico, ficando o operacional por conta do cooperado. Entretanto, é raro a troca de opiniões entre eles. Fato interessante encontrado nas reuniões dos Conselhos é a participação ativa dos membros suplentes, inclusive com o exercício do voto. Motta (1996, p.93). Via de regra os Conselhos se reúnem mensalmente isto leva a decisões morosas e de pouca flexibilidade.

Para Schulz (1979) são elementos importantes da estrutura decisória:

- clareza de objetivos, metas e prioridades;
- análise custo-benefício;
- avaliação dos resultados;
- comunicação aos envolvidos.

A estrutura do processo decisório cooperativo da UNIMED é falha nos Conselhos, principalmente pelo desconhecimento de base teórica

administrativa. Observa-se na rotatividade das vagas dos Conselhos que alguns membros são eleitos ora para um ora para outro, sem contribuir contudo para maior solidez da estrutura decisória.

Foge deste contexto o Conselho de Ética, que exigindo maior formalidade, conhecimento e relação com o Conselho Regional de Medicina tem uma estrutura mais sólida, embora tão pouco flexível e ágil quanto os demais.

Também o tempo dispendido à Cooperativa - uma reunião mensal dos Conselhos e uma baixa carga horária semanais para membros da Diretoria Executiva que na maioria dos casos priorizam o seu trabalho como profissional médico - não permite avançar em decisões além das operacionais.

O Conselho Administrativo e sua Diretoria Executiva identificam-se com a demanda e como controladores das atividades. Situação desconfortável encontra-se os funcionários de posição hierárquica elevada, quando as discussões técnicas gerenciais deve sobrepôr sobre o nível de hierarquia da diretoria executiva sob o comando de cooperados eleitos sem muitas vezes habilidades e ciência a nível de execução .

As decisões relacionadas com a demanda pecam pela falta de vivência administrativa, bem como por temor ao nível tático, composto por funcionários administrativos, capazes de promover "canibalismo" tendo como vítimas os dirigentes médicos (nível estratégico).

O Conselho Fiscal participa também da demanda e tem decisões muito tímidas, praticamente "conferindo as contas". O Cooperado se identifica com a tarefa e executa a atividade mais importante da Cooperativa - o Serviço

Médico-Assistencial. É o elemento fundamental da estrutura cooperativa. É o "poder" da Cooperativa não exercitado para a gestão dela. As decisões do médico cooperado traduzem para o usuário a gestão da cooperativa e são reflexos de uma bagagem pouco consistente de conhecimentos quer no plano administrativo quer cooperativo.

Para atingir um processo decisório adequado há necessidade de um amadurecimento e consciência sobre gestões administrativas dos cooperados. Com a tecnologia de informação e o fortalecimento dos sistemas de informações dentro da cooperativa pode trazer um equilíbrio maior entre diretoria e cooperados .

3. METODOLOGIA DE PESQUISA

Este item define o delineamento da pesquisa. Segundo Gil (1991, p.70), “o delineamento refere-se ao planejamento da pesquisa em sua dimensão mais ampla, envolvendo tanto a sua diagramação, quanto a previsão de análise”. Sendo assim este item visa nortear a pesquisa a ser desenvolvida.

Conforme Kerlinger (apud GIL, 2000), pode-se definir pesquisa como uma investigação sistemática, controlada, empírica e crítica, de proposições hipotéticas sobre as supostas relações que existem entre os fenômenos naturais. Quando se afirma que a pesquisa científica é sistemática e controlada, isto significa que está organizada de tal forma que seus resultados são dignos de confiança.

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo exploratório e descritivo. De acordo com Sellitz et al (1987), estudo exploratório é a familiarização como o fenômeno em estudo, conseguindo nova compreensão para este, aumentando o conhecimento do pesquisador acerca deste novo procedimento que se deseja investigar, sendo estabelecidas prioridades para pesquisas futuras, com a obtenção de informações sobre as possibilidades práticas de realização de pesquisas em situação de vida real.

Na opinião de Mattar (1999) a pesquisa exploratória é utilizada para elevar o conhecimento do pesquisador sobre um tema que lhe é, ainda, desconhecido. É muito útil para gerar questões e (ou) hipóteses de pesquisa, e não deve ser utilizada para a tomada de decisões

É descritivo, uma vez que o pesquisador procura descrever a realidade como ela é, sem se preocupar em modificá-la (RUDIO, 1986; RICHARDSON, 1999). Para Mattar (1999) a pesquisa descritiva visa prover o pesquisador de dados sobre as características de grupos, estimar proporções de determinadas características e verificar a existência de relações entre variáveis.

Segundo a teoria norteadora de um estudo descritivo, esta pesquisa será segmentada em duas partes: pesquisas em fontes secundárias e estudo de caso. A escolha desse método de pesquisa deve-se à necessidade de se desejar obter uma visão inicial sobre a tecnologia da informação no sistema de saúde, tendo em vista ainda que, com o estudo de caso de uma organização, é possível uma análise mais profunda do tema. Lakatos e Markoni (1991) afirmam que a seleção do instrumental metodológico está portanto, diretamente relacionada com o problema a ser estudado, haja vista que tanto os métodos quanto as técnicas devem adequar-se ao problema a ser estudado. Este tipo de pesquisa é mais apropriada ao tema ora proposto, por permitir que determinadas questões, de interesses amplos, tornem-se mais diretas e específicas no transcorrer da investigação.

Para Manzo (*apud* LAKATOS e MARKONI, 1991) a pesquisa bibliográfica oferece meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizaram suficientemente, e tem por objetivo permitir ao cientista o reforço paralelo na análise de suas pesquisas ou manipulação de suas informações.

Conforme Gil (2000), a pesquisa bibliográfica fundamenta-se em fontes bibliográficas, ou seja em fontes escritas. As quais referem-se, a uma

modalidade específica de documentos, que são as obras escritas, impressas em editoras, comercializadas em livrarias e classificadas em bibliotecas.

Já o estudo de caso é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada no campo das ciências sociais. Sua utilização justifica-se pelo fato de em, muitas circunstâncias, constituir-se a modalidade de pesquisa mais adequada aos objetivos pretendidos (GIL, 2000). Yin (1987) relata que hoje, este, é encarado como o delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, em que os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos.

Conforme Lüdke e André (1986), os estudos de caso visam à descoberta, enfatizam a “interpretação do contexto”, buscam retratar a realidade de forma completa e profunda, usam uma variedade de fontes de informação etc.

Bruyne e Herman (1977) citam algumas vantagens e desvantagens desta metodologia:

Vantagens:

- Cria um estímulo a novas oportunidades de descobertas do desenvolvimento da investigação;
- Trabalha com situações concretas, possibilitando, se necessário, mudanças favoráveis no caso em estudo;
- Procura relacionar a teoria (pesquisa bibliográfica) com a prática (pesquisa de campo);

- Não requer um modo único de coleta de dados, podendo o investigador utilizar-se de entrevistas, observações, relatórios, questionários, (...);
- Os problemas não são vistos como algo isolado, podendo então ser comparados (...).

Desvantagens:

É sabido que a principal dificuldade de um estudo de caso é a generalização dos resultados obtidos, isso porque as empresas atuando num mesmo ramo de atividades, possuem diferenças muito grandes no seu contexto geral o que acaba por exigir do pesquisador uma capacitação mais elevada do que o requerido por outros tipos de pesquisa.

Yin (1987), relata como desvantagens, dos estudos de casos a falta de rigor metodológico, dificuldades de generalização e o tempo destinado a pesquisa, haja vista que, demandam muito tempo. Apesar de todas essas objeções, o estudo de caso vem sendo utilizado com frequência cada vez maior entre pesquisadores. Assim, esta metodologia se mostrou mais adequada a presente pesquisa.

3.1 CASO ESTUDADO

A organização em estudo é a UNIMED de Maringá, onde foi avaliado como se deu a implantação do cartão magnético como autorizador eletrônico de serviços médico e o impacto deste no controle interno, da referida organização.

Para efeito de obtenção de dados, optou-se pela amostra não probalística intencional, constituída de três pessoas, aplicada ao diretores administrativo e o diretor operacional da UNIMED Maringá, pois conforme contato preliminar com o diretor Geral da organização no município, estas são as pessoas mais aptas a fornecer as informações que este estudo busca. O próprio diretor geral, também forneceu informações relevantes.

Na amostra não probalística intencional, o pesquisador está interessado na opinião, de determinados elementos da população, mas que são representativos da mesma. O pesquisador, portanto, não se dirige a “massa”, mas àqueles elementos que segundo seu entender, pela função desempenhada ou cargo ocupado vão lhe fornecer maiores subsídios a solução do problema de pesquisa levantado, (LAKATOS e MARCONI, 1991).

O trabalho de estudo de caso foi realizados com visitas e entrevistas a amostra supracitada, através de roteiro formulado. De antemão, convém salientar que o pesquisador não teve acesso a nenhum relatório com dados numéricos da organização, que tenham relação com o sistema de cartão magnético.

3.2 COLETA DE DADOS

Em função do tipo de pesquisa escolhido e da fonte de dados, determinou-se qual ou quais métodos e técnicas de coleta de dados serão utilizados. Para Marconi e Lakatos (1991), os métodos e técnicas empregados na pesquisa

científica devem adequar-se ao problema a ser estudado, às hipóteses levantadas e que se queira confirmar.

Assim, o estudo de caso pode ser desenvolvido através de uma técnica de coleta de diversas informações refinadas através da observação, entrevistas, questionários e outros meios com o objetivo de entender e explicar os fatos que ocorrem nas organizações.

Para a concretização deste estudo, utilizou-se, para conhecê-la melhor de pesquisa em documentos da organização médica visando levantar seu histórico e departamentalização, organograma etc.; e em manuais internos, que evidenciam o funcionamento do sistema em uso na Unimed Maringá.

A análise documental consiste em uma série de operações que visa a estudar e a analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais pode estar relacionada (Gil, 1991).

Segundo Lakatos e Marconi (1991) a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois.

A entrevista estruturada, também foi utilizada. Pode-se definir entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam a investigação (GIL, 1999).

A entrevista estruturada é aquela que desenvolve-se a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja a ordem e redação permanece invariável para todos os entrevistados.

3.3 VARIÁVEIS

Conforme Richardson (1999), as variáveis apresentam duas características fundamentais: a) são aspectos observáveis de um fenômeno; b) devem apresentar variações ou diferenças em relação ao mesmo ou outros fenômenos. Baseando-se na primeira característica, as variáveis podem ser definidas como características mensuráveis de um fenômeno que podem apresentar diferentes valores ou ser agrupadas em categorias.

As variáveis que se evidenciam no problema de pesquisa definido anteriormente são:

- Variáveis independentes, que segundo Richardson (1999, p.129) “são aquelas que afetam outras variáveis, mas não precisam estar relacionadas entre elas”. No presente estudo, o Sistema de Cartão Magnético (tecnologia), representa esta variável .
- Variáveis dependentes, que são aquelas “afetadas ou explicadas pelas variáveis independentes. Isto é, variarão de acordo com as mudanças nas variáveis independentes” Richardson (1989, p.129). O sistema de controle de gestão, comportamento organizacional e ambiente de trabalho. representam as variáveis dependentes, no presente estudo.

Assim, o quadro 3 evidencia as dimensões das variáveis analisadas:

Problema de pesquisa	Variáveis analisadas	Questões	Autores que alicerçam
Qual o impacto da implantação do sistema de cartão magnético como autorizador eletrônico de serviços médicos na Unimed de Maringá?	Diagnóstico da implantação	1 a 6, 8 e 9	Laudon e Laudon (199), Stair (1998), Resende e Abreu (2000), Foina (2001), Walton (1994).
	Sistema de controle de gestão,	13, 14.1 a 14.3	Gomes e Salas (1999), Chiavenato 2000), Stoner e Freeman (1999)
	Comportamento organizacional,	7, 10, 14.4	Cohen (1969), Chiavenato (2000), Stoner e Freeman (1999)
	Ambiente de trabalho	11, 14.5	Cohen (1969), Chiavenato (2000), Stoner e Freeman (1999)
	Qualidade dos serviços prestados	12, 14.6	Berry e Parasuraman (1995), Mezzomo (2001).

Quadro 3 – Variáveis analisadas.

4 UTILIZAÇÃO DE CARTÃO MAGNÉTICO PARA CONTROLE GERENCIAL E ASSISTENCIAL DE ATENDIMENTO MÉDICO EM COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO

Vive-se atualmente, um cenário de transformações amplas, cada vez mais aceleradas em todos os campos da atividade humana, em que as organizações precisam adaptar-se, constantemente, à mutação continuada dessa realidade, como condição de sobrevivência. Neste contexto, a Unimed Maringá, no empenho de ajustar-se a essas transformações e acompanhando esta tendência, investiu na adoção de um sistema de cartão magnético, como autorizador eletrônico de serviços, hora objeto de estudo de caso. Sendo assim, a seguir apresenta-se alguns aspectos a cerca deste.

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIMED MARINGÁ

A Unimed Maringá foi fundada no dia 05/08/82. Constituída inicialmente pela cooperação de 40 médicos. Desde o início seguiu uma orientação da Federação das Unimed's do Paraná, direcionando seus serviços para o atendimento dos usuários em consultórios particulares.

Sua sede está localizada na Av. Tiradentes, 1.008. Além de Maringá, o campo de ação da organização estende-se aos municípios de: Ângelo, Astorga, Atalaia, Dr.Camargo, Floraí, Floresta, Flórida, Iguaçu, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Munhoz de Melo, Nova Esperança, Ourizona, Paiçandu, Presidente Castelo Branco, Sarandi, Santa

Fé, São Jorge do Ivaí e Uniflor. Ainda hoje, mantém-se fiel ao princípio do cooperativismo médico, ou seja, prestar serviços médicos de boa qualidade ao paciente a um preço justo e aceitável, procurando remunerar o médico dentro dos princípios da ética.

A estrutura básica de gestão da UNIMED é formada pelo Conselho de Administração e sua Diretoria, Conselho Consultivo, Conselho Fiscal e Conselho de Ética Médica.

Como consequência do atendimento ao usuário, mantém-se convênio com hospitais, laboratórios clínicos de patologia, fisioterapia, entre outros, atendendo, no momento 74.362 usuários e tendo, para isso, um corpo clínico com 552 médicos cooperados. Esta filosofia de bom serviço a preço acessível é praticado para proporcionar, tanto ao usuário quanto ao médico, satisfação, comodidade e confiança, restaurando a imagem do profissional médico, tão desgastada pelo atendimento público e pela Medicina Mercantilista.

A UNIMED Maringá considera importante na análise de posicionamento competitivo, a utilização de tecnologia de informação e adoção de fatores de diferenciação, como o cartão magnético.

Prover trabalho ao cooperado com remuneração mais digna possível, a partir da melhoria contínua de seu sistema de Gestão da qualidade e ser reconhecida como empresa de excelência por usuários internos e externos atuando de forma competitiva nos diversos segmentos do mercado de assistência médica. Em relação aos objetivos e metas da empresa, cita-se:

- **Assegurar a satisfação do cliente interno;**
- **Assegurar a satisfação do cliente externo;**
- **Assegurar a melhoria contínua dos processos;**
- **Ser referência na área de atuação.**

Para ter um contato mais próximo com os usuários, a UNIMED Maringá criou um canal aberto para esclarecer dúvidas tendo uma equipe treinada a disposição para atendimento rápido e dar soluções imediatas-CallCenter.

4.1.4 Estágios de Nolan na Unimed Maringá

Analisando-se os estágios de Nolan apresentados no capítulo 2 deste estudo e inter-relacionando-os com as características do processo de inovação tecnológica da Unimed Maringá, mediante a adoção do sistema de cartão magnético, constata-se que a mesma atualmente encontra-se no quarto estágio, ou seja, o de integração.

Uma vez que, o sistema de cartão magnético emprega uma moderna tecnologia, com um banco de dados integrado na organização, abrangendo todos os setores, visando obter maior agilidade operacional e aproveitar as oportunidades de negócios que surgem no mercado.

Em resposta à pressão por melhor gestão, o sistema de cartão magnético passa a ser orientado para atender às necessidades dos níveis gerenciais da Unimed Maringá, as informações são de melhor qualidade e é exigida maior

integração entre elas. O que caracteriza o estágio de Integração, segundo classificação de Nolan.

Cabe destacar ainda que na Unimed de Maringá todas as informações coletadas na operacionalização do cartão magnético no POS são enviadas um banco de dados que autoriza os procedimentos solicitados (consultas, exames e pequenos procedimentos). Os dados para autorizar estes procedimentos são atualizados constantemente para poder liberar os procedimentos.

Na circunstancia em que passado o cartão e algum procedimento solicitado não constar no banco de dados do POS, o cliente deverá dirigir-se a agencia da Unimed para ser avaliado pelo médico auditor (p.ex. algum procedimento de alto custo) . Todas as informações coletadas são gerenciadas através de outro programa que automaticamente processa e auxilia no controle e gestão do mesmo. Existe um software chama-se Biomek. Os dados do Biomek de cada singular são de propriedade desta e a Federação só poderá utilizá-lo com a autorização da mesma.

Portanto a integração do consultório, serviços de diagnósticos e hospitais pela utilização do cartão magnético com a Unimed Maringá se faz pelos programas integrados que agiliza na fatura dos serviços prestados e conseqüentemente agiliza o pagamento dos honorários dos cooperados e serviços contratados .

A administração sofre um grande avanço com a utilização desta tecnologia uma vez que ao dados operacionais são transacionados e

processados sem a necessidade de utilizar pessoais para a confecção de faturas e processar o pagamento.

4.2 CARTÃO MAGNÉTICO DE IDENTIFICAÇÃO

De acordo com o Diretor operacional da Unimed Maringá (2003) a implantação do sistema de utilização do cartão foi realizado por grupo de profissionais da empresa contratado (terceirizado) com funcionários do setor de informática da Unimed. Todos os treinamentos para utilização dos aparelhos de POS foram realizadas pela Hypercom (terceirizada) para os funcionários da Unimed e para as secretarias de clínicas. O setor de controle teve que adequar as suas rotinas para englobar as informações coletadas pelo POS e agregar ao sistema Biomek já existente

4.2.1 Características

Com avanços da ciência ou técnica da informação enquanto suporte das comunicações e conhecimento, dentro do Sistema Unimed pensa-se na utilização do cartão magnético para inovação e competitividade. Encontrar um meio para utilizar todas as informações geradas para um controle de gestão, condutas adequadas e de modernização coerentes com a acirrada disputa de mercado nos dias de hoje como diferencial competitivo. Inovar tecnologicamente com finalidade de aprimorar e promover rupturas na forma de executar uma atividade. Neste caminho iniciou-se o projeto de implantação do uso de Cartão magnético na Unimed de Maringá.

Após a verificação e conhecimento de todas as tecnologias apresentadas, a UNIMED Maringá, optou pela adoção do modelo implantado na Unimed de Vitória (solução POS-Hypercom). Além da solidez apresentada pela empresa (mais de 330.000 POS instalados no Brasil e projetos implantados em 35 Unimed's), levou-se em consideração o objetivo inicial do projeto, que é o de proporcionar a solução mais simples possível para a secretaria/recepcionista. Com a adoção desta tecnologia a possibilidade de erros torna-se mínima, bastando um treinamento inicial simples e prático. O início dos estudos e levantamentos preliminares para o novo sistema aconteceu a partir do ano 2000 e o início da implantação em 2001.

A infra-estrutura instalada permitia o início do trabalho que foram se adequando com a necessidade do sistema. A criação e implantação do sistema se deu mediante contratação de empresa especializada para o desenvolvimento do sistema. O POS-POINT OF SERVICE – é um aparelho que deve estar conectado a uma linha telefônica através da qual é possível entrar em comunicação comum à central de serviços e realizar troca de dados, facilitando o atendimento de usuários nos hospitais, clínicas e consultório, laboratórios e hospitais (Unimed Maringá, 2002).

Para identificação dos clientes, é entregue à todos os usuários da Unimed Maringá um cartão magnético para agendar consultas, exames e atendimento de urgência e emergência sem precisar de guias, agilizando os atendimentos nos consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais. Inicialmente foram instaladas as máquinas para utilização do cartão magnético (POS) onde haveria concentração maior de atendimento.

Nos demais locais seguindo ainda o procedimento de liberação manual com a apresentação do cartão. Todavia, atualmente, existem 326 máquinas POS e todos os usuários possuem cartão magnético.

No cartão Magnético constam os seguintes dados: código e nome do usuário, validade inicial e final do cartão e descrição do plano. Este cartão juntamente com a identidade é essencial para um atendimento mais ágil. O número do cartão refere-se ao código do usuário no cadastro UNIMED, para maior agilidade em seus contatos com a empresa. Para liberar os exames requisitados pelo médico no POS após passar o cartão vai ocorrer os seguintes códigos = **Verde**: permitindo que o usuário dirija-se ao prestador para execução do(s) exame(s). **Amarelo**: necessitando que o usuário dirija-se a Unimed para confirmação da liberação; **Vermelho**: necessitando que o usuário dirija-se a Unimed para perícia médica, antes da realização do(s) procedimento(s) no prestador.

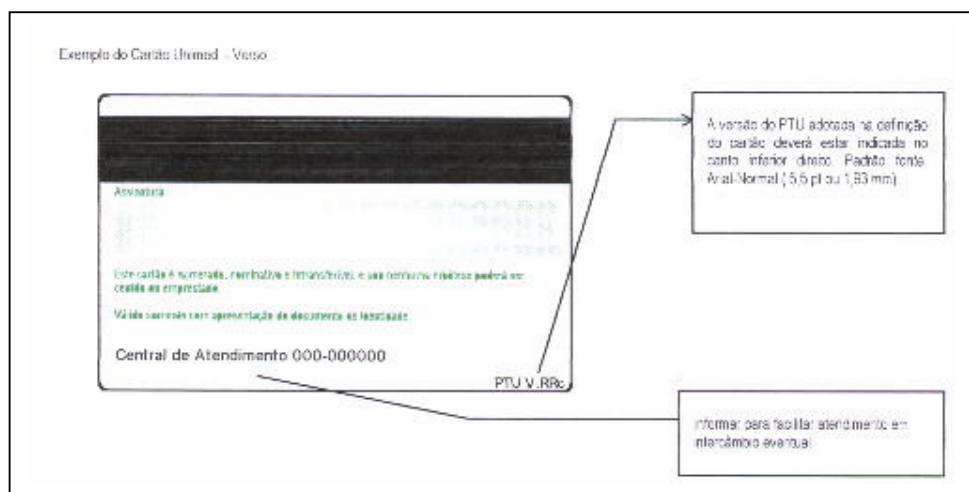


Figura 04 - Modelo do Cartão Magnético Unimed

Fonte: UNIMED Maringá, 2002.

Conforme figura 4, na face principal do cartão UNIMED MARINGÁ consta:

- Código do Usuário
- Nome do usuário;
- Validade inicial;
- Validade final;
- Local de cobrança;
- Plano do usuário;
- Abrangência do Plano;
- Código do contratante.

A tecnologia de captura de dados através do cartão magnético adotada pelo Complexo Unimed em 1996 (Unimed Maringá em 2000) está baseada nos padrões de cartões de crédito e débito internacionalmente utilizados. Com algumas variações de tipologia, a arquitetura se resume na utilização do terminal de leitura do cartão (POS) conectado, via rede telefônica, a um concentrador que recebe as chamadas monitorando todos os pedidos dos terminais POS. O processo de autorização é efetuado pelo aplicativo local em equipamentos apropriados que através de software monitor transacional, componente importante para segurança e integridade dos pedidos, fornece aos terminais POS os números e recibos de autorização.

Independentemente da característica de cada componente, a condição técnica que o Cartão Unimed possa ser utilizado (lido) em qualquer terminal é

seguir restritamente os padrões descritos neste documento. Cabe a Diretoria de Telemática da UNIMED do Brasil o papel de homologadora das tecnologias de cartão magnético para que estes não se desviem dos padrões definidos pela GAT e aprovados pelo Conselho de Usuários de Informática e conseqüentemente impactando o Intercâmbio Nacional.

O cartão deve, por questões mercadológicas, transmitir a identidade visual da Unimed, para tanto sua confecção deve obedecer as especificações do padrão definido no Manual de Padronização Visual Unimed sobre:

- Formato,
- Cores,
- Serigrafia,
- Tipo de fonte/letras,
- Logomarcas,
- Dimensões internas e externas

Quanto aos dados a serem gravados (conteúdo) tanto no relevo (frente do cartão) como na tarja magnética (verso do cartão), devem obedecer o padrão UNIMED.

O fator que mais influenciou a decisão de se implantar o cartão magnético na UNIMED Maringá, foi o fato da organização não estar satisfeita com o sistema em uso. Sendo que, o sistema de cartão magnético não está totalmente implantado, atualmente o percentual efetivamente implantado é de 30%. As principais características do sistema de cartão magnético são, entre outras, a facilidade na liberação e solicitação de procedimentos, adiantamento

no pagamento dos cooperados, facilidade na administração do local (Diretor Geral da Unimed Maringá, 2003).

Segundo o Diretor Administrativo da Unimed Maringá (2003), com a implantação do sistema de cartão magnético houve alteração na estrutura organizacional da UNIMED Maringá, principalmente no que se refere ao pagamento de consultas, que passaram a ser semanais e a apresentação dos protocolos de pessoa jurídica que passou a ser diário. O Quadro 4 evidencia o cronograma de implantação do projeto de cartão magnético.

Reunião na Hypercom para a definição das especificações do Projeto	Até 07/09/2000
Entrega da 1ª. Versão da Espec-Unimed Maringá	25/09/2000
Entrega da 2ª. Versão da Espec-Unimed Maringá	10/10/2000
Testes de Softwares (POS e FEP) na Hypercom	Até 10/11/2000
Definição do Piloto de Implantação (30 POS)	20/11/2000
Definição com NET-SET sobre implantação Piloto	30/11/2000
Homologação dos softwares (POS e FEP)	10/12/2000
Implantação dos Equipamentos de Rede (IEN, Servidor, FEP, etc.)	15/12/2000
Testes internos	20/12/2000
Termino da implantação do Piloto	22/12/2000
Liberação de funcionamento dos 30 primeiros POS	26/12/2000
Instalados dos POS restantes em Maringá	15/01/2001
Treinamento para as secretarias/recepcionistas	Até 19/01/2001
Liberação de funcionamento para os POS restantes	Até 19/01/2001

Quadro 4 - Cronograma de Implantação do Projeto

Fonte: UNIMED Maringá, 2002.

4.2.1.1 Autorizadores remotos instalados em consultórios

A conectividade real entre todos os agentes de saúde, interligando as operadoras (medicina de grupo, cooperativas, empresas de autogestão e seguradoras) aos prestadores de serviço (consultório, clínicas, laboratórios e hospitais) é uma necessidade que poderá ser suprida pelo uso de um mecanismo para elegibilidade on line (autorizações eletrônicas) em poucos segundo, no momento de uma consulta médica ou exame laboratorial através de terminais POS. Os usuários finais não precisam apresentar comprovantes de pagamentos e os prestadores de serviços não perdem tempo preenchendo guias de consulta, de procedimentos e autorizações.

Para as operadoras, clientes diretos, essas transações eletrônicas representam um controle rigoroso de fraudes, otimização de tempo, desburocratização e redução de custos administrativos de até 30%.

Isto dá uma combinação de credibilidade e profundo conhecimento das necessidades do cliente; aporte tecnológico; originalidade e busca contínua de novas soluções e aprimoramento.

4.2.1.2 Funcionamento do sistema de cartão magnético

a. Estrutura Interna (Unimed)

Concentrador com placas fax/modem para recebimento de ligações dos pontos e placas de rede para comunicação com estrutura interna (rede unimed). Servidor Windows NT com Front End para interpretação de dados criptografados, Gerenciador de chamadas (distribuição de ligações), Servidor

principal com atendedor (no caso Ciamed) para transação de dados junto ao front end.

b. Estrutura Externa (Pontos)

POS – Hypercom. Máquina leitora de cartão magnético que possui configuração customizada (de acordo com as necessidades da empresa). Impressora interna que emite dados de transação efetuada em duas vias, tipo de impressão matricial, teclas configuráveis, modem interno com velocidade de 2400 bps.

c. Transações

O cartão é passado no POS, automaticamente é acionada a discagem para a Unimed, a qual terá de prontidão seu concentrador que atenderá a ligação. O envio é no formato de protocolo X.25, as informações trafegadas são criptografadas, ficando a cargo do front end decodificá-las e transformá-las em formato texto (AXCII), no padrão em que a Unimed determine, essas informações serão enviadas ao servidor principal que terá que, os atender rodando dados que serão processados no banco de dados, o qual retornará um código, esse código é registrado em um arquivo de texto que retornará ao front end, com a mesma tarefa, irá codificar (criptografar) o arquivo e o enviará de volta ao POS. Este código gerado pelo banco de dados, será interpretado pelo POS de acordo com as informações nele contida, e imprimirá o resultado da transação.

4.2.2 Objetivos

De acordo com o Diretor Geral da Unimed Maringá (2003), os objetivos da implantação do Cartão magnético como autorizador de consultas na organização teve como objetivos:

- Prover uma solução de captura eletrônica de dados através da tecnologia de Cartão Magnético para os consultórios e demais prestadores e, que seja operacionalmente mais simples possível para as secretarias/recepcionistas de clinicas, consultórios, laboratórios e hospitais.
- Tornar as informações mais confiáveis, precisas e simples;
- Desburocratizar o processo de liberação de consultas e exames;
- Redução de problemas relativos a liberações indevidas;
- Ponto facilitador para o usuário.

4.2.3 Fatores Motivantes

Complementa o Diretor Geral da Unimed Maringá (2003) que os fatores motivantes podem ser sintetizados em:

- Burocratização do processo de liberação de guias;
- Falta de espaço físico para disponibilização aos usuários no setor de Recepção;

- Impossibilidade de aumento do espaço físico para acomodação de colaboradores nos setores de Recepção, Linha Direta e Revisão de Contas Médicas;
- Descaracterização do setor de Linha Direta pelo usuário (a própria secretaria solicita a guia e fornece a senha do mesmo);
- Ocorrência de Fraudes;
- Realização de número excessivo de horas-extras pelo setor de Revisão de Contas Médicas, todos os meses;
- Imagem de empresa atrasada tecnologicamente;

4.2.4 Obstáculos encontrados à implantação do sistema

Conforme relatou o Diretor Operacional da Unimed Maringá (2003), os principais obstáculos encontrados à implantação do sistema foram:

- Divulgação dos benefícios oferecidos pelo sistema, entretanto a implantação e utilização do sistema rapidamente venceu a reação inicial dos usuários e foi o melhor meio de divulgação dos benefícios;
- Infra-estrutura, como equipamentos, pessoal especializado, o que se fez necessário investimentos neste sentido;

- Treinamento de pessoal, a empresa responsável pela implantação do sistema proporcionou vários cursos de treinamento para apresentação do mesmo;
- Resistência à mudança apresentada por alguns usuários: toda mudança traz, inicialmente, a sensação do aumento de trabalho e burocracia. Nesses casos, a realização de visitas técnicas permitiu vencer as resistências e proporcionar os esclarecimentos necessários ao entendimento dos benefícios oferecidos pelo sistema.

Convém destacar que estes obstáculos decorrem principalmente da cultura de liberação (papel) e custo do equipamento, na organização pesquisada.

4.2.5 Benefícios Alcançados

Quanto aos benefícios alcançados com a implantação do sistema, o Diretor Administrativo da Unimed Maringá (2003) indica:

- Redução de custos operacionais: com a instalação do sistema de cartão todo o trabalho é processado pela integração dos programas deixando o grande contingente de pessoal para executar outras tarefas, representando uma economia para a organização;
- Diminuição da ocorrência de fraudes: o cartão magnético gera uma cultura de que a máquina poderá detectar alguma irregularidade deixando os usuários temerosos, evitando também

a tentativa de fraude. Os internamentos, atendimentos sucessivos, índice de utilização por parte dos usuários (clientes) poderão ser monitorados e melhor controlados. Os comprovantes gerados pelo sistema poderão ser facilmente comparados pelos serviços de estatísticas e banco de dados usualmente tabulados pela auditoria médica e administração que havendo alguma distorção será feito um levantamento e auditoria para investigação da irregularidade;

- Qualidade no serviço prestado pela Cooperativa: a agilidade, serviço de atendimento no próprio consultório ou clinica evitando o deslocamento do cliente ao escritório da Unimed, gera um serviço de qualidade e satisfação ao cliente;
- Vantagens competitivas únicas: os planos ou serviços que não possuem este sistema de cartão magnético são comparados pelos clientes que preferem o método mais confortável pela utilização do cartão;
- Melhor apresentação na identificação (cartão): as informações disponibilizadas no cartão magnético trazem uma sensação de tranquilidade ao usuário do sistema. Tanto para o cooperado como para o cliente;
- Desburocratização e agilidade do atendimento ao Usuário, no momento da liberação de guias: os clientes de outra singular da Unimed não necessitam mais dirigir-se a Central ou Serviços de

Intercâmbio para liberação, uma vez que todos os dados de cadastro permitem a autorização imediata e processamento da conta com posterior cobrança dos valores do serviço prestado à Unimed de origem do cliente;

- Transformação do setor de Linha Direta (liberação de guias) em Central de Atendimento (informações e serviços), uma vez que ao passar o cartão, o processamento é imediato. Verificado os dados contidos na tarja magnética permitirá a liberação imediata aos clientes sem a necessidade de consultas quanto a cobertura dos clientes. Não havendo cobertura dos procedimentos desejados o sistema do cartão não emitira a autorização devendo neste caso, o cliente dirigir se ao Escritório para averiguação ou passar pela auditoria médica. Bem como redução do número de chamadas para liberações conforme evidencia o quadro 5,

Mês	Antes (2000)				Depois (2002)			
	X1	X2	X3	X n	X 1	X 2	X 3	X n
Ligações Recebidas	34.219	29.771	33.048	33.076	25.011	18.662	20.671	24.252
Total de Liberações	32.882	28.744	31.249	31.825	21.190	14.473	12.945	10.404
Ligações Abandonadas	1.063	2.377	2.512	2.369	836	1.006	1.446	1.239

Quadro 05 – Número de chamadas para liberações

Fonte: UNIMED Maringá, 2003

Cita-se ainda como benefícios alcançados com o sistema de cartão magnético:

- Possibilidades de mais de 1 pagto/mês aos cooperados;
- Fidelização do usuário (clube de vantagens);

- Menores filas na Recepção (Intercâmbio);
- Imagem de Alta Tecnologia para Singular;
- Maior agilidade no atendimento
- Identificação imediata do usuário
- Identificação imediata das coberturas do plano de saúde de cada usuário
- Mais conforto e segurança no atendimento para o usuário;

4.2.6 Impacto do sistema de cartão

a. No sistema de controle de gestão da cooperativa

Conforme relatou o Diretor Geral da Unimed Maringá (2003), com a implantação do sistema de cartão na sua integralidade o número de processos manuais realizados internamente, quer na confecção e conferência de relatório estarão sendo absorvidos pelo sistema, tais como: número de reclamações no setor, número de chamadas pela empresa do help desk, número de consultas realizadas por cartão. Destaca-se ainda que as informações coletadas pelos programas mediante utilização do cartão magnético são mais confiáveis e poderão ser processadas para o faturamento.

b. Comportamento organizacional

O comportamento organizacional promove o desenvolvimento das relações da organização com os empregados, onde estes aceitam desafios e responsabilidades, conseguindo um melhor desempenho o que favorece tanto o empregado quanto a organização. Como toda mudança gera insegurança, houve a princípio dificuldades para implantação do cartão magnético, que foram superadas com os treinamentos e poder de adaptação e aprendizagem dos funcionários. Hoje todos profissionais são mais conscientes da necessidade de acompanhamento de novas tecnologias

Com o aprimoramento dos processos realizados anteriormente de forma manual, os setores diretamente envolvidos já desenvolveram uma certa expectativa. Com a implantação do sistema de cartão magnético houve uma mudança na estrutura organizacional da cooperativa, tendo que se adequar a tecnologia e processos. Foram observados que os métodos praticados manualmente tiveram, com a utilização da nova tecnologia um grande avanço nos processos. Com soluções mais rápidas e agilização das operações com controle mais eficaz (Diretor Administrativo da Unimed Maringá (2003).

c. Na melhoria do ambiente de trabalho

A partir do momento em que a empresa adotou o sistema de cartão magnético surgiram os obstáculos previsíveis como resistência a mudanças, medo frente ao desconhecido, cultura de liberação. O impacto observado no ambiente de trabalho deu-se inicialmente com a tendência de os funcionários diretamente ligados a setores de pagamento, liberações, atendimento terem

receio de que como um projeto pudesse afetar a sua vida profissional. A partir de um determinado momento, visto que o projeto aprimora alguns aspectos, o processo acabou sendo aceito pelos colaboradores (Diretor Administrativo da Unimed Maringá (2003).

4.3 CONSIDERAÇÕES DO CAPÍTULO

A análise das diversas perspectivas Tecnologia - comportamento organizacional, ambiente de trabalho e controle de gestão -, ao longo do capítulo 4 do presente estudo, permite asseverar com propriedade que a implantação do sistema de cartão magnético como autorizador de consultas na Unimed Maringá, trouxe vários benefícios, à organização.

Entretanto, deve-se reconhecer que para seu impacto positivo ser contínuo e exercido sobre todas as atividades na organização, faz-se necessário uma constante avaliação do mesmo.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1 CONCLUSÕES

O processo de controle sobre o atendimento médico nas cooperativas médicas sofre uma pressão por uma exigência de um trabalho deburocratizado e mais rápido. O usuário procura por serviços mais ágeis com uma imagem atualizada nos conceitos de prestação de serviços. A credibilidade dos serviços sofrem um incremento com a utilização da Tecnologia de Informação deixando transparecer uma atenção mais moderna e eficiente pela utilização destas novas ferramentas.

Os serviços prestados como qualidade, adicionado de valores que oferece comodidade, conforto e rapidez, será sempre um diferencial na opção e compra de serviços. Os clientes deste segmento, serviços de saúde, estão atento para as instituições que se preocupam com o usuário. Nesta fase quando os concorrentes procuram dinamizar a oferta pelos serviços com preços que se equivalem, o diferencial será os valores agregados aos planos ofertados.

Atualmente, a tecnologia existente é o cartão magnético – contém uma faixa magnetizável no verso. O sistema bancário já utilizava os cartões magnéticos em terminais de serviços com freqüência. Contudo na área de saúde seu uso é recente.

Assim, o presente estudo, teve como objetivo central avaliar o impacto da implantação do cartão magnético como autorizador eletrônico de serviços médicos nas Cooperativas Médicas do Trabalho, sob a perspectiva da tecnologia implantada, do sistema de controle de gestão, comportamento organizacional e ambiente de trabalho.

O início dos estudos e levantamentos preliminares para implantação do novo sistema aconteceu a partir do ano 2000 e o início efetivo da implantação em 2001.

Atualmente, a Unimed de Maringá oferece o cartão magnético a todos os seus usuários, que são entregues via correio ou através do departamento pessoal das empresas contratantes. Com ele, o usuário pode agendar consultas, exames e ter atendimento de urgência e emergência se precisar de guias, agilizando os atendimentos nos consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais, uma vez que, no cartão Magnético constam os seguintes dados: código e nome do usuário, validade inicial e final do cartão e descrição do plano.

Para tanto, existiu um planejamento para o processo de utilização do Cartão magnético como forma de facilitar a liberação de consultas e exames de usuários UNIMED, uma vez que, todos os processos de liberação nos locais de atendimentos foram iniciados com liberação de consultas. Posteriormente, são realizadas as liberações/execuções de procedimentos.

Para operacionalizar o sistema de cartão magnético, foram instalados nos consultórios médicos do município, autorizadores remotos.

O fator que mais influenciou a decisão de se implantar o cartão magnético na UNIMED Maringá, foi o fato da organização não estar satisfeita com o antigo sistema, que era totalmente manual (com papéis). Contudo era objetivo da organização, com o novo sistema, tornar as informações mais confiáveis, precisas e simples e desburocratizar os serviços.

Convém destacar que foram enfrentados alguns obstáculos para a implantação do sistema, dentre estes: divulgação dos benefícios oferecidos pelo sistema; infra-estrutura, como equipamentos, pessoal especializado; treinamento de pessoal e resistência à mudança apresentada por alguns usuários. Todavia estes foram sendo contornados com o passar do tempo, e ante aos resultados preliminares, positivos.

Dentre os benefícios que o sistema de cartão magnético proporcionou à Unimed Maringá, destacam-se: facilidade na liberação e solicitação de procedimentos, adiantamento no pagamento dos cooperados, redução de custos operacionais, diminuição da ocorrência de fraudes, maior agilidade no atendimento e mais conforto e segurança no atendimento para o usuário etc.

Segundo dados coletados na organização, não existem dados que comprovem aspectos negativos com a implantação do sistema. Há algumas dificuldades inevitáveis quando da realização de mudanças significativas na organização.

Como vantagens na utilização do sistema de cartão magnético observou-se:

- Maior agilidade no atendimento permitindo um trabalho mais seguro proporcionando conforto aos usuários e operadores no atendimento;
- Otimização dos mecanismos de controle, mediante redução do número de processos manuais realizados internamente;
- Confere uma imagem de alta tecnologia agregando valores aos serviços prestados;
- Perante aos usuários o resultado trouxe um nível de satisfação maior pelo tempo dispendido na operação de liberação de procedimentos;
- Age como objeto de marketing, atraindo novos clientes;
- Para os cooperados (médicos) a verificação dos resultados da qualidade do serviço prestado surge de maneira mais lenta.
- Inibe fraudes, estimulando a utilização racional dos exames e procedimentos, em decorrência da imagem de tecnologia com controle rigoroso.

Ante ao exposto ao longo do estudo e sintetizados neste capítulo, convém salientar que os objetivos do presente trabalho foram alcançados, considerando suas limitação, já elencadas na parte introdutória do mesmo. Assim, a seguir apresenta-se algumas recomendações a título e trabalhos futuros, uma vez que os resultados aqui, não devem ser tomados como definitivos, pois representam a situação em dado momento em que a pesquisa se realizou.

5.2 RECOMENDAÇÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

As limitações enfrentadas e citadas no capítulo 1 deste estudo representam novas oportunidades de pesquisa, assim recomenda-se a título de estudos futuros:

- Replicar o estudo, procedendo um levantamento geral junto a todas as unidades Unimed do estado do Paraná, para obter resultados conclusivos mais generalizáveis;
- Levantar junto as cooperativas médicas do estado do Paraná e outros, quais as tecnologias de informação que alicerçam o processo de gestão destas organizações;
- Identificar e analisar as diferentes tecnologias de captura de dados eletrônicas disponíveis no mercado e adotadas pelas cooperativas médicas.

REFERÊNCIAS

ABREU, Aline França de . **The Role of Stakeholders' Expectations in Predicting the Outcomes of the IS Implementation Process**. Waterloo, Ontario, Canada, 1995.

ALBERTIN, Alberto Luiz. **Administração de informática: funções e fatores críticos de sucesso**. São Paulo: Atlas, 1996.

ALBERTIN, Alberto Luiz; MOURA, Rosa Maria. Administração de Informática e seus Fatores Críticos de Sucesso no Setor Bancário Privado Nacional. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 5, p. 22-29. 1996.

AMARAL, Luis. PRAXIS – Um Referencial para o Planejamento de Sistemas de Informação. Disponível no endereço: <http://shiva.di.uminho.pt/~amaral/>. Universidade do Minho, Portugal, 1994

BARTON, D. Leonard. **Nascentes do Saber: criando e sustentando as fontes de inovação**. São Paulo: FGV, 1998.

BENATO, João Vitorino. **O ABC do cooperativismo**. São Paulo: ICA, 1994.

BERRY, L. L. e PARASURAMAN, A. **Serviços de Marketing**. São Paulo: Editora Maltese, 1995.

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

BOAR, Bernadr. **Tecnologia da Informação: a arte do planejamento estratégico**. São Paulo: Berkeley, 2002.

BRETZKE, Miriam. **Marketing de relacionamento e competição em tempo real com CRM**. São Paulo: Atlas, 2000.

BRUYNE, Paul de e HERMAN, Jaques. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo, 1977.

CARNEIRO, Palmyos Paixão. **Cooperativismo**. B. Horizonte: Fundec, 1981.

CHIAVENATO, Idalberto. **Manual de reengenharia: um guia para reinventar e humanizar a sua empresa com a ajuda das pessoas**. São Paulo: Makron, 2000.

_____ **Teoria Geral da Administração**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

CHILD, J. Information Technologu, Organization, and the Response to Strategic Challenges. **Californi Management Review**. Berkeley, v. 30, n.01, p. 33-50, Fall/1987.

COHEN Y.E. Culture as Adaptation. In Yehud A. Cohen(ed.): *Man in Adaptation*. The Cultural Present. Aldine, Chicago. 1969

CRÚZIO, B. C. **Cooperativismo**. Disponível na Internet via WWW: [Http://www.geocities.com](http://www.geocities.com) Arquivo capturado em 01 de maio de 2002.

CHAVES, E.O.C.; FALSARELLA, O.M. Sistemas de informação e sistemas de apoio à decisão. **Revista Instituto de Informática**, Campinas: PUCAMP, v.3, n.1, p.24-31, jan./jun. de 1995.

FOINA, Paulo Rogério. **Tecnologia de Informação**. São Paulo: Atlas, 2001

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1991

_____. **Técnicas de Pesquisa em Economia e Elaboração de monografias**. São Paulo: Atlas, 2000.

GOMES, Josir Simeone, SALAS, Joan M. Amat. Controle de Gestão. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, L. J. E. Reengenharia: Um Guia de Referência para o Executivo. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.34 n. 4, p.23-30; Jul./Ago. 1994.

GOUILLART, Francis J.; KELLY, James N. **Transformando a organização**. São Paulo: Makron, 1995.

GRONROOS, C. **Marketing gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

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

ISOLDI, Sergio, **Utilização de tecnologia de informação nas organizações públicas**. Campinas: PUC-Campinas, 2000.

JAMB.(Jornal da Associação Médica Brasileira) São Paulo. Rx da Medicina Supletivo. Jun. 1997. p.9.

JURAN, J. M. **Juran na Liderança pela Qualidade**. São Paulo: Editora Pioneira, 1990.

KEEN, P. G. W.; Morton M. S. S. **Decision Support System: An Organizational Perspective**. Addison-Wesley Publishing Company, USA, 1978

KOTLER, P. **Administração de Marketing: análise, planejamento, implementação e controle**. São Paulo : Editora Atlas, 1996.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LAMBEA, Amancio. El cooperativismo sanitario en España. In **Sanidad y cooperativismo**. Zaragoza: Cenec, 1983.

LAUDON, K. C. L., LAUDON, J. P. **Sistemas de Informação- Information Systems and the Internet: A problem-solving approach, fourth edition**. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC,1999.

LEÃO, Beatriz de Faria. **A Tecnologia da Informação em prol da Saúde**. Disponível em www.cesar.org.br. Acessado em 01 de maio de 2002.

LEÃO, Beatriz de Faria. **O prontuário eletrônico: como chegar lá?** Disponível em www.cesar.org.br. Acessado em 01 de maio de 2002.

LODI, João Bosco. **A Globalização da Saúde**. Revista da Associação dos Hospitais de Rio Grande do Sul. Disponível em: do site ibca.br, 2000.

LOVELOCK, Cristopher. WRIGHT, Lauren. **Serviços: Marketing e Gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em Educação: abordagem qualitativa**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1986.

MARCOVITCH, Jaques. **Tecnologia da Informação e Estratégia Empresarial**. São Paulo: Futura, 1997.

MATTAR, Fauze Najib. **Os motivos que levam as pequenas empresas à morte**. Folha de São Paulo, 2 de novembro, 1999.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Teoria Geral da Administração**. 2. ed. São Paulo. Atlas 2000.

MAY, Nilson Luis **Compendio de Cooperativismo UNIMED**. Porto Alegre RS: WS Editor, 1998.

MEIRELLES, Fernando de Souza. **Informática: novas aplicações com microcomputadores**. 2ª ed., São Paulo: Makron Books, 1994.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da Qualidade na Saúde**. Barueri - São Paulo: Ed. Manole, 2001.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 7.ed., Rio de Janeiro: Record, 1996.

OCEPAR. **História do cooperativismo**. Disponível em www.ocepar.org.br. Acessado em abril de 2002.

OCEPAR. **O cooperativismo do Paraná no terceiro milênio**. Curitiba – PR: Ocepar, 2001.

OLIVEIRA, D. de P.R. de. **Excelência na Administração Estratégica**. São Paulo: Atlas, 1993.

PRATES, Maurício. **Os Sistemas de Informação no Planejamento Estratégico Empresarial** – Um Roteiro Básico. Disponível no endereço: <http://www.puccamp.br/~prates/sisplan.html>. Campinas, 1996.

RANGEL, A. ; COBRA, M. **Serviços ao cliente: uma estratégia competitiva**. 2.ed. São Paulo: Marcos Cobra, 1993. 195p.

REZENDE, Denis Alcides; ABREU, Aline França. **Tecnologia da Informação Aplicada a Sistemas de Informação Empresariais**. São Paulo: Atlas, 2000.

RIBEIRO, Lizete C. **Segurança no ambiente hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROBBINS, Stephen. **Administração: mudanças e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

RODRIGUES, Suzana Braga. A Informática na Organização e no Trabalho. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, 28(3) 43-50. Jul/Set 1988.

RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 1986.

SANDRONI, Paulo. **Novíssimo dicionário de Economia**. 7. Ed. São Paulo: Best Seller, 2001 -

SCHULZ, R.; JOHNSON, A. **Administração de hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1979.

SELLTIZ C. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 2. ed. São Paulo: Herder, 1987.

SILVA, Amaury Barbosa da. **Compendio de cooperativismo Unimed**. Porto Alegre: WS Editor, 1998.

SLACK, Nigel; CHAMBERG, Stuart; HARLAND, Christine; HARRISON, Alan; JOHNSTON, Robert. **Administração de Produção**. Ed. Compacta. São Paulo: Atlas, 1999.

- STAN, R. e COLLINS, T. L.. **A 5ª Geração do Marketing**. São Paulo: Makron, McGraw Hill, 1991.
- STAIR, Ralph M. **Princípios de Sistemas de Informações uma Abordagem Gerencial**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1998.
- STONER, James FREEMAN, A . **Administração**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1999.
- SWIFT, Ronald. **CRM: o revolucionário marketing de relacionamento com o cliente**. Tradução de Flávio Deny Steffen. Rio de Janeiro: Campus, 2001.
- TAPSCOTT, Don e CASTON, Art. **Mudança de Paradigma**. São Paulo: Makron, 1995.
- TEIXEIRA FILHO, Jayme. **Tecnologia da Informação para a Gestão do Conhecimento**. Disponível em www.widbiz.com.br. Acessado em 10 de agosto de 2002
- TORRES, Norberto A. **Competitividade Empresarial com a Tecnologia de Informação**. São Paulo, Makron Books, 1995.
- TURBAN, Efrain; Mclean Ephraim e Wetherbe James. **Information Technology for Management: improving quality e productivity**. New York: John Wiley e Sons, 1996.
- UNIMED DO BRASIL. **Cooperativismo médico: a história e o êxito de um ideal**. São Paulo: Cartaz Editorial, 1992, v.I.
- _____. **Cooperativismo médico: o sistema e suas singulares**. São Paulo: Cartaz Editorial, 1992, v.II.
- _____. **Cooperativismo médico: perspectivas para o próximo milênio**. Paulo: Cartaz Editorial, 1992, v.III.
- _____. **Cooperativismo médico: perspectivas para o próximo milênio**. Paulo: Cartaz Editorial, 2002, v.III.
- YIN, Robert K. **Case study research**: Beverly Hills: SAGE Publications, 7. d., 1987.
- WALTON, Richard E. **Tecnologia de Informação: o uso de TI pelas empresas que obtém Vantagem Competitiva**. São Paulo, 1994.
- WHEELLEN, Thomas L., HUNGER, J. David, **Strategic Management**, 3ª edição, edit. por Addison-Wesley Publishing Company, 1989.
- WYSOCKI, Roberto K. e YOUNG, James. **Information Systems: Management Principles in Action**, 1989.

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO

1 – Indique os principais pontos que a UNIMED Maringá considera importante na análise de posicionamento competitivo? (assinale até 2 itens)

- () Qualidade nos serviços reconhecidos pelos pacientes (clientes)
- () Resultado de faturamento
- () Utilização de Tecnologia de Informação
- () Acompanhamento do alcance das metas
- () Qualidade dos serviços em sintonia com o mercado
- () Utilização de fatores de diferenciação (ex. cartão magnético)
- () Outros? Quais

2 – Quais fatores que direcionaram a decisão de se implantar o cartão magnético na UNIMED Maringá?

- () a empresa não estava satisfeita com sistema em uso;
- () recomendações de empresas de consultoria;
- () influência de literatura acerca de casos de sucesso de empresas que adotaram o sistema de cartão magnético;
- () exigência da UNIMED Brasil;
- () outros. Quais ? _____

3 - Existiu um planejamento para o processo de utilização do Cartão magnético como forma de facilitar a liberação de consultas e exames de usuários UNIMED?

5 - Visto que o sistema de cartão magnético não está totalmente implantada qual o percentual efetivamente implantado?

- () 10%

- 30%
- 50%
- 80%
- Outra_____

6 - Com a implantação do sistema de cartão magnético houve alguma alteração na estrutura organizacional da UNIMED Maringá?

- Sim
- Não

Qual (is)?

7 - Quais as características do sistema de cartão magnético?

8 - Quais os principais objetivos iniciais do sistema de cartão magnético?

9 - Quais os obstáculos encontrados à implantação do sistema UNIMED Maringá?

- Divulgação dos benefícios oferecidos pelo sistema:
- Problemas financeiros;
- Infra-estrutura, como equipamentos, pessoal especializado;
- Treinamento de pessoal
- Falta de engajamento dos funcionários;

() Resistência à mudança apresentada por alguns usuários:

() Outros.

Porque

10 - Quais as principais dificuldades dos funcionários da UNIMED Maringá a partir do momento em que a empresa adotou o sistema de Cartão Magnético?

IMPACTO

11 - Indique 2 aspectos que podem ser considerados como vantagens ao se adotar o sistema de cartão magnético na UNIMED Maringá?

() Maior agilidade no atendimento

() Autorização automática de consultas e exames

() identificação imediata do usuário

() identificação das coberturas do plano de saúde de cada usuário

() mais conforto e segurança no atendimento

12 - Relate as principais mudanças efetivamente ocorridas (situação atual) na Unimed Maringá, com a implantação do sistema:

O impacto no sistema de controle de gestão da cooperativa

Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

Mecanismos de avaliação de resultados e indicadores utilizados

Impacto observado sobre a cultura organizacional;

Impacto observado na melhoria do ambiente de trabalho.

ANEXO

ANEXO 01

RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA UNIMED NO BRASIL

Anos 60

Em meados da década de 60, os institutos previdenciários foram unificados no INPS - Instituto Nacional de Previdência Social, prometendo a democratização da saúde. Contudo, as más condições de atendimento oferecidas pelo sistema público, abriram espaço para a crescente atuação da medicina de grupo. Essas empresas, porém, tinham como principal objetivo o lucro, e acabaram desencadeando um processo de mercantilização da medicina.

1967

Visando combater essa tendência, um grupo de médicos liderados por Edmundo Castilho, então presidente do sindicato Médico da cidade de Santos, funda a união dos Médicos - Unimed, com base nos princípios do cooperativismo. Surge assim a primeira cooperativa médica do mundo, administrada nos moldes de uma empresa, porém sem fins lucrativos.

1969

Médicos de várias cidades paulistas visitam a cidade de Santos, interessados na experiência pioneira da Unimed. Alguns meses mais tarde, mais de 30 Unimed's seriam fundadas no estado de São Paulo.

Anos 70

Novas cooperativas médicas são fundadas em diversas cidades do Brasil. Surgem as Federações, com o objetivo de padronizar os procedimentos operacionais e estimular a troca de experiências entre as Unimed's de um mesmo Estado.

1975

É criada a Unimed do Brasil, Confederação que congrega as Unimed's de todo o país.

1977

Uma década após a fundação da primeira cooperativa médica, já existiam 60 Unimed's em todo o Brasil.

Anos 80

A Unimed entra em uma fase de consolidação e crescimento acelerado. Cerca de 100 novas cooperativas são fundadas e a Unimed desenvolve uma estrutura operacional complexa em todo o território nacional.

Anos 90

A Unimed investe em campanhas institucionais e conquista a liderança e o reconhecimento no setor de saúde do Brasil. Ao mesmo tempo, intensifica os contatos internacionais em função da procura crescente, em muitos países, de novos modelos para a saúde.

1994

Este é um ano muito especial para a Unimed. Além de conquistar o primeiro lugar na pesquisa Top of Mind realizada pelo Datafolha, como a empresa de assistência médica mais lembrada pelos brasileiros, a Unimed também recebe outras premiações, como a da Campanha Vida de Artista e o Mérito Lojista.

1995

É implantada em Bogotá, na Colômbia, a UNIMEC - União de Usuários Médicos e Cajas S/A. A Unimed é reconhecida como a entidade cooperativista líder do setor de saúde nas Américas no "I Fórum Latino de Cooperativismo

de Saúde e Afins", primeiro encontro do setor a reunir entidades de mais de 30 países das Américas e Europa. A Unimed do Brasil filia-se à ACI - Aliança Cooperativa Internacional

1996

É fundada a IHCO - Organização Internacional das Cooperativas de Saúde, com o objetivo de promover e aproximar as cooperativas de saúde em todo o mundo. O Dr. Edmundo Castilho, fundador e então presidente da Unimed do Brasil, é eleito o primeiro vice-presidente da IHCO e presidente da IHCO-Américas.

2001

A maior rede de assistência médica do Brasil reúne 90 mil médicos cooperados e 11 milhões de usuários em 364 cooperativas médicas distribuídas por todo o território nacional.