

**Universidade Federal de Santa Catarina  
Programa de Pós-Graduação em  
Engenharia de Produção**

**PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ESTRATÉGICA:  
O CASO DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS NO PERÍODO  
DE 1985 A 2002**

Julio Cesar da Rocha de Castro

**FLORIANÓPOLIS-SC  
2003**

**Julio Cesar da Rocha de Castro**

**PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ESTRATÉGICA:  
O CASO DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS NO PERÍODO DE  
1985 A 2002**

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

Orientador: Prof. Carlos Ricardo Rossetto, Dr.

**FLORIANÓPOLIS**

**2003**

**Julio Cesar da Rocha de Castro**

**PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ESTRATÉGICA:  
O CASO DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS NO PERÍODO  
DE 1985 A 2002**

Esta Dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do grau de  
**Mestre em Engenharia de Produção**  
no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção  
Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 14 de abril de 2003.

---

Prof. Edson Pacheco Paladini, Dr.  
Coordenador

Banca Examinadora

---

Prof. Carlos Ricardo Rossetto, Dr.  
Orientador

---

Prof. Carlos Raul Borenstein, Dr.  
Membro

---

Prof. Carlos Henrique Orssatto, Dr.  
Membro

## Dedicatória

Dedico este trabalho à Márcia, Sarah e Mateus, minha esposa e filhos, pelo amor, carinho e altivez com que suportaram os meus humores, durante o tempo em que minha atenção e os meus assuntos estavam voltados para o estudo. E á minha sobrinha Luiza Espindola Guedes, *in memoriam*, que, com tão pouco tempo, nos ensinou como se deve lutar pela vida.

## Agradecimentos

A Deus, por todas as possibilidades.

À minha esposa Márcia e aos meus queridos filhos Sarah e Mateus, pela compreensão da ausência e pela paciência que tiveram durante o período de elaboração deste trabalho.

Ao meu pai e minha mãe, pela primeira e maior lição de vida.

À minha irmã e sobrinhos, pelo carinho e amizade.

Ao Prof. Carlos Ricardo Rossetto, pela orientação e pela maneira como permitiu nossa relação, razão da minha grande admiração.

Ao Professor Carlos Raul Borenstein, pelos ensinamentos, sugestões e colaborações, como membro da banca examinadora.

Ao Prof. Carlos Henrique Orsatto, membro da banca examinadora, pelas suas sugestões e colaborações.

Ao amigo Macul Chraim, pelo incentivo e apoio iniciais, e sugestões na definição do estudo.

À Prof. Isolde Espindola pela dedicação em revisar este trabalho.

À Comunidade Sagrada Família, pela compreensão da ausência.

Aos colegas de aula e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, pela oportunidade de conhecê-los e pela cordialidade no atendimento.

À FUSESC pelo apoio na flexibilização do meu horário de trabalho.

Ao Sr. Pedro Carlos Martins, pelas informações e documentos indispensáveis à bibliografia desta dissertação.

Aos colaboradores, gerentes e assessores da UNIMED de Florianópolis, pelo apoio e colaboração.

À Senhora Cláudia Osório, da Fundação Oswaldo Cruz, pela atenção no fornecimento de bibliografia.

Aos meus entrevistados, pela cordialidade, disponibilidade de tempo e informações, fundamentais para a realização deste trabalho.

À Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade dessa pesquisa.

E a todos aqueles que, de alguma maneira, colaboraram na concretização deste trabalho: MUITO OBRIGADO!

## RESUMO

CASTRO, Júlio César da Rocha de. **O processo de adaptação estratégica: o caso da UNIMED de Florianópolis no período de 1985 a 2002.** 2003. 198f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Esta pesquisa estuda o processo de adaptação estratégica da UNIMED de Florianópolis - Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., operadora de planos de saúde, que atua no setor de assistência médica suplementar, no período de 1985 à 2002. As mudanças estratégicas foram analisadas empiricamente, segundo o modelo teórico de Pettigrew (1987), estabelecido sob três aspectos: o contexto, o conteúdo e o processo de implementação das mudanças. Aplicou-se o modelo de Hrebiniak e Joyce (1985) para identificar a relação entre escolha estratégica da organização e a pressão ambiental. Verificou-se os tipos de estratégias na visão de Mintzberg e McHugh (1985), o modo de formulação dessas estratégias, segundo o conceito de Mintzberg (1973) e identificou-se os principais *stakeholders* e suas influências sobre a organização. Adotou-se o modo de pesquisa qualitativa, que enfatiza as interpretações dos atores sociais, como fonte primária de dados e a interação com o pesquisador, levando-se em conta o caráter processual, contextual e histórico das mudanças (Pettigrew, 1988). Trata-se de um estudo de caso simples, onde os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, com os presidentes da empresa, nos períodos em que transcorreram seus mandatos e alguns gerentes. Com base no referencial teórico-metodológico adotado, descreveu-se o ambiente específico, com destaque para o período da regulamentação do setor no qual a empresa atua e, sempre que possível, relacionou-se os acontecimentos naqueles ambientes com as mudanças ocorridas. Considerando as características próprias das organizações cooperativistas, descreveu-se ainda, sinteticamente, a forma como o Sistema UNIMED se desenvolveu, se estruturou e suas influências no processo de adaptação estratégica da empresa. Constatou-se que a organização, de caráter associativo, passa por períodos de mudanças distintos, na gestão de cada dirigente eleito, e que seu desenvolvimento é suscetível à visão de cada um ou do grupo político que o apóia.

Palavras-chave: Processo, estratégia, adaptação.

## ABSTRACT

CASTRO, Julio Cesar da Rocha de. **O processo de adaptação estratégica**: o caso da UNIMED de Florianópolis no período de 1985 a 2002. 2003. 198f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

This research studies the process of strategic adaptation of UNIMED de Florianópolis - Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., operator of plans of health, that acts in the section of supplemental medical attendance, in the period of 1985 until 2002. The strategic changes were empirically analyzed, according to the theoretical model of Pettigrew (1987), established for three aspects: the context, the content and the process of changes implementation. It was applied the model of Hrebiniak and Joyce (1985) to examine the relationship between the organization's strategic choice and the environmental determinism. It was verified the types of strategies in the vision of Mintzberg and McHugh (1985), the way of formulation of those strategies according to the concept of Mintzberg (1973) and it was still identified the main *stakeholders* and its influences on the organization. It was adopted a qualitative research way, that emphasizes the social actors' interpretations as primary source of data and the interaction with the researcher, taking to account the processual, contextual and historical character of changes (Pettigrew, 1988), it is a simple case study, where the data were obtained through semi-structured interviews, with the presidents of the company and manager. Having as base the adopted theoretical-methodological referencial, it was described the specific atmosphere, with prominence to the period of the regulation of the section in which the company acts and when possible, it was related the events in those environments with the occurred changes. Considering the own characteristics of the co-operative organization, it is still described, synthetically, the form as the Sistema UNIMED was developed, structured and its influences in the process of strategic adaptation of the company. It was verified that the organization, of associative character, passes for different periods of change in each elect leader's administration and that its development is susceptible to the vision of each one or of the political group that supports him.

Key word: Process, strategic, adaptation.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Grau de determinismo ambiental e capacidade de escolha estratégica	35
FIGURA 2 - Modelo de estudo do processo da mudança estratégica.....	38
FIGURA 3 - Formas básicas de estratégias.....	42
FIGURA 4 - Design da pesquisa .....	54
FIGURA 5 - Estrutura hierárquica das organizações cooperativistas no Brasil.....	91
FIGURA 6 - Estrutura organizacional da UNIMED de 1971 a 1984 .....	97
FIGURA 7 - Organograma da UNIMED de Florianópolis de 1985 à 1988 .....	103
FIGURA 8 - Grau de determinismo ambiental e capacidade de escolha estratégica no período I .....	107
FIGURA 9 - Organograma da UNIMED de Florianópolis – 1988 á 1990 .....	116
FIGURA 10 - Grau de determinismo ambiental e capacidade de escolha estratégica no Período II.....	120
FIGURA 11 - Organograma da UNIMED de Florianópolis de 1991 - 1994 .....	129
FIGURA 12 - Grau de determinismo ambiental e capacidade de escolha estratégica no Período III.....	133
FIGURA 13 -Grau de determinismo ambiental e capacidade de escolha estratégica no Período IV .....	144
FIGURA 14 - Grau de determinismo ambiental e capacidade de escolha estratégica no Período V.....	161

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Combinando os três modos de formulação da estratégia.....	48
QUADRO 2 - Condições para o uso.....	48
QUADRO 3 - Distribuição do mercado consumidor por tipo de operadora .....	83
QUADRO 4 - Recursos próprios das UNIMEDs e empresas de medicina de grupo.	86
QUADRO 5 - Principais <i>stakeholders</i> da UNIMED de Florianópolis no Período I ...	104
QUADRO 6 - Formas básicas de estratégias no Período I .....	105
QUADRO 7 - Modo de formulação das estratégias no Período I .....	106
QUADRO 8 - Posição da UNIMED Seguradora no ranking das seguradoras.....	109
QUADRO 9 - Principais <i>stakeholders</i> da UNIMED de Florianópolis no período II ..	117
QUADRO 10 - Formas básicas de estratégias no Período II .....	118
QUADRO 11 - Modo de formulação das estratégias no Período II .....	119
QUADRO 12 - Indicadores econômicos e a variação do CH (coeficiente de honorários médicos.....	126
QUADRO 13 - Principais <i>stakeholders</i> da UNIMED de Florianópolis no Período III .....	130
QUADRO 14 - Formas básicas de estratégias no Período III .....	131
QUADRO 15 - Modo de formulação das estratégias no Período III .....	132
QUADRO 16 - Estrutura da rede de prestação de serviços médicos em dezembro de 1998.....	140
QUADRO 17 - Principais <i>stakeholders</i> da UNIMED de Florianópolis no Período IV.....	141
QUADRO 18 - Formas básicas de estratégias no Período IV .....	142
QUADRO 19 - Modo de formulação das estratégias no Período IV .....	143
QUADRO 20 - Estrutura da rede de prestação de serviços em dezembro de 2002.....	155
QUADRO 21 - Distribuição dos usuários entre os serviços oferecidos em dezembro de 2002.....	156
QUADRO 22 - Principais <i>stakeholders</i> da UNIMED de Florianópolis no Período V.....	158
QUADRO 23 - Formas básicas de estratégias no Período V.....	159
QUADRO 24 - Modo de formulação das estratégias período V.....	160

## LISTA DE SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AGO	Assembléia Geral Ordinária
AGE	Assembléia Geral Extraordinária
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde
CH	Coeficiente de Honorários
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
SAMDU	Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
CIEFAS	Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PNS	Plano Nacional de Saúde
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
COFINS	Contribuição Financeira da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
MS	Ministério da Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CFM	Conselho Federal de Medicina
ABRASPE	Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas
ISS	Imposto Sobre Serviços
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social

IDEC	Instituto de Defesa do Consumidor
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
ACM	Associação Catarinense de Medicina
CRM	Conselho Regional de Medicina
PROCON	Proteção e Defesa do Consumidor
USIMED	Cooperativa de Consumo dos Usuários de Planos de Assistência Médica e Cooperados da UNIMED Florianópolis
UNICRED	Cooperativa de Crédito e Economia Mútua dos Médicos e Profissionais da Saúde da Grande Florianópolis
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COOPERADOS	Associados de Cooperativa

# SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	8
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	9
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	11
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1.1 Tema e problema de pesquisa</b> .....	14
<b>1.2 Objetivos da pesquisa</b> .....	17
1.2.1 Objetivo geral .....	17
1.2.2 Objetivos específicos.....	17
<b>1.3 Justificativa</b> .....	18
<b>1.4 Estrutura da dissertação</b> .....	19
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	20
<b>2.1 As organizações e o ambiente organizacional</b> .....	20
2.1.1 Estudo das teorias organizacionais, uma breve síntese .....	20
2.1.2 A teoria geral de sistemas e a organização.....	23
2.1.3 O ambiente organizacional.....	25
2.1.4 Os <i>stakeholders</i> e a organização .....	28
<b>2.2 Perspectivas para a adaptação estratégica</b> .....	29
2.2.1 O modelo de Hrebiniak e Joyce .....	34
<b>2.3 A mudança estratégica</b> .....	40
<b>2.4 A estratégia</b> .....	40
2.4.1 A formulação da estratégia.....	43
<b>3. METODOLOGIA DA PESQUISA</b> .....	49
<b>3.1 O Método d investigação</b> .....	50
<b>3.2 O problema de pesquisa</b> .....	51
<b>3.3 População e amostra</b> .....	51
<b>3.4 Delineamento da pesquisa</b> .....	52
3.4.1 O <i>design</i> da pesquisa.....	53
3.4.2 A perspectiva qualitativa do estudo de caso .....	55
3.4.3 A perspectiva contextual e processual da pesquisa .....	57
3.4.4 Coleta de dados .....	58

<b>3.5 Limitações da pesquisa</b> .....	62
<b>4. A ORGANIZAÇÃO E O SEU AMBIENTE</b> .....	64
<b>4.1 O contexto externo específico</b> .....	64
<b>4.1.1 A assistência médica no Brasil – os primeiros tempos</b> .....	64
4.1.2 As caixas e institutos de previdência e assistência .....	66
4.1.3 A estatização do sistema de previdência e assistência social.....	68
4.1.4 O Ministério da Saúde .....	71
4.1.5 Sistemas de saúde .....	72
<b>4.2 A regulamentação da assistência médica supletiva</b> .....	74
4.2.1 Alguns aspectos sobre regulamentação.....	74
4.2.2 Objetivos da regulamentação sobre o setor .....	76
4.2.3 Efeitos da regulamentação sobre a indústria .....	82
<b>5. O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ESTRATÉGICA DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS</b> .....	88
<b>5.1 Apresentação e análise dos dados</b> .....	89
5.1.1 UNIMED - a trajetória da organização cooperativista.....	89
5.1.2 O Complexo Empresarial Cooperativo UNIMED .....	93
<b>5.2 A UNIMED de Florianópolis</b> .....	94
5.2.1 Período I - A estruturação e profissionalização da empresa sob uma visão empreendedora (1985 a 1988).....	97
5.2.2 Período II - As mudanças restritas à organização e a integração com o Sistema UNIMED (1988 à 1991) .....	107
5.2.3 Período III - O primeiro plano de mudanças e o apoio das entidades de classe (1991 a 1995).....	120
5.2.4 Período IV - A mudança do poder e a busca de uma nova visão para a empresa (1995 à 1999) .....	133
5.2.5 Período V - As mudanças sustentadas pelo Programa de Gestão Empresarial e o impacto da regulamentação (1999 a 2002).....	145
<b>6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b> .....	162
<b>6.1 Principais aspectos da pesquisa</b> .....	162
<b>6.2 CONCLUSÕES</b> .....	163
<b>6.3 RECOMENDAÇÕES</b> .....	170
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	171

<b>APÊNDICE</b> .....	179
<b>ANEXO</b> .....	183

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA

Nunca a sociedade moderna mudou tanto e com tanta velocidade como nos últimos tempos, e nesse ambiente mudaram a forma e o funcionamento das estruturas organizacionais. Os novos padrões de competição determinaram às organizações um enfoque em elementos e conceitos inéditos até então. As mudanças geopolíticas, o mundo financeiro e o contexto tecnológico dentro das funções da organização apresentam uma barreira sem fim de desafios para a adaptação e o aprendizado de novas técnicas de funcionamento (MOHRMAN apud GALBRAITH, 1995).

Os abrangentes, velozes e sofisticados sistemas de comunicação e de informação, ao mesmo tempo em que servem de ferramentas para a organização otimizar sua performance, colocam-se também como barreira ao funcionamento e exigem uma revisão dos paradigmas empresariais, para o seu melhor aproveitamento. Os ambientes organizacionais têm se tornado menos benignos, mais complexos, mais inter-relacionados e mais dinâmicos (MITROFF apud GALBRAITH, 1995).

As estratégias empresariais focadas na otimização dos custos, na melhoria constante da qualidade e na atenção aos clientes, continuarão sendo fatores importantes na arena da competição, mas, atualmente, novos elementos deverão ser incorporados pelas organizações.

Schon (1971) considera que a mudança traz consigo uma reformulação nas fronteiras do conhecimento, que entra em choque com as capacidades atuais do indivíduo e da organização, suscitando a incapacidade para tratar com a série de mudanças que estão sendo geradas. As crises forçam elementos vitais do sistema para a mudança, e esta, ameaça o estado estável, cuja manutenção tem sido importante para a existência da organização. A necessidade de introduzir e cultivar a noção de mudança e inovação deixou de ser apenas um modismo, para se tornar uma questão de sobrevivência e sucesso.

Essa linha de argumentação tem como fundamento à idéia de que -para as empresas serem competitivas, ou simplesmente continuarem existindo -, devem ser permeáveis ao meio ambiente, isto é, devem perceber os sinais ambientais e tê-los como referencial para o desenvolvimento de suas atividades. Por isso, a habilidade dos gerentes para reconhecerem, interpretar e implementarem constantemente os requisitos emergentes de seu setor, nos seus produtos, processos e modos organizacionais que adotam, é visto como crucial para a sobrevivência organizacional às condições competitivas (CHILD e SMITH, 1987).

Para se analisar e entender as mudanças organizacionais deve-se considerar o caráter mutável e descontínuo do ambiente e, principalmente, dar ênfase ao monitoramento dessas incongruências ambientais, que estão freqüentemente interagindo, consciente ou inconscientemente, com a estrutura interna da organização. O foco de análise evoluiu de uma orientação micro, isto é, baseado somente na organização, para incluir também uma perspectiva mais macro das organizações e seus ambientes (MILES, 1982).

Assim, baseado na Teoria Geral de Sistemas desenvolvida por Von Bertalanffy, que foi utilizada inicialmente nas ciências biológicas, no estudo dos organismos vivos e seus ambientes, vislumbra-se a organização como um sistema aberto em relacionamento dinâmico com seu ambiente, isto é, sujeita a mudanças a cada instante e que considera ainda a dinâmica no relacionamento entre as partes constituintes da organização.

Uma das características dos sistemas abertos é a equifinalidade, ou seja, não existe uma maneira certa, única de a organização atingir o estado estável. Tal estado pode ser atingido a partir de condições iniciais e através de meios diferentes. Trata-se da existência de caminhos alternativos, para que a organização possa, a partir de um estado de equilíbrio com o ambiente, atingir o estado final desejado. Dessa forma, mesmo que se assuma que o ambiente de uma organização é altamente determinístico, a escolha organizacional ainda é possível (HREBINIAK e JOYCE, 1985).

Tendo em vista o processo de adaptação estratégica da organização ao ambiente, Pettigrew (1987) sugere que, embora sob forte pressão ambiental, as organizações possuem condições de fazer escolhas, quanto às suas ações e estratégias, mesmo que elas sejam de alguma forma limitadas pelo contexto. Segundo ele, os gerentes devem avaliar as mudanças nos contextos de suas

organizações e então, desenvolver e implementar novas estratégias para fazer frente a essas mudanças. Nesse sentido, sugere-se uma metodologia para estudar a questão da mudança organizacional, observando que se trata de um processo humano complexo, no qual todos os membros da organização desempenham atividades que podem estar relacionadas com a percepção do contexto da mudança, com a escolha do conteúdo da mudança ou com o processo de implementação da mudança.

Percebe-se que as contínuas e rápidas mudanças no ambiente externo afetam gravemente as organizações. As tecnologias, as necessidades dos consumidores e os regulamentos governamentais também estão em constante mudança. Por esse motivo, as organizações necessitam responsabilizar-se não apenas pelos seus acionistas, mas também pelos demais *stakeholders* (BOWDITCH e BUONO, 1992).

Para Pfeffer e Salancik (1978), as organizações sobrevivem à medida que são efetivas, e essa efetividade origina-se do gerenciamento das demandas dos grupos de interesse (*stakeholders*), com os quais a organização estabelece uma relação de dependência de recursos e apoio, e de sua habilidade de criar resultados e ações aceitáveis por eles.

A maneira como a organização percebe e lida com o ambiente influencia e define o tipo de adaptação, para assegurar sua sobrevivência, bem como suas vantagens competitivas (CHILD e SMITH, 1987). Para Miles e Snow (1978), as condições ambientais não permitem que as organizações possuam uma única forma para se adaptarem ao ambiente. Cada organização desenvolve uma estratégia diferente em função de sua percepção acerca do ambiente ser única. Isto é, as estratégias são únicas, para uma organização e exibem seu estilo de ação distinto.

Portanto, a adaptação estratégica caracteriza-se como um processo de ajuste mútuo entre a organização e seu ambiente. É um processo mútuo porque tanto a organização procura se modificar para atender as exigências do ambiente, quanto procura moldá-lo de acordo com suas necessidades (WEICK apud CUNHA, 1996).

Considerando-se a sua importância no desempenho e sobrevivência das organizações, esta pesquisa pretende estudar o processo de adaptação estratégica a partir do modelo de Pettigrew (1987), que enfoca as questões do contexto, do conteúdo e do processo da mudança; da identificação dos *stakeholders* e descrição

de suas influências na organização (BOWDITCH E BUONO, 1992); da mudança estratégica (Mintzberg e Mc Hugh, 1985); do conceito de Mintzberg (1973) sobre os três modos de formular estratégia: o modo empreendedor, o modo adaptativo e o modo planejado; e da verificação do grau de determinismo ambiental versus escolha estratégica proposta por Hrebiniak e Joyce (1985).

Com base nos conceitos descritos acima, investigou-se empiricamente a seguinte questão de pesquisa:

*"Como ocorreu o processo de adaptação estratégica da UNIMED de Florianópolis, no período de 1985 a 2002".*

## **1.2 Objetivos da pesquisa**

### 1.2.1 Objetivo geral

Descrever e analisar o processo de adaptação estratégica da UNIMED de Florianópolis, no período de 1985 a 2002.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever as condições objetivas do ambiente externo da empresa relacionando-as com o período estabelecido pela pesquisa.
- Identificar e analisar as influências dos principais *stakeholders* da organização.
- Identificar e analisar as principais mudanças estratégicas, o modo de formulação das estratégias e o grau do determinismo ambiental *versus* a capacidade de escolha estratégica da organização;

### 1.3 Justificativa

Justifica-se a relevância da presente pesquisa por dois objetivos: os objetivos acadêmicos e os objetivos práticos.

Os objetivos acadêmicos serão perseguidos pela aplicação do processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico, posto que o objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos (GIL, 1999), neste caso, a abordagem qualitativa do estudo de caso.

Os objetivos práticos ou aplicados da pesquisa justificam-se pela indiscutível importância do produto ofertado ao mercado brasileiro, pelo segmento de assistência médica suplementar e pelo universo estimado de 40 milhões de consumidores por ele assistidos. E, nesse cenário, destacam-se as cooperativas médicas Unimed, com aproximadamente 11 milhões de usuários e 90 mil médicos cooperados, distribuídos entre as mais de 360 cooperativas que oferecem cobertura assistencial em 80% do território nacional (ABRAMGE, 2002).

Nesse contexto, a UNIMED de Florianópolis - Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., cujo mercado de atuação é limitado aos municípios que compõem a Região da Grande Florianópolis, possui mais de 190 mil usuários em diversas modalidades de contratos e mais de 1.300 médicos cooperados (UNIMED, 2001a). Considerando-se o total da população na sua área de abrangência, pode-se vislumbrar a sua supremacia no mercado frente à concorrência.

Considerando-se todas as peculiaridades de sua personalidade jurídica e de gestão, próprias das organizações cooperativistas, tem-se também como de grande interesse o estudo do seu processo de adaptação estratégica, que pode ser, eventualmente, extrapolado para os demais segmentos onde atuam as organizações cooperativistas no Brasil (agrícola, crédito, consumo, etc.). E, como um fator de relevante influência nesse estudo, tem-se a recente regulamentação desse mercado.

O interesse e o esforço no desenvolvimento desse trabalho será, portanto, a utilização e as conseqüências práticas dos conhecimentos, numa realidade circunstancial.

#### 1.4 Estrutura da dissertação

No primeiro capítulo apresenta-se o tema, o problema e os objetivos da pesquisa. E, além da justificativa e relevância, descreve-se, de forma sucinta, a estrutura da dissertação.

No segundo capítulo, apresenta-se a fundamentação teórica com a revisão da literatura, que suporta os temas pesquisados.

No terceiro capítulo apresentam-se os procedimentos metodológicos, iniciando-se com a descrição do método de pesquisa, do problema de pesquisa e da população e amostra. Em seguida descreve-se o delineamento e o *design* da pesquisa, com a perspectiva qualitativa e do estudo de caso, a perspectiva contextual e processual, a coleta de dados, tipos de dados, análise e interpretação dos dados e as limitações da pesquisa.

No quarto capítulo descreve-se o ambiente objetivo da organização, com a evolução e as características do contexto externo específico. Em seguida cita-se alguns aspectos gerais, objetivos e efeitos da regulamentação da assistência médica supletiva.

No quinto capítulo apresenta-se o processo de adaptação estratégica da UNIMED de Florianópolis, iniciando-se pela descrição da trajetória da organização cooperativista Unimed e da estrutura do Complexo Empresarial Cooperativo Unimed, seguida por um breve histórico da organização. Em seguida apresenta-se a análise dos dados da pesquisa empírica, efetuada no transcurso de cinco períodos estratégicos - de 1985 a 2002 - que coincidem com a vigência dos mandatos de cinco presidentes da organização.

No sexto capítulo, são apresentadas as conclusões e as recomendações e, por últimos, são apresentadas as referências bibliográficas.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será abordada a revisão da literatura, sobre a evolução das teorias organizacionais e a visão das principais escolas, as perspectivas para a adaptação estratégica, as características da mudança e seus efeitos sobre a organização, bem como o conceito de estratégia.

A primeira seção enfoca a questão organizacional, com a evolução das principais teorias, o conceito de organizações como sistemas abertos, os tipos de ambientes e o modelo dos *stakeholders* na visão de Bowditch e Buono (1992).

A segunda seção mostra as principais perspectivas da adaptação estratégica, destacando-se o estudo de Hrebiniak e Joyce (1985) sobre a relação entre o grau de determinismo ambiental e a capacidade de escolha estratégica.

Na terceira seção descreve-se o modelo de estudo das mudanças estratégicas proposto por Pettigrew (1987), onde são caracterizados o conteúdo, o contexto e o processo da mudança.

Na quarta e última seção, a partir do conceito de Mintzberg e McHugh (1985), identificam-se os principais tipos de estratégia (deliberadas, realizadas, não realizadas e emergentes) e os três modos para a formulação de estratégias: empreendedor, adaptativo e planejado, propostos por Mintzberg (1973), que será um importante referencial teórico para responder as questões desse estudo.

### 2.1 As organizações e o ambiente organizacional

#### 2.1.1 Estudo das teorias organizacionais, uma breve síntese

As organizações são tão antigas quanto a história do homem (GIBSON, 1981). E, segundo Etzioni (1989), a civilização moderna depende das organizações para a manutenção e a implementação do bem estar. Ao contrário das sociedades anteriores, a sociedade moderna atribui um elevado valor ao racionalismo, à

eficiência e à competência. A organização cria um poderoso instrumento social, através da coordenação de grande número das ações humanas.

Nadler (1994) também manifesta que, como meio principal de realizar o trabalho produtivo e a criação de valor econômico, as organizações estão entre as instituições mais importantes da sociedade. As organizações são também um meio importante pelo qual as pessoas satisfazem suas necessidades de realização individual e de filiação social, é através delas que os valores culturais são perpetuados de geração a geração.

Tem-se que, até o final do século XIX, devido à natureza quase estática da sociedade, as pessoas tinham uma visão relativamente limitada do papel que poderiam desempenhar nas organizações, não havia uma necessidade real para enfatizar o emprego das práticas de administração, nem tão pouco para avaliar o ambiente que cercava as organizações.

Este quadro mudou com a Escola de Administração Científica ou Escola Clássica, cuja visão central, estabelecida por Frederick Winslow Taylor e Henry Fayol, era o estabelecimento de maneiras precisas de execução das tarefas e na definição principal do papel da gerência, que era o controle do comportamento dos empregados, essencialmente vistos como extensões da estrutura e do maquinário da organização.

Precursora da Escola de Relações Humanas, a teoria Neoclássica surge como uma crítica à doutrina clássica e introduz as ciências comportamentais na administração. Perceberam-se as dificuldades de se manter uma conduta padronizada das pessoas na consecução das tarefas, pois os indivíduos nem sempre seguiam padrões de comportamento previstos e racionais, o que afetava a eficiência produtiva e a harmonia no trabalho (STONER e FREEMAN, 1985).

Por volta da década de trinta do século passado, a partir dos estudos de Elton Mayo na Western Electric, o trabalho de diversos autores colaborou *para o desenvolvimento da Escola de Relações Humanas*, onde o modelo *homo economicus* foi substituído pelo modelo do *homo social*.

Houve um deslocamento da atenção da organização formal para a informal, evidenciando-se aspectos ligados à psicologia das relações de trabalho. O principal legado desta escola foi a preocupação com o comportamento do indivíduo dentro da organização, o que auxiliou na compreensão sobre a complexidade das

organizações. Ela passou a ser compreendida na medida em que esta escola incorporou o modelo psicossocial das organizações (MOTTA, 1986).

Mais recentemente, entre as décadas de cinquenta e setenta do século passado, o desenvolvimento de teorias modernas foi influenciado por fortes mudanças sociais, políticas, econômicas e tecnológicas na sociedade como um todo, iniciando a transição da chamada sociedade industrial para a sociedade pós-industrial.

Em 1965, Igor Ansoff publica o livro *Corporate Strategy*, um marco nas técnicas de Planejamento Estratégico. Esse autor analisava dois fatores: a organização, com seus pontos fortes e fracos, e o ambiente, ou seja, o potencial do setor industrial da empresa. Com esses dados, traçavam-se objetivos e uma nova estratégia, estabelecendo um novo "mix" produto-mercado. A partir daí, determinavam-se às estratégias administrativas, financeiras e orçamentárias. Esse modelo é caracterizado por "uma seqüência de decisões, iniciando com aquelas altamente interligadas e prosseguindo até as mais específicas", caracterizando-se por um processo iterativo, buscando a convergência depois de seguidos ciclos.

Para a maioria das organizações isso representou uma transição do modo familiar de produção e comercialização, para outro, desconhecido, de novas tecnologias, novas atitudes do consumidor, novas dimensões de controle social e, acima de tudo, de um questionamento sem precedentes do papel da empresa na sociedade (ANSOFF, 1993).

As organizações passam a ser vistas como um conjunto de transações com elementos externos (GIBSON, 1981), bem como composta por subunidades ou subsistemas, que interagem continuamente e são mutuamente dependentes (KATZ e KAHN, 1987).

O interesse pelo ambiente levou ao desenvolvimento da Teoria Contingencial que, de acordo com Scott apud Hall (1984), pode ser resumida e idealizada como: "a melhor maneira de organizar-se depende da natureza do ambiente, com o qual a organização deve relacionar-se".

Embora a teoria Contingencial tenha sido criticada por ser mais um esquema de classificação que uma verdadeira formulação teórica, ela contribuiu para a base atual de conhecimento (BOWDITCH e BUONO, 1992), principalmente, por enfatizar a importância do ambiente para as organizações, vindo esse foco ambiental a dominar a teoria organizacional contemporânea (HALL, 1984).

Os teóricos clássicos da administração preocuparam-se apenas com o ambiente interno das empresas, sem levar em conta que elas operam num ambiente complexo, formado por outras empresas. Nesse sentido, Hall (1984) afirma que nenhuma organização é uma ilha, e que os ambientes são fatores cruciais para se entender o que se passa com as organizações.

Por isso, dentre os modelos e teorias propostas por diferentes escolas para descrever a organização e o seu comportamento, estuda-se a seguir os modelos teóricos que conceituam as organizações como sendo sistemas abertos.

### 2.1.2 A teoria geral de sistemas e a organização

Destaca-se inicialmente a visão dos teóricos organizacionais consagrando a organização como sistema, concebidas como instrumentos racionais para alcançar determinados objetivos, composta por um conjunto de elementos e uma estrutura social formalizada.

Entretanto, a necessidade de se perceber os acontecimentos além das fronteiras da organização, culminou com o desenvolvimento de novas teorias, onde as organizações são vistas como sistemas abertos, que precisam se adaptar às condições externas mutantes (BOWDITCH e BUONO, 1992).

Segundo Motta (1986), a origem do modelo que conceituou as organizações como sendo sistemas abertos, surgiu da percepção de muitos cientistas sobre a necessidade de estudos interdisciplinares, capazes de analisar a realidade de ângulos diversos e complementares. Observou-se que muitos dos princípios e conclusões valiam para os diversos ramos da ciência, na medida em que, tanto a ciência pura quanto à empírica tratavam com objetos, que podiam ser entendidos como sistemas, fossem eles físicos, químicos, psíquicos, etc. Com base nessa constatação, alguns pesquisadores orientaram suas preocupações para o desenvolvimento de uma teoria geral dos sistemas, que dessa conta das semelhanças sem prejuízo das diferenças.

Nesse particular salienta-se a obra do biólogo alemão Ludwig von Bertalanffy que concebeu o modelo do sistema aberto, entendido como um complexo de elementos em interação e em intercâmbio contínuo com o ambiente. Em seu livro *General System Theory* (Teoria Geral dos Sistemas), esse autor

apresenta a teoria e tece considerações a respeito de suas potencialidades na física, na biologia e nas ciências sociais e lança os pressupostos e orientações básicas de sua teoria geral dos sistemas, como segue:

- a. há uma tendência para a integração nas várias ciências naturais e sociais;
- b. tal integração parece orientar-se para uma teoria dos sistemas;
- c. essa teoria pode ser um meio importante de objetivar os campos não-físicos do conhecimento científico, especialmente nas ciências sociais;
- d. desenvolvendo princípios unificadores que atravessam verticalmente os universos particulares das diversas ciências, essa teoria aproxima-nos do objetivo da unidade da ciência;
- e. isso pode levar a uma integração muito necessária na educação científica.

Motta (1986) considera ainda que, para o estudo da aplicação do modelo do sistema aberto à teoria geral da administração, o esquema conceitual de Katz e Kahn é o mais abrangente e complexo e o seu pressuposto básico apresenta as seguintes características: importação de energia; processamento; exportação de energia; ciclos de eventos; entropia negativa; informação como insumo, controle por retroalimentação e processo de codificação; estado estável e homeostase dinâmica; diferenciação e equifinalidade.

Partindo-se do modelo proposto para a organização, como sendo um sistema aberto, Schein (1982) acredita que o conceito de organização é bem mais concebido, em termos de processos estáveis de importação, conversão e exportação do que em termos de estruturas, tais como tamanho, forma, função ou desenho. Sua abordagem sistêmica considera a constante interação entre as partes da organização e o ambiente externo, o que oferece uma visão orgânica e dinâmica mais compatível com a realidade organizacional.

Sob essa perspectiva, Schein (1982) sugere que as organizações devem ser vistas através das seguintes características:

concebida como um sistema aberto, isto é, em constante interação com os ambientes;

- entendida como um sistema com múltiplas funções e objetivos;
- composta de vários subsistemas em interação dinâmica;

- possuir graus variáveis de interdependência;
- existir dentro de um conjunto de ambientes dinâmicos, constituídos de vários outros sistemas;
- e possuir vários elos de ligação com o ambiente, que dificultam a clara especificação dos limites de qualquer organização.

Para Stoner e Freeman (1985), um dos pressupostos básicos desse enfoque sistêmico é que as organizações não são auto-suficientes nem independentes. Da mesma forma, que os organismos vivos precisam estabelecer relações com o ambiente externo para suprir suas necessidades básicas, as organizações também precisam relacionar-se apropriadamente com seu ambiente externo, a fim de garantir os recursos para sua sobrevivência e desenvolvimento.

Morgan (1996) complementa essa visão, quando afirma que a metáfora da máquina enclausura a teoria organizacional, numa espécie de engenharia preocupada com os relacionamentos entre objetivos, estruturas e eficiência. A idéia de organismos vivos leva para assuntos mais genéricos, como sobrevivência, relações organização-ambiente e eficácia organizacional, remetendo para um segundo plano os objetivos, estruturas e eficiência.

Considerando-se, portanto, as organizações como sistemas abertos, apresenta-se a seguir o referencial teórico que verifica como as organizações se relacionam com o ambiente em constante mudança.

### 2.1.3 O ambiente organizacional

Parece incontestável que se vive em plena era da mudança. Muda a tecnologia, a estrutura social, mudam as necessidades, as pessoas. Concomitantemente, alterações profundas vão sendo verificadas no sistema cultural. A mudança passa a ser sempre mais valorizada, a estabilidade passa a ser vista como suspeita, e se procura imaginar novos tipos de estabilidade que atendam à necessidade de mudança (MOTTA, 1986).

Tapscott e Caston (1995) enfatizam que, assim como as barreiras na realidade política e econômica estão sendo desmanteladas, a organização de hoje está se tornando cada vez mais aberta para atuar com sucesso num ambiente empresarial mutante e volátil.

Nesse ambiente instável, as organizações estão inseridas em um contexto ou meio onde interagem forças que as influenciam de algum modo. O meio onde essas forças atuam é onde as empresas mantêm transações é, também, fonte de seus recursos e exerce influência na sua tomada de decisão.

Segundo Miles (1980), talvez a mais óbvia definição de ambiente organizacional seja qualquer coisa que não faça parte dela própria. Outros autores como Daft (apud HALL, 1984) adotam um conceito de ambiente menos abrangente, podendo ser definido como sendo todos os fenômenos ou elementos que são externos à organização e que a influenciam potencialmente ou raramente.

Bowditch e Buono (1992) sustentam que a organização concebida como sistema aberto e parte de um ambiente maior, são afetadas por qualquer coisa que aconteça nesse ambiente. Da mesma forma, organizações em particular, podem emitir fatos que podem influenciar esse mesmo ambiente maior. Argumentam ainda que nem todos os fatos ocorridos nesse ambiente afetam todas as organizações, mas eventos significativos podem afetar as organizações muito mais profundamente que as políticas e melhorias internas.

Vê-se que existem dificuldades quando se pretende delimitar o conceito de ambiente. Os fatos do ambiente podem ou não afetar todas as organizações, não se pode generalizar o ambiente, pois, ao ser distinto para as organizações, expõe limites diferentes tanto da organização como do ambiente.

Baseados em Miles (1980), Bowditch e Buono (1992) recorrem a duas distinções analíticas para definir mais precisamente o ambiente organizacional: o ambiente geral *versus* ambiente específico (ou operacional); e o ambiente real *versus* o percebido.

Para esses autores, o ambiente geral ou de ação indireta, refere-se aos fatores, tendências e condições gerais que podem afetar todas as organizações. É igual para todas as organizações. Nele estão incluídas, entre outras, as condições tecnológicas, os fatores sociais, as interações políticas, as condições econômicas, os fatores demográficos, a estrutura legal, o sistema ecológico, e as condições culturais. O ambiente específico (ou operacional) ou de ação direta, é aquele que enfoca os fatores e as condições externas que tenham relevância imediata para a organização, tais como clientes, fornecedores, concorrentes, sindicatos, autoridades regulamentadoras, grupos de interesse público, associações de classe e outros públicos ou entidades relevantes à organização.

A outra distinção analítica do ambiente apresentada por Bowditch e Buono (1992) se dá em função da percepção dos membros da organização, ou seja, ambiente real ou percebido.

O ambiente real (ou objetivo) é formado por entidades, objetos e condições que existem fora da empresa. Cada organização tem um ambiente real (ou objetivo) que é externo e mensurável, pelo uso de indicadores como por exemplo os econômicos, de mercado, etc. Essa realidade impõe algumas limitações ao modo de operar a empresa como, por exemplo, a manutenção de características técnicas de produção.

A percepção desse ambiente objetivo por parte dos indivíduos da organização, constitui o ambiente percebido (ou subjetivo), ou seja, reflete a interpretação subjetiva do ambiente real. Como o ambiente se torna "conhecido" para uma organização, através das percepções de seus gerentes, muitos teóricos defendem que o ambiente percebido é mais importante que o ambiente real (BOWDITCH e BUONO, 1992).

Entretanto, quanto ao ambiente percebido, tem-se como importante o conceito de Simon (apud DOOLEY 1997) sobre a racionalidade limitada, o qual afirma que na medida em que os indivíduos são limitados em suas capacidades de processamento de informações, as organizações também o são. Elas agem baseadas em informações incompletas, exploram um número limitado de alternativas e não necessariamente desenvolvem mapas corretos de causa e efeito da realidade; a heurística domina a tomada de decisão organizacional e, dessa forma, a mudança organizacional também.

Também para Snow (apud MALAN, 1994), os gerentes dão respostas apenas ao que eles percebem; as condições ambientais que não são notadas não afetam as decisões e ações gerenciais. Isso significa que o mesmo ambiente "objetivo" pode mostrar-se de forma diferente para diferentes organizações.

É a percepção dos executivos, acerca do grau de turbulência, que determina as respostas estratégicas da organização. Dessa forma, é possível que indivíduos que compartilham do mesmo ambiente físico possam ter percepções completamente diferentes do grau de turbulência. Dois executivos, exatamente nas mesmas condições ambientais, podem perceber essas condições de forma diferente (em função de cultura, valores, experiências e prioridades específicas) e, portanto,

dar respostas diferentes. Se não fosse assim, todas as organizações teriam exatamente as mesmas respostas estratégicas durante períodos de crise, sabe-se, porém, que isso não acontece (MALAN, 1994).

Da mesma maneira que as mudanças ambientais afetam diferentemente as organizações, e as respostas a essas mudanças são reflexos da percepção dos indivíduos a respeito do ambiente, as organizações sofrem influências de diversos agentes externos, os *stakeholders*, como se vê a seguir.

#### 2.1.4 Os *stakeholders* e a organização

O ambiente organizacional específico ressalta a necessidade de se entender a relação entre as organizações e os diversos grupos sociais que são afetados pela sua operação: acionistas, funcionários, sindicatos, clientes, fornecedores, comunidade local, entidades governamentais e assim por diante. O relacionamento entre esses grupos e as organizações varia em intensidade, duração e significado (FREEMAN e REED apud BOWDITCH e BUONO, 1992).

Historicamente, a empresa, em sua essência, tem sido encarada como uma porção de propriedade privada, possuída por aqueles que dela têm ações. Estes, como proprietários, elegem uma diretoria, cuja responsabilidade é servir aos interesses dos donos. Este modelo, conhecido como modelo do acionista, supõe que as interações entre as organizações empresariais e os diversos grupos afetados por suas operações (funcionários, consumidores, fornecedores) são mais estruturadas como transações de mercado. As pressões da concorrência de mercado, ou seja, as forças de oferta e procura, asseguram o melhor uso da empresa e dos recursos econômicos (BOWDITCH e BUONO, 1992).

A abordagem do modelo de interessados na organização, ou *stakeholders*, reconhece que as exigências sobre as organizações empresariais crescem continuamente, incluindo grupos que, tradicionalmente, não faziam parte do interesse imediato da organização. Esses grupos de interessados ou *stakeholders*, são, num sentido estrito, pessoas identificáveis, dos quais uma organização depende para sobreviver: acionistas, funcionários, clientes, fornecedores e entidades governamentais. Num nível mais amplo, um *stakeholder* é qualquer grupo

ou indivíduo que possa afetar ou ser afetado pelo desempenho da organização, em termos de produtos.

Pfeffer e Salancik (1978) compartilham da mesma visão ao afirmar que as organizações sobrevivem na medida em que elas são efetivas, e essa efetividade origina-se do gerenciamento de demandas dos grupos de interesse (*stakeholders*), com os quais a organização estabelece uma relação de dependência de recursos e apoio, e de sua habilidade de criar resultados e ações aceitáveis por eles. As organizações precisam ser sensíveis às demandas de seus ambientes e às dos seus *stakeholders* que fornecem apoio para sua manutenção e desenvolvimento. A direção deve buscar o equilíbrio em seu relacionamento com os diversos *stakeholders*.

Para Stoner e Freeman (1995), uma rede complexa liga esses *stakeholders* entre si, bem como esses à organização. Uma questão particular pode unir diversos *stakeholders*, formando coalizões, fazendo com que os mesmos apoiem ou se oponham à política organizacional. As organizações podem utilizar essas redes de *stakeholders* para influenciar indiretamente outros *stakeholders*.

Tem-se que, em última instância, os elementos do ambiente e o interesse dos *stakeholders* afetam as práticas organizacionais (BOWDITCH e BUONO, 1992). E as respostas das organizações, em função da dinâmica dessas relações, são conseguidas através de seus processos de adaptação estratégica (HREBINIAK e JOYCE, 1985).

E, para analisar o processo da adaptação estratégica da organização estudada, na seção a seguir detalham-se os modelos propostos pelos principais autores, dentro das visões determinista e voluntarista, destacando-se o modelo de Hrebiniak e Joyce (1985).

## **2.2 Perspectivas para a adaptação estratégica**

Existem várias definições para a adaptação organizacional estratégica. Na visão de Child e Smith (1987) ela se refere à habilidade dos decisores em reconhecer, interpretar e implementar estratégias, de acordo com as necessidades e as mudanças percebidas no seu ambiente (arena cognitiva) de forma a assegurar, em última instância, a sobrevivência da organização. Afirmam ainda que, para as

empresas, a inovação estratégica se refere às principais decisões e à sua implementação a respeito da escolha de produtos e mercados, de processos e tecnologias de produção e da organização do trabalho.

Para Miles e Snow (1978) a adaptação organizacional é o alinhamento consistente das decisões referentes ao domínio, à tecnologia e à estrutura organizacional, quer seja de modo proativo ou de modo reativo. O modelo proposto por esses autores classifica as organizações em quatro tipos, conforme as estratégias empregadas para responder ao ambiente: defensoras, exploradoras, analistas e reativas. E, quanto ao poder de influência das organizações e do ambiente, conceitua a abordagem determinista e a voluntarista.

Silva (2000) sustenta que as organizações procuram obter respostas sobre o seu papel, no conjunto das relações que estabelecem com o ambiente e sobre a forma que se estruturam internamente. Como consequência, as organizações alteram o modelo de gestão e a sua configuração estrutural para responderem às alterações ambientais.

Austley e Van de Ven (apud HREBINIAK e JOYCE 1985) consideram a abordagem determinista e a voluntarista como extremos de *um continuum*, onde estariam situadas as perspectivas teóricas existentes sobre adaptação estratégica organizacional.

Entretanto, Hrebiniak e Joyce (1985) formularam uma nova abordagem sobre a adaptação estratégica ao afirmarem que o determinismo ambiental e a possibilidade de escolha organizacional estratégica não são mutuamente exclusivas, podendo haver ocorrência simultânea.

Segundo a visão de diversos autores, sobre as teorias determinista e voluntarista, verificam-se os seguintes modelos propostos para a adaptação organizacional estratégica:

**a) modelo da ecologia das populações, também chamado de seleção natural**

Para Miles (1982) essa perspectiva para a adaptação organizacional tem suas raízes na Teoria Darwiniana. Em termos gerais essa perspectiva argumenta que as mudanças no ambiente, não na organização, determinam a eficácia e a sobrevivência organizacionais.

Segundo Hall (1984) esse modelo não lida com unidades organizacionais únicas, seu interesse está nas populações de organizações, destacando que os fatores ambientais selecionam as características organizacionais, que melhor se adaptam ao ambiente e determinam quais as organizações que terão sucesso e quais estão fadadas ao fracasso. E, ainda, que o comportamento e o destino de populações de organizações são previsíveis, dadas certas características específicas do ambiente onde elas atuam.

#### **b) modelo da dependência de recursos**

A denominação desse modelo deve-se ao pressuposto de que nenhuma organização é capaz de gerar sozinha, todos os tipos de recursos de que necessita. Esse modelo também é denominado de interorganizacional de dependência de recursos, já que os recursos necessários de uma empresa são obtidos de outras organizações. Nesse sentido, existem limitações quanto à gama de escolhas disponíveis para a organização, como barreira legal, tamanho da organização, custos, entre outras. As decisões para a interação ambiente/empresa são tomadas pela organização, a partir de um contexto político interno. (HALL, 1984)

#### **c) modelo institucional**

Essa perspectiva concebe o desenho organizacional não como um processo racional, mas sim como decorrência de pressões tanto externas como internas, as quais, com o decurso do tempo, levam as organizações- pertencentes ao mesmo segmento de mercado – a se parecerem umas com as outras. A característica dominante é o isomorfismo institucional, baseado na suposição de que as organizações existem em campos formados por outras organizações são similares (HALL, 1984).

As razões que explicam o isomorfismo são: a uniformidade causada pelas regulamentações governamentais e pelas expectativas culturais; o mimetismo organizacional, ou seja, a tendência que as organizações possuem de imitar umas às outras e, o processo progressivo de profissionalização da força trabalhadora, especialmente dos gerentes.

#### **d) modelo racional de contingências também conhecido como seleção racional**

Na abordagem desse modelo, diversos teóricos afirmam que - embora as condições ambientais determinem em grande escala a eficácia de diferentes estruturas e processos organizacionais - os gerentes de organizações bem sucedidas selecionam dentre várias estruturas e processos aqueles que favorecem a manutenção do equilíbrio da organização com o seu ambiente. Segundo Hall (1984) as ações organizacionais são resultantes das opções feitas entre um conjunto de alternativas, num determinado contexto ambiental de ameaças e oportunidades, comparando as conseqüências das alternativas com os objetivos previstos, utilizando-se algum parâmetro decisório.

Nesse sentido, a perspectiva analítica da seleção racional representa um avanço em relação à seleção natural. Enquanto, a análise sob a ótica da seleção natural minimizava a função gerencial, onde o ambiente conduz a organização, a seleção racional destaca o papel dos executivos, responsáveis pela formulação das respostas aos fatores ambientais (ROSSETTO, 1998).

#### **e) modelo da escolha estratégica**

O modelo da escolha estratégica considera que a estrutura organizacional é apenas parcialmente influenciada pelas condições ambientais. Embora, os fatores do ambiente externo possam impor algumas limitações à organização, os gerentes podem fazer escolhas com relação ao domínio organizacional, às tecnologias e às estruturas adotadas (CHILD, 1972).

Miles e Snow (1978), consideram que essa perspectiva enfatiza o papel do aprendizado e da escolha, no processo de adaptação organizacional. Uma organização não só tem habilidade para alterar a si própria, tendo em vista restrições ou oportunidades do seu ambiente, mas também é capaz de exercer considerável influência sobre os ambientes nos quais opera. Esses autores consideram ainda que a perspectiva da escolha estratégica possui cinco importantes características:

- *coalizão dominante*: representa um grupo de decisores existentes em cada organização, cuja influência que exerce sobre o sistema é maior que a de outros;
- *percepções*: a adaptação organizacional ao ambiente tende a acontecer de acordo com as percepções da coalizão dominante, não sendo essas necessariamente correspondentes às características reais daquele ambiente;
- *segmentação*: a coalizão dominante é responsável pela divisão do ambiente e pela alocação de seus componentes às subunidades da organização;
- *monitoramento de atividades*: a coalizão dominante monitora aqueles elementos ambientais julgados como sendo cruciais para a organização;
- *restrições dinâmicas*: as percepções da coalizão dominante e os ajustes que ela realiza no presente são limitados por escolhas passadas. Limitações existentes podem ser reduzidas ou mesmo removidas através de mudanças importantes na estratégia, contudo, qualquer direção nova será seguida de novas limitações.

Para Child (1972) a análise da organização e do ambiente precisa reconhecer o exercício da escolha da coalizão dominante, pois ela pode selecionar o tipo de ambiente no qual a organização irá operar, criando seu ambiente organizacional.

Esse processo de escolha caracteriza-se por ser um processo político, na medida em que diferentes opções são apoiadas por diferentes coalizões dentro da estrutura decisória. A opção finalmente selecionada é resultante do poder dos indivíduos e dos grupos que a apóiam (HALL, 1984).

Entretanto, Weick (apud ALLRED, 1989) considera que as percepções da coalizão dominante, podem não corresponder às condições reais no ambiente da organização. Na medida em que os gerentes escolhem dar atenção apenas a certas partes do ambiente, eles geram parcialmente as condições para as quais suas organizações respondem. Esse conceito é chamado de ambiente "decretado" e representa a porção do ambiente que os gerentes percebem como relevante para suas organizações.

Em razão da empresa, objeto desse estudo, ser uma cooperativa, cujas características serão apresentadas no Capítulo IV, o poder<sup>1</sup> da coalizão dominante influencia em suas escolhas estratégicas para a adaptação ambiental, ainda que essas escolhas não correspondam às condições ambientais.

### 2.2.1 O modelo de Hrebiniak e Joyce

Hrebiniak e Joyce (1985), entretanto, desenvolveram uma nova abordagem para a adaptação estratégica organizacional. O argumento central é que a escolha estratégica e o determinismo ambiental podem ser posicionados como variáveis interdependentes no processo de adaptação, contrariamente às principais abordagens da literatura pertinente, de que ambas são variáveis mutuamente excludentes.

Os autores sustentam que os dois fatores não podem ser utilizados separados e independentes, enfatizam que a escolha e o determinismo devem inteirar-se ou fundir-se com o objetivo de definirem a causa ou contexto para o estudo da adaptação estratégica organizacional.

E ainda que, a interação e a interdependência entre esses fatores, através do tempo, definem o comportamento organizacional, que pode ser proativo ou reativo, conforme a articulação das capacidades organizacionais com as contingências do ambiente.

As interações dessas duas variáveis, representadas por eixos que variam de alto a baixo, resultam em quadrantes que dão origem a quatro tipos principais de variação vistas na Figura 1.

---

<sup>1</sup> Poder: *capacidade de realizar (ou afetar) os resultados organizacionais* (Mintzberg, 1983 e Pfeffer, 1981 apud Borenstein, 1996).

FIGURA 1 - GRAU DE DETERMINISMO AMBIENTAL E CAPACIDADE DE ESCOLHA ESTRATÉGICA

**Escolha estratégica**

ALTA



QUADRANTE III ESCOLHA ESTRATÉGICA	QUADRANTE II DIFERENCIAÇÃO
QUADRANTE IV ESCOLHA NÃO DIFERENCIADA	QUADRANTE I SELEÇÃO NATURAL

**Determinismo ambiental**

BAIXA



ALTA

FONTE - ADAPTADO DE HREBINIAK E JOYCE (1985).

- *Quadrante I* - seleção natural, com mínima capacidade de escolha estratégica, isto é, adaptando-se ou sendo descartada, tendo alguma capacidade de escolha quanto aos processos internos da organização. Argumenta-se que as organizações não exercem virtualmente nenhum controle sobre os fatores exógenos e que as ações gerenciais são limitadas e restritas à organização.
- *Quadrante II* - diferenciação, com alta capacidade de escolha estratégica, e alto grau de determinismo ambiental, podendo adaptar-se com restrições, normalmente através de mudanças internas na organização. Sob essas condições existem certos fatores externos que afetam a tomada de decisão, mas apesar disso, a organização exerce a escolha independente das forças e restrições externas.
- *Quadrante III* - escolha estratégica, com máxima capacidade de escolha e adaptação planejada. A escolha estratégica determina o domínio organizacional ou do ambiente para que a autonomia seja a regra em vez da exceção. A dependência de recursos não é significativa e quando o poder é visto como oposto da dependência, a organização exerce influência sobre as outras em seu ambiente.
- *Quadrante IV* - escolha não diferenciada, com escolha incremental e adaptação pelas oportunidades. Tem-se nesse caso que, apesar das

poucas restrições externas, a organização tende a não possuir escolha estratégica. Rotula-se a mudança em adaptação por chance, uma vez que a organização não exhibe nenhuma estratégia coerente para obter vantagens das condições ambientais favoráveis.

Os quadrantes ajudam a definir o domínio e o alcance do poder no relacionamento entre organizações, e o ambiente e a relativa vulnerabilidade de cada um em cenários interativos.

Hrebiniak e Joyce (1985) ao definirem que a adaptação estratégica é estabelecida pela interdependência e interação entre a escolha estratégica e o determinismo ambiental, concluem que um é insuficiente e ambos são necessários para uma explicação satisfatória da adaptação organizacional. E que, além disso, a adaptação é um processo dinâmico resultante da força relativa e do tipo de poder ou dependência entre a organização e o ambiente.

Weick (apud ALLRED, 1989) também concorda com essa visão quando afirma que a escolha estratégica e o determinismo ambiental são ambos causa e consequência um do outro no processo de adaptação. O entendimento desse fenômeno dinâmico de mudança requer que se "pense em círculos" a fim de investigar a reciprocidade entre a organização e o ambiente para estudar a causalidade mútua resultante.

A perspectiva proposta por Hrebiniak e Joyce consistirá em importante arcabouço teórico para o desenvolvimento desse trabalho.

A literatura indica, portanto, as possibilidades de articulação das capacidades organizacionais com as contingências do ambiente para gerar as suas estratégias e, também, os pressupostos para a mudança estratégica, conforme descrito na seção seguinte.

### **2.3 A mudança estratégica**

Goes e Meyer (apud ROSSETTO, 1998) definem mudança como uma tentativa de alterar a maneira corrente de pensar e agir, dos membros da organização. A mudança estratégica envolve uma tentativa de mudar os modos correntes de cognição e ação, para habilitar a organização a buscar as oportunidades e lidar com constantes ameaças do ambiente.

Tendo-se, que o ambiente social onde estão inseridas as organizações não é estável, as constantes transformações nos cenários dos mercados cada vez mais competitivos exigem desempenho eficaz das organizações, em suas ações para a mudança. Na ausência do estado estável, a sociedade e todas as suas instituições estão em contínuo processo de transformação.

Não se pode esperar por novos estados ambientais. É necessário aprender a suportar, guiar, influenciar e administrar essas transformações de forma integral (SCHON, 1971). O autor considera ainda que a mudança traz consigo uma reformulação nas fronteiras do conhecimento, que entra em choque com as capacidades atuais do indivíduo e da organização, suscitando a incapacidade para tratar com a série de mudanças que estão sendo geradas.

O novo paradigma das organizações é, quanta às inovações que proporcionam vantagens competitivas e a sobrevivência no futuro, a capacidade de lidar e de aprender com a mudança. Mohrman (apud GALBRAITH, 1995) considera importante para a sobrevivência das organizações que estas se tornem aprendizes eficientes e que sejam capazes de se adaptar à rápida alteração das condições do seu ambiente, gerando a inovação que lhes dará vantagem competitiva, permitindo sua sobrevivência.

A necessidade de introduzir e cultivar a noção de mudança e inovação deixou de ser apenas um modismo para se tornar uma questão de sobrevivência e sucesso. Circunstâncias de mudança pedem diferentes tipos de ação e respostas. Assim sendo, para enfrentar tal conjuntura as novas organizações devem ser flexíveis, adaptáveis e responsivas às necessidades dos clientes e dos requisitos do mercado (SHIPP e CRAVENS apud PEREIRA, 1996).

Nessa mesma visão Sloan (apud ORSSATTO, 1995) defende que, não basta apenas que as organizações adotem simples mudanças, objetivando a adaptação ao ambiente, é necessário que elas se antecipem aos eventos, agindo de maneira pró-ativa.

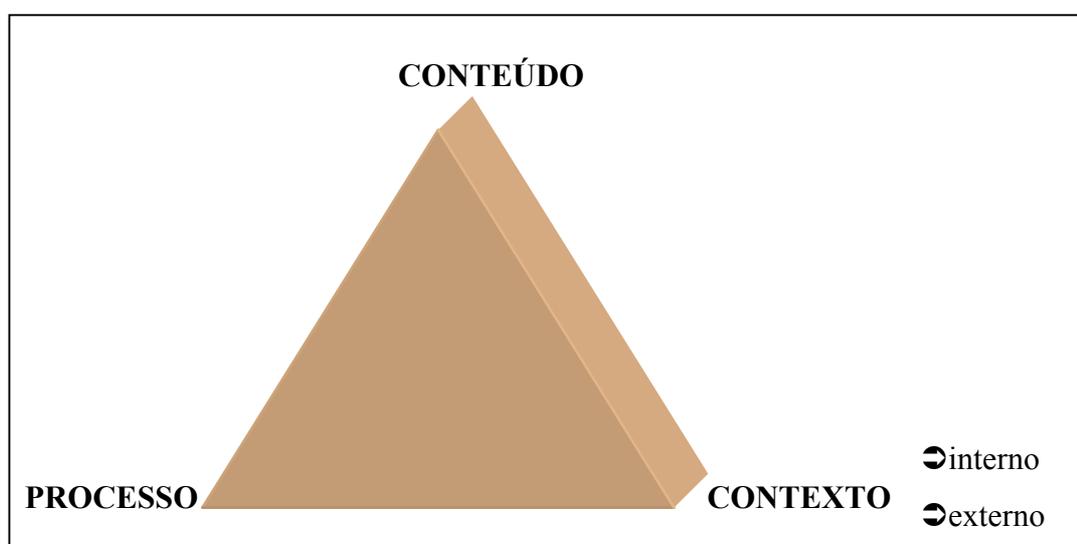
Cita-se ainda Tushman e Romanelli (apud ROSSETTO, 1998) que propõem a ligação entre eventos planejados e emergentes, com uma teoria do ciclo de vida organizacional de convergência e reorientação, relacionada à percepção sobre o foco das causas ambientais.

No Brasil, um outro elemento deve ser levado em conta quando se observam as condições ambientais externas: o governo e suas políticas, pois,

conforme Austin (1990), em países de terceiro mundo, a influência governamental exerce um papel considerável no contexto organizacional. Na organização aqui estudada, por atuar em um mercado cuja atuação preponderante é dever constitucional e da responsabilidade do setor público, e onde o produto oferecido tem caráter essencial para a sociedade, esta influência é significativa e determinante.

Neste sentido, Pettigrew (1985, 1987) propõe uma metodologia para estudar a questão da mudança organizacional, observando que se trata de um processo humano complexo, no qual todos os membros da organização desempenham atividades que podem estar relacionadas com a percepção do contexto da mudança, com a escolha do conteúdo da mudança ou com o processo de implementação da mudança, conforme a Figura 2.

FIGURA 2 - MODELO DE ESTUDO DA MUDANÇA ORGANIZACIONAL



FONTE - PETTIGREW (1987)

#### **a) o contexto (é o "porquê" da mudança)**

O contexto refere-se ao ambiente (externo e interno) que impulsiona a mudança. O "contexto externo" refere-se ao ambiente social, político, econômico e competitivo no qual a organização atua, bem como à percepção, ação e interpretação das políticas e eventos. O "contexto interno" relaciona-se com a estratégia, estrutura, cultura corporativa e com o contexto político existente na

própria organização através do qual surgem as idéias e impulsões para a mudança emergir (PETTIGREW, 1987).

Os contextos onde a organização opera podem ser mobilizados, isto é, eles não são entidades inertes ou objetivas. Ao contrário, são os atores ou a coalizão dominante da organização que, selecionando os elementos do contexto em função de seus próprios interesses e valores, elaboram esse contexto de determinada forma.

As diferentes percepções e representações mentais dos atores envolvidos nos processos de mudança da organização estudada, serão de grande importância nessa pesquisa, pois são elas que contribuem para construir as realidades sociais que sustentam suas ações.

#### **b) o conteúdo (é o "que" da mudança)**

O conteúdo diz respeito às áreas particulares de mudança, que estão sob análise. Podem ser citados como exemplos de conteúdo a tecnologia, os produtos, a posição geográfica e a cultura da organização. Formular o conteúdo de qualquer nova estratégia inevitavelmente requer o gerenciamento de seu contexto e processo (PETTIGREW, 1987).

#### **c) o processo (é o "como" a mudança acontece)**

O processo refere-se às ações, reações e interações entre as várias partes integrantes da organização (seus *stakeholders*) interessadas na mudança em questão (PETTIGREW, 1987).

Segundo Pettigrew (1992), a pesquisa sobre mudança deve envolver a interação contínua entre o contexto, o conteúdo e o processo da mudança, junto com a habilidade em regular as relações entre os três.

Para Child e Smith (1987) a mudança organizacional implica tanto numa reestruturação intelectual ou cognitiva, como numa alteração na estrutura material. Esses autores também utilizam uma concepção teórica baseada na noção da análise processual, a qual considera que a organização deve ser vista como um sistema contínuo, com seqüências de ações interdependentes e eventos, que são utilizados para explicar o processo de mudança organizacional.

As perspectivas da adaptação estratégica encaminham para a revisão da teoria sobre a mudança organizacional, e os seus achados culminam com os diferentes tipos de estratégias e os modos como elas são formuladas, as quais se pretende identificar na organização.

## 2.4 A estratégia

Mintzberg e Quinn (2001) ao lançarem a pergunta - *O que é estratégia?* - manifestam que não existe uma única definição universalmente aceita. Alguns autores e gerentes usam o termo de maneira diferente; por exemplo, alguns incluem metas e objetivos como parte da estratégia, enquanto outros fazem uma firme distinção entre eles.

Para Andrews (apud MINTZBERG e QUINN, 2001) estratégia empresarial é o padrão de decisões de uma empresa, que determina e revela seus objetivos, propósitos ou metas, produz as principais políticas e planos para a obtenção dessas metas, define a escala de negócios em que a empresa deve se envolver, o tipo de organização econômica e humana que pretender ser e a natureza da contribuição econômica e não-econômica que pretende proporcionar a seus acionistas, funcionários e comunidades.

Andrews (apud MINTZBERG, 1988), conceitua ainda a essência estratégia da empresa como sendo um padrão de comportamento, que se forma a partir das inúmeras decisões que a organização toma ao longo do tempo, na tentativa de adaptar-se ao ambiente. Durante essa trajetória, a empresa aprende com os seus erros e responde ao ambiente de maneira desestruturada e flexível, na maioria das vezes reativa, sem um curso de ação ou plano previamente formulado a ser seguido.

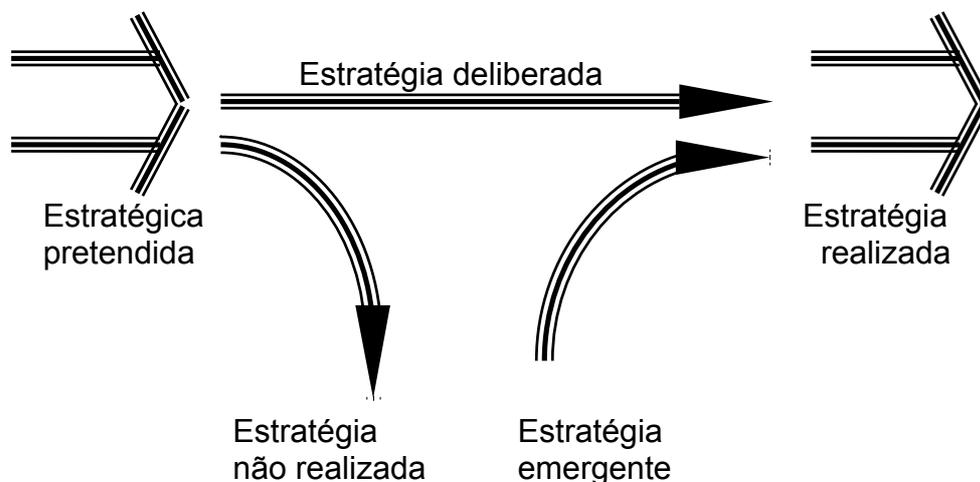
Rumelt (apud MINTZBERG e QUINN, 2001) manifesta que a estratégia não pode ser formulada nem ajustada para circunstâncias em mutação, sem um processo de avaliação estratégica e, segundo seu conceito, estratégia é um conjunto de objetivos, de políticas e de planos que, reunidos, definem o escopo do empreendimento e sua abordagem visando sobrevivência e sucesso.

Para Mintzberg (1992) a palavra estratégia, ao longo do tempo, tem sido utilizada de diferentes maneiras. Todavia, o reconhecimento explícito da

multiplicidade de definições pode auxiliar os estrategistas a moverem-se com mais habilidade nesse campo. Com base nisso o autor apresenta cinco definições para estratégia, mais conhecidas como os 5 Ps a saber: estratégia como plano, como estratagem (ploy), como padrão, como posição e como perspectiva:

- *como plano*: podem ser gerais ou específicas, porém, representam ações intencionadas destinadas a um objetivo. Significam um direcionamento para as organizações. Nesta condição, as estratégias têm duas características essenciais: elas são formuladas antes das ações, nas quais serão aplicadas, e são desenvolvidas intencionalmente, com objetivo e propósito determinado.
- *como estratagem (ploy)*: é a expansão do plano; ardil, manha, astúcia, artifício, sutileza, empregado na guerra, por exemplo, para burlar o inimigo.
- *como padrão*: é o padrão de uma corrente de ações. Poderão surgir sem uma pré-concepção, de forma emergente, sem ter sido deliberada como plano. É uma estratégia focada na ação, um comportamento consistente ao longo de um determinado período de tempo.
- *como posição*: resulta de onde, quando e como a organização se posiciona sobre um determinado contexto ou ambiente; localiza a organização em seu ambiente externo; permite olhar para as organizações em seus ambientes competitivos.
- *como perspectiva*: refere-se à compreensão e ao compartilhamento das intenções dentro da organização e como as ações necessárias são exercidas coletivamente; qual a visão do mundo que o coletivo interno da organização percebe; representa a ação coletiva em busca de uma missão comum. A estratégia é conceituada e classificada de diversas formas e por diferentes autores. Como referencial, identificam-se duas vertentes da formação de estratégia propostas por Mintzberg e McHugh (1985):
  - *estratégias deliberadas*, que são intenções antecipadamente estabelecidas pela liderança (coalizão dominante) da organização;
  - *estratégias emergentes*, que surgem diante de um fato novo, surpreendente, para o qual não houve plano, ou na correção de rumos e ajustes da intenção inicial, conforme a Figura 3.

FIGURA 3 - FORMAS BÁSICAS DE ESTRATÉGIAS



FONTE: MINTZBERG E MCHUGH (1985)

O conceito de estratégia está sempre relacionado às questões dos ambientes externo e interno das organizações. Dependendo das referências utilizadas no processo de elaboração de estratégias, os resultados podem mudar. Assim, as estratégias organizacionais situam-se em um *continuum* entre estratégia como um plano (deliberada) ou como padrão (emergente), formando uma combinação das duas características. Este *continuum* varia desde uma estratégia planejada (fortemente deliberada) até uma estratégia imposta (fortemente emergente), passando pelas estratégias empreendedoras (empreeneurial), ideológicas, guarda-chuva, processual, desconectada e consensual (MINTZBERG, 1987).

As idéias acima são ilustradas pelo fato de existir um grande número de casos em que as estratégias da empresa são oriundas de um processo de planejamento, mas, ao longo do tempo, contingências e mutações ambientais fazem com que inúmeras decisões incrementais sejam tomadas, emergindo uma nova estratégia (MINTZBERG, 1987).

Até este ponto, foram apresentadas as principais definições sobre estratégia relevantes para o contexto da pesquisa. Defende-se, portanto, que a estratégia empresarial pode ser definida como um padrão consistente no comportamento estabelecido nas decisões da empresa, tomadas com certa dose de intenção, que podem seguir as características do modo empreendedor de tomada de decisão.

Os tipos de estratégias que emergem do estudo das relações da organização com o ambiente, estabelecem para essa pesquisa a necessidade de se verificar a teoria relativa ao surgimento das estratégias, as maneiras como elas são formuladas.

#### 2.4.1 A formulação da estratégia

Dentre os objetivos já citados, a presente pesquisa pretende estudar, especificamente, como se deu a formulação estratégica da empresa em questão e, nesse sentido, a intenção central é identificar como a organização tomou decisões importantes e se as interligou em conjunto para formar estratégias. Entretanto, poucas são as evidências sistemáticas sobre esse processo, conhecido nos negócios como criando estratégias, e nos governos como construindo políticas.

Diversos autores consideram que a estratégia organizacional primeiro é formulada, e em seguida implementada com estruturas organizacionais, sistemas de controle e coisas do gênero seguindo obedientemente na esteira da estratégia.

O processo de elaboração de estratégias nas organizações, em princípio, obedece a certos padrões. Ackoff (apud MINTZBERG, 1973) cita quatro maneiras: planejamento racional, planejamento como um processo dirigido de aprendizagem, incrementalismo lógico, e a formação de estratégias emergentes. Mintzberg (1973) acrescenta mais um: o modo empreendedor de formular estratégias.

Para Mintzberg e Quinn (2001) a formulação e a implementação estão interligadas como processos interativos complexos, nas quais políticas, valores, cultura organizacional e estilos de administração determinam ou impõe determinadas decisões estratégicas. A estratégia, as estruturas e os sistemas se misturam de maneira complexa para influenciar os resultados.

Esses autores consideram que - apenas em algumas situações de crises, de riscos totalmente novos e em organizações que se deparam com futuros vaticinados -, a formulação da estratégia e a implementação possam estar separadas.

Andrews (apud MINTZBERG e QUINN, 2001) também considera o inter-relacionamento entre a formulação estratégica e a implementação. Porém, considera-as separáveis para efeito de análise. Assim, sendo a estratégia

organizacional um padrão de propósitos e política definindo a companhia e seus negócios e considerando a formulação de estratégia como atividade lógica, atribui a esta as seguintes subatividades: identificar a oportunidade e o risco; determinar os recursos materiais, técnicos, financeiros e gerenciais da empresa; considerar os valores pessoais e aspirações da cúpula; e reconhecer as responsabilidades não-econômicas à sociedade.

Para a implementação, Andrews (apud MINTZBERG e QUINN, 2001) atribui subatividades que considera como basicamente administrativas, a qual deve observar: a estrutura organizacional e relacionamentos internos; processos organizacionais e comportamentos; e a liderança superior.

Nessa pesquisa será empregada como referência o pressuposto por Mintzberg (1973) para a formulação estratégica, o qual descreve três modos distintos para a organização formular estratégias, descritos a seguir:

#### **a) modo empreendedor**

A formulação estratégica pelo modo empreendedor é motivada pelas características do empreendedor, normalmente o fundador da empresa, que é um líder forte e que toma decisões arriscadas em um ambiente incerto em nome da organização. Seu papel é inovar, lidar com as incertezas e negociar guiado por reflexos de suas aspirações, crenças e desejos. As principais características do modo empreendedor são:

- o estabelecimento de estratégias é dominado por uma ativa procura por novas oportunidades;
- o poder fica na mão do presidente;
- as estratégias desenvolvidas representam um dramático salto para frente, defrontando-se com a incerteza;
- crescer é o objetivo dominante das organizações empreendedoras.

Mintzberg (1973) cita como referência o conceito para empreendedor nas palavras de Joseph Schumpeter: "o empreendedor encontra capital e oportunidades de mercado, para formar novas contribuições".

**b) modo adaptativo**

Aqui a formulação é caracterizada por soluções reativas e se adapta às condições difíceis do ambiente por pequenos passos, às vezes desconexos. Ocorre geralmente em grandes organizações que atuam em ambientes estáveis. Mintzberg (1973) sugere que um dos principais objetivos desse modo de formulação estratégica é reduzir conflitos na organização.

As organizações adaptativas caracterizam-se por não possuírem objetivos claros; o desenvolvimento de estratégias reflete uma divisão do poder entre os membros de uma complexa coalizão (emaranhado de forças políticas, fonte de poder descentralizada, barganha entre grupos, resolução de problemas específicos e não toma decisões que maximizem qualquer objetivo); o processo de formulação de estratégias é caracterizado por uma solução reativa dos problemas, ao invés de uma pesquisa pró-ativa por novas oportunidades; as decisões são tomadas em uma série de passos incrementais; e com frequência toma decisões divergentes.

**c) modo planejado**

Esse modo de formulação é normalmente proposto por especialistas em ciências da administração e em política, onde uma análise mais formal é empregada para planejar estratégias explícitas e integradas para o futuro, analisa cenários e propostas e gera estratégias globais para a empresa. Ocorre geralmente em organizações grandes que atuam em ambientes complexos.

O modo planejado possui as seguintes características: o planejador assume o papel principal no estabelecimento de estratégias; concentra-se em análise sistemática, particularmente na avaliação de custos e benefícios de propostas concorrentes; forte integração entre decisões e estratégias.

Mintzberg (1973) destaca ainda três características isoladas por Russell Ackoff para a formulação estratégica no modo planejado:

É algo que se faz antes da tomada da ação, isto é, uma antecipação ao processo decisório. É requerida sempre que o estado futuro que se deseja alcançar envolva um conjunto de decisões interdependentes, isto é, um sistema de decisões. É um processo direcionado para produzir um ou mais estados futuros desejados e que não ocorrerão caso algo não seja feito.

Para esse modo da formulação, Mintzberg (1973) cita o procedimento proposto por George Steiner para planejar negócios, o qual deve iniciar com três estudos sobre a organização, que são: "o propósito sócio econômico fundamental da organização; valores da alta direção; e a avaliação do ambiente externo da organização com vistas a identificar as oportunidades e ameaças e o ambiente interno para identificar suas forças e fraquezas".

Mintzberg (1973) identifica que a principal dificuldade nesse modo é escolher uma ação estratégica que esteja integrada com todo o processo de planejamento. E que o importante é não se permitir conflitos posicionais.

Quanto à determinação do modo de formular estratégia, Mintzberg (1973) chama a atenção para algumas das características que condicionam e conduzem a organização: o seu tamanho, a natureza da liderança, bem como as características do seu ambiente quanto à competição e a estabilidade.

O modo empreendedor requer que as estratégias sejam determinadas pela pessoa que detém o poder. Para satisfazer a condição de poder centralizado, a organização pode ter o seu dono no poder ou um corpo diretivo com um líder que detenha todo o poder de um mandato forte. Estas condições são encontradas em organizações jovens e ou pequenas.

O modo adaptativo sugere que a organização enfrente um ambiente complexo e instável e uma coalizão dividida. Os objetivos não são claros, a organização foge dos riscos e tende a exagerar nos controles.

No modo planejado a organização deve ser grande o bastante para dispor de análise de custos formal, deve possuir metas operacionais e deve enfrentar um ambiente razoavelmente previsível e estável. Em ambiente instável e imprevisível, a adoção deste modelo leva a necessidade de constantes ajustes.

Mintzberg (1973) sugere que a formulação da estratégia pode ser efetuada misturando os três modos, destacando que cada organização encontre uma combinação que melhor reflita as suas necessidades.

O autor propõe quatro combinações mais freqüentes: modos puros, por função, entre unidades centrais e subunidades e por estágios de desenvolvimento, conforme o Quadro 1.

- *misturando os modos puros*: as organizações optam pela adoção conjunta de dois ou mais modos, como por exemplo, os modos

empreendedor e adaptativo, planejamento empreendedor e planejamento adaptativo.

- *misturando o modo por função*: diferentes áreas de uma mesma organização podem empregar diferentes modos, os quais melhor se encaixem às suas particularidades.
- *misturando os modos entre unidades centrais e subunidades*: a unidade matriz (unidade central) adota um modo determinado e suas filiais (subunidades) adotam outros modos.
- *misturando os modos pelo estágio de desenvolvimento*: neste caso, as organizações adotam diferentes modos de acordo com seu estágio de desenvolvimento. Alguns autores descrevem o crescimento das organizações em três ou quatro estágios básicos, geralmente correspondendo a um ciclo de vida começando com a juventude e terminando com a maturidade.

QUADRO 1 - COMBINANDO OS TRÊS MODOS DE FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA

<b>Característica</b>	<b>Empreendedor</b>	<b>Adaptativo</b>	<b>Planejado</b>
Forma de decisão	Pró-ativa	Reativa	Pró-ativa e reativa
Objetivos da organização	Crescimento	Indeterminado	Eficiência e crescimento
Avaliação das alternativas	Julgamento do empreendedor	Função do ambiente interno	Processo analítico
Elemento decisor	Empreendedor	Equilíbrio da coalizão	Administração
Horizonte de decisão	Longo prazo	Curto prazo	Longo prazo
Ambiente preferencial	Incerteza	Certeza	Risco
Vinculação das decisões	Julgamento do empreendedor	Função do ambiente interno	Integradas
Graus de liberdade	Flexível	Adaptativo	Restrito
Dimensão dos movimentos da organização	Abrangentes e sem restrições	Passos sucessivos	Estratégias globais
Visão	Geral	Nenhuma	Específica

FONTE - MINTZBERG (1973)

QUADRO 2 - CONDIÇÕES PARA O USO

<b>Característica</b>	<b>Empreendedor</b>	<b>Adaptativo</b>	<b>Planejado</b>
Fonte do poder	Empreendedor	Equilíbrio da coalizão	Administração
Objetivos da organização	Operacional	Não operacional	Operacional
Ambiente interno	Decorre naturalmente	Dinâmico e complexo	Estável e previsível
Estado da organização	Liderança nova ou forte	Estabelecida	Grande

FONTE - MINTZBERG (1973)

Segue-se o detalhamento do processo de formulação de estratégias com as recomendações de Mintzberg (1973) sobre as suas implicações para o planejamento estratégico:

- o planejamento não é a solução para os problemas da formulação de estratégias;
- o modo da formulação de estratégias a ser adotado deve ser adequado à situação, ou seja, a escolha do modo é contingencial;
- o planejamento não é inútil, mas o planejador deve estar consciente de suas limitações, tais como: ser um processo caro, geralmente requer uma estabilidade não realista do ambiente, ser menos flexível, etc.
- os planos estratégicos deveriam ser contingenciais, deixando aos gerentes a flexibilidade necessária para reagir a um ambiente dinâmico.

Pode-se concluir, a priori, que todas as organizações têm uma estratégia, mesmo não sendo definidas em termos ou formas explícitas.

Esses tipos estratégicos de adaptação organizacional, que configuram os diversos padrões de comportamento adaptativo adotados pelas organizações dentro de uma indústria ou agrupamento, são utilizados na presente pesquisa para descrever e diagnosticar as mudanças organizacionais ocorridas na empresa investigada.

A revisão das principais teorias sobre a relação das organizações e o ambiente, abordando a adaptação organizacional estratégica, o contexto e o processo da mudança, as estratégias e o modo como elas são formuladas, constitui-se o referencial teórico que fundamenta a presente pesquisa.

### **3. METODOLOGIA DA PESQUISA**

Tem-se que o estabelecimento do marco teórico, ou sistema conceitual (formulação do problema, construção de hipóteses e identificação das relações entre variáveis) que deriva de exercícios lógicos, é essencial para que o problema assuma significado científico. Entretanto, somente isto não permite colocar o problema em termos de verificação empírica. Assim, a importância do delineamento da pesquisa é colocada por Gil (1999) como o marco do planejamento da pesquisa em sua dimensão mais ampla, colocando o pesquisador em contato com os problemas mais práticos de verificação, os chamados métodos (técnicas) particulares.

Tendo por base essa visão e os fundamentos teóricos e empíricos, que suportam esse estudo de mudança estratégica organizacional, neste capítulo define-se o referencial metodológico de investigação.

De início se estabelece o método, o problema e a delimitação da pesquisa. Em seguida, caracteriza-se o design e as perspectivas da pesquisa, identificado-se o método de coleta, os tipos e a análise e interpretação dos dados.

#### **3.1 O método de investigação**

A tradição, o método e a comunidade científica são os pressupostos básicos da ciência. Partindo-se dessa visão, a ciência desenvolve-se por duas correntes filosóficas denominadas positivista e fenomenológica que são guiadas respectivamente por uma fundamentação em conceitos quantitativos e qualitativos, e que estabelecem as suas perspectivas filosóficas próprias da visão de mundo.

Nenhuma técnica ou método de investigação (e isto é verdadeiro tanto para as ciências naturais quanto para as ciências sociais) confere autenticidade a si próprio: sua eficácia, sua própria categoria enquanto instrumento de pesquisa capaz de investigar o mundo depende, em última análise, de justificação filosófica. Quer sejam tratados dessa forma ou não, os métodos de pesquisa não podem ser divorciados da teoria; como instrumentos de pesquisa, eles operam apenas dentro de um determinado conjunto de suposições sobre a natureza da sociedade, a natureza do homem, a relação entre os dois e como ambos podem ser conhecidos. (HUGHES, 1980)

A tradição positivista estabeleceu sua fundamentação teórica no conceito de “coisa” e de que o mundo existe independente da percepção do homem, onde a realidade é formada por partes isoladas, rejeitando o metafísico e reconhecendo apenas dois tipos de conhecimento: o empírico e o lógico. Já na fenomenologia o mundo é socialmente construído através da visão e da experiência do homem, onde a noção de intencionalidade reconhece que o objeto não existe sem sujeito.

O positivismo pressupõe a neutralidade da ciência, onde a busca do conhecimento deve satisfazer os propósitos superiores da alma humana de saber, apenas verificando o dado alheio a qualquer traço de subjetividade. Na fenomenologia o conhecimento desenvolve-se a partir da visão de mundo, onde a redução fenomenológica estabelece a essência na evidência pura do dado, e na intersubjetividade, que estabelece o subjetivo e o objetivo como expressões de uma mesma realidade.

Nesse sentido, o pesquisador, quando se defronta com a escolha do método de pesquisa para desenvolver seu trabalho, deve ter em mente, primordialmente, a sua base de orientação filosófica. Trivinos (1987), coloca três possibilidades de métodos que podem servir à pesquisa em ciências sociais: o positivismo ou método hipotético-dedutivo, o fenomenológico e o dialético. Destaca-se aqui o seu comentário à cerca da importância para o desenvolvimento do conhecimento proporcionado, pela vertente filosófica dos neopositivistas, que alcançou avanço singular na lógica formal e na metodologia da ciência com o positivismo lógico e a chamada filosofia analítica.

Para Minayo (1995),

a diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatísticas apreendem dos fenômenos apenas a região ‘visível, ecológica, morfológica e concreta’, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”. E afirma ainda que o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo; e que “a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante.

Complementando essa visão, Morgan (1980) afirma que o estudo dos sistemas organizacionais, por natureza, seguem a mesma base da teoria social, tanto no caminho pela busca da estabilidade, quanto na resistência à mudança.

Assim, tendo-se em vista a natureza do problema a ser pesquisado, adotar-se-á a abordagem qualitativa para esse estudo, justificando-se plenamente

por se tratar de um fenômeno social, neste caso, o processo de adaptação estratégica ocorrido numa organização.

### **3.2 O problema de pesquisa**

Diversos fatores determinam os interesses pela escolha de problemas de pesquisa. Segundo Gil (1999), os mais importantes são: os valores sociais do pesquisador, suas inclinações pessoais e os incentivos sociais. Bailey (1982) sugere outros: o paradigma sociológico seguido pelo pesquisador, o grau de relação entre o método apropriado para a coleta de dados e o problema de pesquisa, a unidade de análise escolhida e o fator tempo.

Triviños (1987) recomenda que o foco da pesquisa esteja vinculado ao âmbito cultural do pesquisador e/ou à prática cotidiana que ele realiza como profissional. Nesse estudo, essa recomendação se efetiva em razão da experiência profissional do pesquisador. Assim, o presente trabalho tem por referencial o seguinte problema de pesquisa:

*"Como ocorreu o processo de adaptação estratégica da Unimed de Florianópolis no período de 1985 a 2002".*

### **3.3 População e amostra**

Tendo-se este como um estudo de caso simples, a população e a amostra dessa pesquisa constitui-se de uma empresa que atua na indústria de assistência médica supletiva, escolhida intencionalmente. Pois, segundo Minayo (1995), a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais, que detêm os atributos que o investigador deseja conhecer.

A investigação se desenvolveu através de perguntas abertas em entrevistas semi-estruturadas com os presidentes da empresa estudada, que ocuparam o cargo a partir de 1985. Consideram-se esses, *a priori*, como os responsáveis pelas mudanças e pelo processo de adaptação estratégica da organização, tendo-se em vista as suas características associativas e políticas próprias, por se tratar de uma organização do segmento econômico cooperativista.

Considerando-se relevante para esse estudo como uma fonte importante de dados, foi entrevistado também um gerente da empresa que ocupa essa função desde 1992.

### **3.4 Delineamento da pesquisa**

#### **3.4.1 O *design* da pesquisa**

Em pesquisa na academia, o *design* é a seqüência lógica que conecta o dado empírico com as questões iniciais do estudo e, posteriormente, com as conclusões. Em um senso comum, um *design* de pesquisa é uma ação planejada para conseguir ir do ponto inicial da pesquisa, para se chegar aos resultados, ou seja, do conjunto inicial das questões a serem respondidas, para se chegar ao conjunto das conclusões (respostas) sobre àquelas questões (ORSSATTO, 2002).

Pode-se concluir que um *design* de pesquisa é como um plano, que guia o investigador no processo de coletar, analisar e interpretar observações (YIN, 1984).

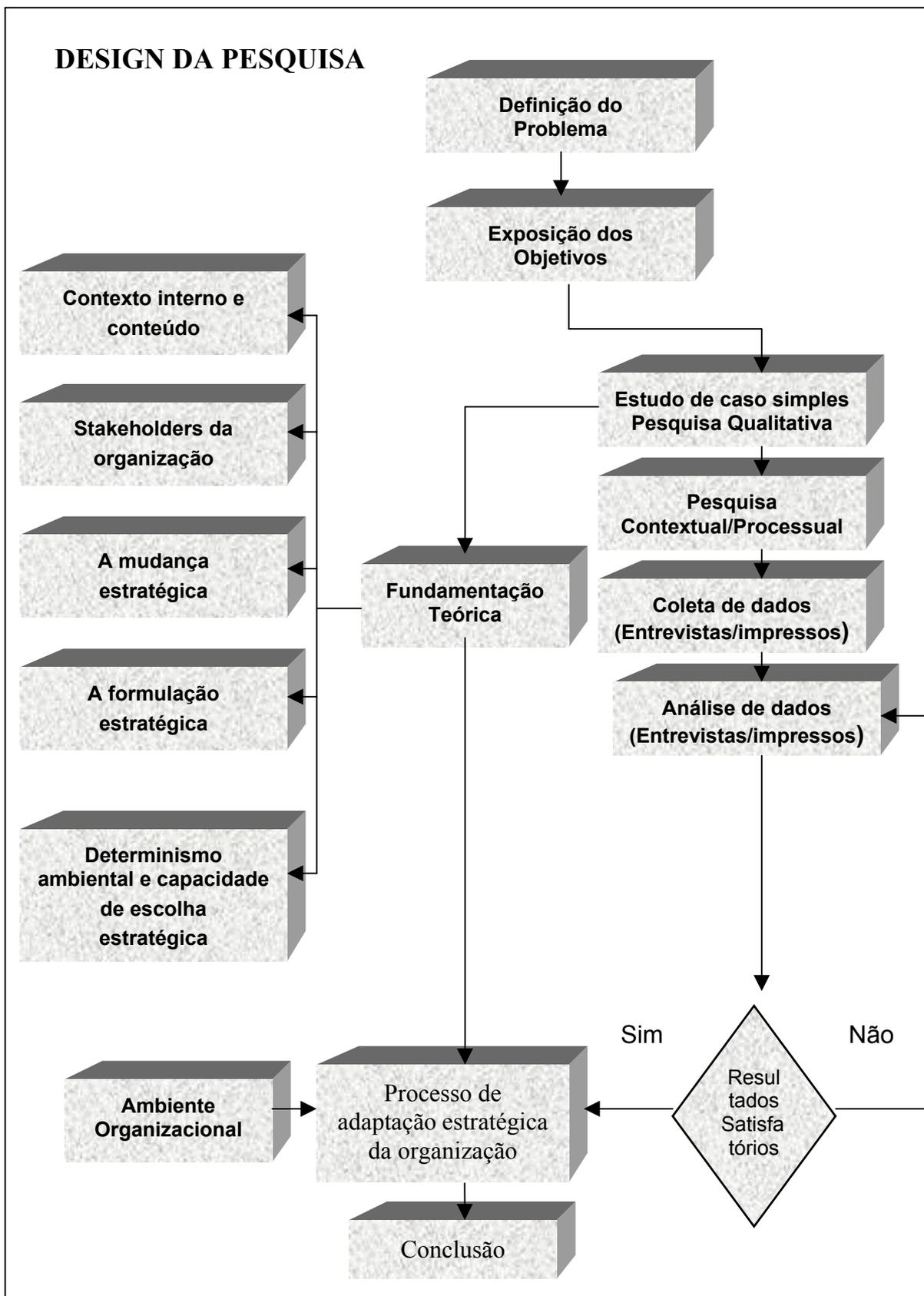
Para Bogdan e Biklen (apud MERRIAM, 1998), o estudo de caso organizacional possui o enfoque histórico quando se propõe a investigar o fenômeno durante um certo tempo. Enquanto Yin (1994) considera que os elementos de pesquisa histórica e estudo de caso freqüentemente se fundem, visto que a pesquisa histórica é essencialmente descritiva.

Gil (1999) e Triviños (1987) afirmam existir, em geral, três tipos de pesquisa cujas finalidades são diferentes: exploratória, descritiva e experimental. Enquanto na concepção de Cervo e Bervian (1976) existem pelo menos três tipos importantes de pesquisa: bibliográfica, descritiva e experimental.

O *design* da pesquisa que norteará este estudo será descritivo, com base na abordagem qualitativa do estudo de caso. Entretanto, cabe salientar que também será realizada uma pesquisa bibliográfica prévia, tanto para diagnosticar a situação existente como para fundamentar teoricamente ou ainda justificar os limites e contribuições da própria pesquisa. A pesquisa bibliográfica objetiva arrolar informações e conhecimentos prévios acerca do problema para o qual se procura resposta, e constitui parte da pesquisa descritiva a ser realizada.

Para este estudo de caso, o *design* da pesquisa contempla o pressuposto de Pettigrew (1987) que sugere uma forma de pesquisa, que contemple uma análise holística e dinâmica da mudança, e propõe a pesquisa de caráter contextual e processual. Esse autor considera ainda que os antecedentes históricos e a cronologia das mudanças são vitais para a abordagem processual.

FIGURA 4 - DESIGN DA PESQUISA



FONTE – Adaptado de ORSSATTO (1995)

### 3.4.2 A perspectiva qualitativa da pesquisa

Tem-se que os métodos qualitativos são mais apropriados para as pesquisas com enfoque interpretativo ou dialético. E, na visão de Godoy (1995),

a pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos.

Portanto, pesquisadores com enfoque fenomenológico ou dialético utilizarão técnicas do tipo entrevistas, observação e análise documental.

Nesse sentido, Taylor e Bogdan (1984) citam que, a denominação qualitativa refere-se de forma abrangente à pesquisa que produz dados descritivos, ou seja, palavras escritas ou faladas pelas pessoas e seus comportamentos. Afirmam ainda que a pesquisa qualitativa é humanista e indutiva, focalizando pessoas, cenários e grupos, de modo holístico, procurando compreendê-las, levando em conta suas referências e percepções.

E ainda, Merriam (1998) cita a pesquisa qualitativa como uma espécie de conceito guarda-chuva que abrange várias formas de investigação, que ajuda a entender e explicar o significado dos fenômenos sociais com um pequeno rompimento perante a visão das ciências naturais descreve cinco tipos de pesquisa qualitativa: básica ou genérica, etnográfica, fenomenológica, Grounded Theory e estudo de caso.

No estudo de caso, Merriam (1998) afirma que o interesse do pesquisador está no processo em lugar de resultados, no contexto em lugar de uma variável específica, na descoberta em lugar de confirmação. Destina-se à descrição e análise intensivas de uma unidade ou sistema e utiliza-se do arcabouço de conhecimento de diversas disciplinas.

Considera também que, para desenvolver uma pesquisa utilizando-se da metodologia qualitativa, o pesquisador necessita de certas características de personalidade e habilidades como: ser tolerante frente a ambigüidades, ter sensibilidade ou ser altamente intuitivo, ter facilidade com comunicação e saber escutar como um investigador.

Para Triviños (1987), o estudo de caso é caracterizado pela análise profunda e exaustiva de uma determinada realidade, de maneira a possibilitar o seu amplo e detalhado conhecimento. E que esse tipo de estudo, talvez, seja um dos mais relevantes para a pesquisa qualitativa.

Gil (1999) e Triviños (1987) afirmam existir, em geral, três tipos de pesquisa cujas finalidades são diferentes: *exploratórias*, que tem como finalidade principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, onde os métodos de pesquisa habitualmente utilizados são o levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso; *descritivas*, que tem como objetivo principal à descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis e as suas características mais significativas e pela utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados; e as *explicativas*, cuja preocupação central é identificar os fatores, que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos, explica a razão e o porquê das coisas, sendo este o tipo mais complexo e delicado, pois aumenta a possibilidade de erros.

Empregando-se o método do estudo de caso a partir da abordagem qualitativa de Merriam (1998), cuja intenção é atingir os objetivos específicos propostos nesse estudo, pode-se dizer que a presente pesquisa é de caráter exploratório.

Quanto à finalidade, classifica-se como sendo um estudo de caso interpretativo, tendo em vista que, além de descrever os fatos observados, e o que respondem quando entrevistadas, a pesquisa procura interpretar as mudanças ocorridas no período analisado, causas e conseqüências, bem como os *stakeholders* mais importantes que a influenciaram.

Nessa visão, o problema da pesquisa apresentado na seção 3.2 delimitou a análise do processo de adaptação estratégica da UNIMED de Florianópolis no período de 1985 à 2002, configurando, do ponto de vista metodológico, um estudo de caso simples, de natureza qualitativa.

### 3.4.3 A perspectiva contextual e processual

Adota-se a abordagem contextual e processual para o presente estudo, tendo em vista que o processo de adaptação estratégica da UNIMED de Florianópolis, no período de 1992 a 2002, está baseado em questões históricas, processual e contextual dos fatos e fenômenos, identificando os aspectos da mudança e da formulação de estratégias, em suas formas e significância para a organização.

Segundo Pettigrew (1987), uma pesquisa de caráter contextual e processual explica as características emergentes, situacionais e holísticas de um organismo ou processo em seu contexto, ao invés de dividir o mundo em conjuntos limitados de variáveis dependentes e independentes, isoladas de seus contextos.

Pettigrew (1987) considera que a análise contextualista de um processo deve estudar os fenômenos em um plano vertical e um horizontal, bem como a inter-relação entre os planos através do tempo. Enquanto, o plano vertical refere-se às ligações e dependências entre os níveis organizacionais, desde o contexto sócio-econômico até os interesses dos grupos na organização, o plano horizontal aborda a seqüência das ações e eventos ao longo do tempo, analisando o fenômeno na sua dimensão histórica.

Considerando que a pesquisa, com abordagem metodológica da natureza contextual e processual, é adequada para estudar fenômenos como a mudança estratégica nas organizações, Pettigrew (1987) sugere que a mudança seja estudada em três dimensões: contexto, conteúdo e processo.

O *contexto externo* compreende as condições econômicas, políticas e sociais do ambiente onde a organização opera. O *conteúdo* é configurado pela estrutura ou áreas da organização que estão sob transformação, tais como: tecnologia, pessoal, produtos, cultura organizacional, etc. O *processo de mudança* se refere às ações, reações e interações das várias partes interessadas, enquanto procuram mover a empresa de seu ponto presente para o futuro.

Nesse estudo, por analogia, o "quê" da mudança estaria na estrutura organizacional identificada ao longo do período em exame; o "porquê" refere-se ao ambiente e aos *stakeholders* como influenciadores na definição da estrutura; e o "como" da mudança descreve o processo de adaptação organizacional às mudanças ambientais da empresa, no período estudado.

#### 3.4.4 Coleta de dados

Tem-se que nos métodos de pesquisa com fundamentação qualitativa ou fenomenológica, as técnicas de coleta de dados orientam a capacidade racional do pesquisador para a compreensão do mundo, das coisas, dos fenômenos, dos processos e das relações.

Merriam (1998) assinala que para desenvolver uma pesquisa sob uma das possibilidades de *design* qualitativo, o pesquisador necessita observar algumas características do método delineado para elaborar os instrumentos da coleta de dados:

- a. a preocupação chave é entender o fenômeno de interesse pela perspectiva dos participantes, não do pesquisador;
- b. o investigador é o instrumento primário na coleção e análise de dados;
- c. o investigador tem que ir fisicamente às pessoas e fixar o local (o campo) para observar o comportamento em sua posição natural;
- d. o investigador deve empregar uma estratégia de pesquisa indutiva;
- e. é ricamente descritivo;
- f. gasta uma quantia significativa de tempo em intenso contato com os participantes.

O autor sugere ainda que os dados devem ser colhidos a ponto de começarem a apresentar certa monotonia, de maneira que mais uma observação não mude significativamente o resultado.

Gil (1999) considera que,

o elemento mais importante para a identificação de um delineamento é o procedimento adotado para a coleta de dados. Assim podem ser definidos dois grandes grupos de delineamento: aqueles que se valem das chamadas fontes de papel e aqueles cujos dados são fornecidos por pessoas. No primeiro grupo estão a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. No segundo estão a pesquisa experimental, a pesquisa ex-post-facto, o levantamento e o estudo de caso.

Por oportuno, destacam-se aqui algumas qualidades necessárias ao investigador qualitativo, em pesquisas sociais na tarefa de coleta de dados citadas por Merriam (1998): deve ter tolerância diante de ambiguidades, ter sensibilidade, ser altamente intuitivo, um bom comunicador e um bom ouvinte.

A seguir, descrevem-se os procedimentos e técnicas utilizadas para coleta e análise dos dados e que compõe o *design* desse estudo:

#### **a) tipos de dados coletados**

Nesta pesquisa seguiu-se a orientação de Bogdan (apud TRIVIÑOS, 1987) quando diz que no estudo de caso do tipo histórico-organizacional o pesquisador deve iniciar seu trabalho com o conhecimento existente sobre a organização que deseja examinar, buscando todo tipo de material disponível referente à vida da instituição, tais como publicações, estudos pessoais, entre outros. Essas informações servem de alicerce para delinear, de forma preliminar, a coleta de dados.

Nesse sentido, os dados secundários que orientaram o início desse estudo, foram obtidos através de diversos materiais informativos disponíveis, tais como jornais, revistas especializadas e periódicos; outros estudos como teses e dissertações; publicações e documentos da própria empresa como boletins e atas de assembleias e de reuniões do Conselho de Administração; leis e normas governamentais; além da bibliografia disponível versando sobre a organização, sobre o cooperativismo e sobre o ambiente mercadológico de atuação da empresa.

Os dados primários utilizados neste estudo foram obtidos através de perguntas abertas em entrevistas semi-estruturadas, conforme o roteiro constante do Apêndice B, aplicadas aos presidentes da empresa, cujos mandatos transcorreram no período de 1985 a 2002, e com um gerente no desempenho da função.

Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada parte de alguns questionamentos básicos, apoiados por teorias que interessam à pesquisa, e que, logo após, surgem outras interrogativas à medida que se recebem as respostas dos informantes.

Nesse sentido, procurou-se marcar as entrevistas com os presidentes, na seqüência cronológica dos respectivos mandatos, e com o gerente, conforme as disponibilidades da agenda, sempre precedidas da carta de apresentação do pesquisador, constante no Apêndice A, e da explanação dos objetivos da entrevista.

Concordaram em conceder e gravar as entrevistas somente os dois primeiros e o quinto presidentes. O tempo de duração das entrevistas variou entre quarenta minutos e uma hora. O terceiro presidente, após diversos contatos com sua

secretária, não disponibilizou tempo para a entrevista em razão de intensos compromissos da sua função atual, mas liberou, através de sua assessoria de imprensa, todos os boletins, jornais e documentos produzidos em sua gestão. Nessas fontes, principalmente, nos editoriais foram colhidos dados satisfatórios.

O quarto presidente manifestou por telefone que não concordava com a entrevista. Entretanto, os dados foram repassados por escrito pelo vice-presidente em sua gestão, que também liberou, através da sua assessoria de imprensa, importante material contendo os principais fatos, ações e impressões sobre aquele período.

O gerente entrevistado, contratado pela cooperativa na gestão do terceiro presidente e atuando ainda na empresa, foi escolhido pelo autor exatamente pela experiência vivida em três gestões consecutivas. Essa entrevista também foi gravada.

A identificação dos entrevistados está descrita no Apêndice C. E, para racionalizar a redação deste trabalho, quando necessária a reprodução literal do todo ou de parte das entrevistas, atribuiu-se um código a cada entrevistado: Pres. 1, Pres. 2, Pres. 3, Pres. 4; Pres. 5 e Ger. 1.

## **b) análise e interpretação dos dados**

Tem-se que o *design* qualitativo quanto à análise dos dados é emergente, pois, segundo Triviños (1987), nas pesquisas qualitativas a coleta e a análise dos dados ocorrem concomitantemente, buscando novas descobertas no decorrer do estudo de caso. Na medida em que são coletados, os dados são analisados através da confrontação com outras idéias, teorias e fatos observados, exercendo-se assim a crítica necessária para produzir confiabilidade e consistência na pesquisa.

Merriam (1998) afirma que o processo de coleta e análise dos dados é recursivo e dinâmico. Mas isso não diz que a análise está acabada quando todos os dados foram coletados. Totalmente o oposto. A análise fica mais intensiva com os progressos de estudo, quando você está com todos os dados. A autora afirma ainda que esse é um processo interativo que permite ao investigador produzir descobertas confiáveis.

Nesse sentido, a análise dos dados busca construir uma concepção do fenômeno estudado, interpretando os dados colhidos. A interpretação na pesquisa qualitativa é algo inevitável, embora a realidade como tal não dependa da interpretação para existir. A essência dos dados deve ser identificada, descobrindo-se as entrelinhas, o contexto e o significado além da palavra (MERRIAM, 1998).

Triviños (1987) ressalta que, independente da técnica de coleta de dados utilizada, para que os resultados tenham validade científica eles devem atender às seguintes condições: coerência, consistência, originalidade e objetivação.

Assim, para a análise dos dados desse estudo, aplicou-se o método da *Direct Research*, proposto por Mintzberg e McHugh (1985), que emprega o modo longitudinal de análise, estudando os eventos ocorridos em períodos estratégicos previamente estabelecidos, conforme os seguintes passos:

- a. *coleta de dados* - compreende o período da familiarização do pesquisador com a organização e o ambiente onde ela se insere, com a busca pela maior quantidade de dados e informações sobre suas ações, decisões, eventos e atores ambientais e indicadores de desempenho. Todos os documentos e publicações a respeito da empresa são a fonte desses dados, complementados pelas entrevistas;
- b. *organização dos dados* - as informações sobre os principais fatos e ações foram organizadas em ordem cronológica e separados por períodos estratégicos que corresponderam ao tempo do mandato de cada presidente, permitindo a verificação dos padrões e consistência;
- c. *confiabilidade dos dados* - os dados coletados nas entrevistas foram sempre relacionados com os relatórios, documentos e publicações da organização e possibilitaram a identificação das mudanças e de como se desenvolveu o processo de adaptação estratégica.
- d. *análise dos dados* - os dados coletados foram analisados com base nos fundamentos teóricos dos seguintes temas de interesse desse estudo: influências dos *stakeholders*; mudanças estratégicas; modo de formulação das estratégias; e relação entre o grau de determinismo ambiental e a capacidade escolha estratégica.

### 3.5 Limitações da pesquisa

Uma das limitações desse estudo refere-se ao próprio *design* da pesquisa qualitativa, sobre o qual Gil (1999) manifesta que, além de ser difícil traçar os limites de qualquer objeto social, é difícil determinar a quantidade de informações necessárias sobre o objeto delimitado. Como não existe limite inerente ou intrínseco ao objeto de estudo e os dados que se podem obter a seu respeito são infinitos, exige-se do pesquisador certa dose de intuição para perceber quais dados são suficientes para se chegar à compreensão do objeto como um todo.

Nesse sentido, o fato da UNIMED de Florianópolis compor o Sistema UNIMED e ser parte do Complexo Empresarial Cooperativo UNIMED, exigiu maior atenção do autor quanto à delimitação de dados históricos e também quanto à identificação das origens e autorias de idéias e ações estratégicas.

Às características citadas acima, somam-se os preconceitos e pressupostos do autor e dos entrevistados, que podem influenciar nas descobertas e na análise das informações coletadas. Para Merriam et al. (1998), a parcialidade do pesquisador neste tipo de pesquisa não pode ser descartada, mas aproveitada para ajudar no entendimento de valores e crenças de outros participantes envolvidos.

O fato de o pesquisador ter sido gerente da UNIMED de Florianópolis por oito anos, foi causa freqüente de desvio, no curso das entrevistas, principalmente quando os entrevistados passavam à condição de entrevistador e manifestavam curiosidades sobre eventos passados.

Verificou-se também, em algumas entrevistas, que o entrevistado evitava certas questões ou manifestava-se parcialmente sobre elas, principalmente quando se tratava de posição contrária a outros dirigentes ou membros da diretoria. No caso do Ger. 1, o gravador foi desligado em alguns momentos.

Há, portanto, tendência de o entrevistado em omitir certos fatos, julgados comprometedores, cabendo ao entrevistador conduzir a entrevista com destreza e cruzar as informações com outras fontes, a fim de verificar a confiabilidade dos dados.

O fato da UNIMED de Florianópolis estar em pleno processo eleitoral, dificultou parcialmente a coleta de dados primários e a gravação de algumas entrevistas, cujo pleito ocorrerá no dia 17/03/2003 com quatro chapas inscritas, configurando uma disputa inédita na cooperativa. A preocupação com as eleições, e

o receio do uso indevido das informações foram manifestadas expressamente pelo quarto presidente, em razão de ser novamente candidato ao cargo.

Considere-se, ainda, que as mudanças organizacionais estão sempre associadas às mudanças culturais e comportamentais dos participantes da organização (MINTZBERG; QUINN e JAMES, 1988), e as suas influências para o estudo da adaptação organizacional não foram descartadas.

## 4. A ORGANIZAÇÃO E O SEU AMBIENTE

Neste capítulo, contextualiza-se a pesquisa para o ambiente da indústria da assistência médica suplementar, onde está inserida a empresa pesquisada. Sua evolução ao longo do tempo constitui-se, dentro do *design* de pesquisa adotado, na coleta e organização dos dados secundários, necessários à formação do ambiente real (geral e específico) ou ambiente objetivo da empresa estudada.

A construção do ambiente objetivo é fundamental, pois fornece a evolução ambiental que, como visto, é percebida pelos indivíduos ou grupos (coalizão dominante) responsáveis pelo desencadeamento das mudanças organizacionais. E, também, transmitir as informações de caráter genérico, que irão possibilitar a compreensão da descrição, análise e interpretação dos dados primários coletados.

Nesse sentido, inicialmente apresenta-se um breve histórico dessa indústria no Brasil, as caixas e institutos de previdência e assistência como precursores da assistência médica supletiva, a estatização do sistema de previdência e assistência social com a criação do INPS, os fatores que concorreram para a criação do Ministério da Saúde e os paradigmas que norteiam as políticas dos principais sistemas de saúde no mundo.

Em seguida, descreve-se a recente regulamentação da indústria de assistência médica supletiva, enfocando-se alguns aspectos gerais sobre regulamentação, os objetivos que nortearam a regulamentação sobre o setor e os seus efeitos sobre essa indústria.

### 4.1 O contexto externo específico

#### 4.1.1 A assistência médica no Brasil – os primeiros tempos

Tem-se como marco inicial da atividade de assistência médica no Brasil, a construção da primeira unidade da Santa Casa de Misericórdia de Santos – SP, por Brás Cubas, em meados do primeiro século do descobrimento, após a Rainha Leonor de Lancastre ter instituído em Portugal a Ordem das Santas Casas de Misericórdia.

Construídas com recursos da Coroa Portuguesa, as Santas Casas tinham como função principal à prática das obras de caridade, dividindo-se entre as atividades de tratamento aos doentes, auxílio aos presos, socorro aos necessitados e amparo aos órfãos. Eram instituídas a partir da iniciativa das várias irmandades religiosas, que as administravam e mantinham com subvenções do Estado, doações e esmolas da comunidade. Os irmãos, membros da irmandade e também chamados mantenedores, possuíam acomodação e atendimento médico assegurados, bem como aqueles que podiam pagar ou oferecer doações. Os pobres eram atendidos como indigentes por conta da caridade (SCMS, 2002).

Até meados do século XIX as Santas Casas continuavam sendo as únicas instituições hospitalares existentes no Brasil, com unidades em praticamente todos os estados.

Com a chegada da Família Real em 1808, verificou-se o início de uma efetiva organização da saúde pública no Brasil. Destacam-se como providências concretas nesse sentido a criação, nesse mesmo ano, do cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte do Estado do Brasil, e das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Em 1810 é criada a primeira lei visando impedir a entrada de doenças pelos portos do Brasil.

O sistema de saúde - com administração centralizada que funcionava em Portugal, um dos países mais desenvolvidos da época -, não funcionou no Brasil, tanto pelas suas características territoriais como pelo pouco conhecimento das doenças tropicais que afligiam a população (SILVA e MAHAR, 1974).

A proclamação da República em 1889 estabeleceu a autonomia dos Estados e considerou os Municípios como célula da organização política do País, transferindo a esse último as responsabilidades sanitárias.

Em 1899, com o surto da peste bubônica irrompido no porto de Santos, criavam-se o Instituto Butantan, em São Paulo, e o Instituto Soroterápico Municipal, no Rio de Janeiro. Este último destacou-se mundialmente como importante centro de pesquisa em saúde pública, sob a direção de Oswaldo Cruz, a partir de 1901. Em 1907 transformou-se no Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos e em 1908 teve seu nome alterado para Instituto Oswaldo Cruz, em homenagem àquele sanitarista (FIO CRUZ, 2002).

A ação sanitária nas três primeiras décadas do período republicano foi quase que exclusivamente voltada para o campo da medicina preventiva, ficando a

assistência médica às pessoas sem posses a cargo dos Estados, Municípios e instituições beneficentes (SILVA e MAHAR, 1974).

Com o objetivo de assegurar serviços de assistência médica aos seus conterrâneos, inicialmente, as instituições hospitalares patrocinadas pelas principais colônias de imigrantes que se instalaram no País, surgem com a Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência em 1859 (RBSPB, 2002). Bem mais tarde, outras colônias de imigrantes como a israelita e a germânica, também constroem seus hospitais.

#### 4.1.2 As caixas e institutos de previdência e assistência

No final do século XIX registra-se timidamente no País a preocupação com as questões relativas à previdência e assistência social, a partir da criação das primeiras caixas e institutos de aposentadorias e pensões, para atender exclusivamente os funcionários de alguns órgãos públicos (SILVA e MAHAR, 1974).

Foi a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Empregados das Empresas Ferroviárias, através do Decreto 4.682 de 24/01/1923 (Lei Elói Chaves), que desencadeou nos anos que se seguiram a extensão desse benefício aos funcionários dos demais órgãos e empresas públicas.

Textualmente, essa lei estabelecia em seu artigo 9º: - os empregados ferroviários, a que se refere o artigo 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da Caixa com os descontos referidos, terão direito:

- a. a socorros médicos em casos de doenças em sua esposa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;
- b. a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
- c. aposentadoria;
- d. a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

A partir da vigência dessa lei, inicia-se com grande profusão, o surgimento das CAP's (Caixa de Aposentadoria e Pensão), para os servidores públicos da União

e empresas públicas, dos IAP's (Institutos de Aposentadoria e Pensão), para as diversas categorias de trabalhadores do setor privado, e dos IPE's (Institutos de Previdência Estaduais), para os servidores estaduais (SILVA e MAHAR, 1974).

De natureza civil e privada em termos de gestão e estrutura financeira, e custeadas pelas contribuições dos servidores/empregados associados e dos órgãos/empresas empregadoras, por obrigação legal, oferecem como benefícios aos associados e dependentes a assistência médica, medicamentos a preços especiais, aposentadorias e pensões, nessa ordem.

Destaca-se que, em face da incipiente oferta de serviços médicos privados, nessa época, muitas dessas entidades criam seus serviços médicos com administração próprias (CIEFAS, 2000).

Tem-se que a partir de 1930 - em consequência da elevação das despesas decorrentes da amplitude dos benefícios oferecidos, do novo cenário político, do primeiro governo de Getúlio Vargas, e da imposição crescente na contenção de recursos -, a assistência médica passa a ser contingenciada pela disponibilidade financeira e as concessões de aposentadorias e pensões são reduzidas com a adoção de critérios mais rigorosos. Os institutos substituem gradativamente as caixas assistenciais.

A ingerência cada vez mais ativa do Estado sobre a gestão das caixas e institutos é exercida pelo Conselho Nacional do Trabalho (CNT), que garante o cumprimento da política contencionista preconizada pelo governo.

Sucessivas mudanças na legislação ordinária implementada até 1945, determinam alterações nos objetivos assistenciais das caixas e institutos, passando a ser prioridade os benefícios de aposentadorias e pensões, desobrigando-as da assistência médica, que ficam limitadas a um teto percentual máximo da receita anual (SILVA e MAHAR, 1974).

O compromisso com o atendimento médico e hospitalar dos associados deixa de ser uma obrigatoriedade das caixas e institutos previdenciários passando à responsabilidade específica do Estado.

Tem-se como fato marcante desse período à criação do Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU), através da Portaria nº 58 de 22/09/1944. Na medida em que havia carência de assistência médica à grande massa da população, ficava muito difícil limitar esse serviço apenas aos associados

dos institutos. Tanto mais porque era um serviço muito visível, com as ambulâncias circulando pelos principais centros urbanos.

Mas o processo de redemocratização do País após o fim da ditadura de Vargas e a promulgação da Constituição de 1946, dá um novo impulso às entidades de previdência e assistência, que têm novamente vinculadas as atividades para as quais foram originalmente constituídas. A melhoria das condições de vida dos trabalhadores, passa a ser uma grande diretriz da política social em face da crescente urbanização e industrialização (BUSS, 1995).

O Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões de 1950 estabelece um novo padrão de normas e atribuições às entidades existentes, principalmente quanto à uniformização das contribuições a aos benefícios assistenciais oferecidos. Os institutos direcionam mais recursos para investimentos em estruturas próprias de atendimento médico, como a construção de hospitais e ambulatórios. Em razão da carência habitacional, passam também a construir e financiar moradias para os associados (CIEFAS, 2000).

A ampliação das atribuições dos institutos de previdência e assistência previstas pela Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, regulamenta, entre outros aspectos, as formas de compra e concessão de serviços de saúde do setor privado; os convênios entre o Estado, empresas, instituições públicas e sindicatos; os financiamentos para a expansão das entidades beneficentes de saúde; o credenciamento de médicos e as tabelas de honorários.

O Estado continua figurando como contribuinte de um sistema tripartite e paritário, sem, contudo, ter cumprido efetivamente com o seu compromisso (CIEFAS, 2000).

#### 4.1.3 A estatização do sistema de previdência e assistência social

A dívida crescente do Estado na relação tripartite com as caixas e institutos, após sucessivas revisões nas contribuições, culminou na unificação de todos os IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), estabelecida pelo Decreto Lei nº 72, de 21/11/1966. Esse seria um dos primeiros e mais importante ato do governo militar, afastando os trabalhadores da administração e definição de políticas na área social.

As ações na área da saúde passam e privilegiar a prática médica curativa, individual, especializada e de caráter assistencialista. Pela incapacidade de atender na rede própria a demanda crescente, o governo estimula a modernização de hospitais privados através de empréstimos a juros baixos, e o INPS estimula a compra de serviços por meio do credenciamento de hospitais e clínicas privadas (CIEFAS, 2000).

O atendimento médico é assegurado aos contribuintes do INPS, essencialmente os trabalhadores urbanos, que portavam seu “cartão” de identificação. O restante da população estratificava-se entre uns poucos que podiam pagar pelo atendimento particular e a grande massa atendida pela benemerência das Santas Casas e outras entidades filantrópicas.

A sistemática da compra de serviços das entidades médicas conveniadas, se por um lado, supria a falta de estrutura do Estado nessa modalidade de assistência, por outro, permitia as ações fraudulentas e desvios, praticados como forma de compensar os baixos preços pagos pelo INPS aos prestadores de serviços, exaurindo os recursos sempre escassos para atender aos segurados. Do orçamento do sistema previdenciário, nessa época, 30% era destinado a assistência médica (MAY, 1996).

Como reflexo dessa realidade, o governo federal tentou algumas fórmulas para evitar ou minimizar os efeitos dessas ações predatórias. Segundo Rocha (1993), uma delas foi o Plano Nacional de Saúde, que se resumiu a uma experiência piloto nas cidades de Nova Friburgo, Barbacena, Moçoró e Goiás.

O PNS era aberto a toda a população e tinha por meta oferecer assistência médica básica, custeada por um sistema de contribuição individual e na participação sobre o valor dos serviços utilizados, conforme as categorias de renda dos participantes. Esse projeto foi coordenado pelo Dr. Pedro Kassab, então Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), seguindo orientações do Ministro do Trabalho e Previdência Social, Gal. Jarbas Passarinho. Foi implantado em fins de 1968 e, por divergências políticas dentro do próprio governo, encerrou-se no início de 1971 (MAY, 1996).

Apesar de historicamente, a prestação dos serviços de assistência médica estar inserida no âmbito das entidades previdenciárias, as disponibilidades financeiras eram calculadas apenas para o pagamento das aposentadorias e pensões, e não para prover suficientemente o custeio da assistência médica.

A população rurícola, assistida pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), que apesar de ter sido criado em 1963 pela Lei 4.214, mas atuar efetivamente a partir de 1967, não recebia os recursos assistenciais da mesma forma que a urbana. Sem condições de montar estruturas próprias para a prestação da assistência médica, ou mesmo sem dispor de meios para assegurar serviços médicos a preços de mercado, o FUNRURAL distribuía os recursos que arrecadava, em dinheiro, ou em equipamentos médicos e odontológicos, aos hospitais não lucrativos que já assistiam à população rural (SILVA e MAHAR, 1974).

Desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Lei 6.036 de 01/05/1974, ao qual fica subordinado o INPS.

Logo após, a Lei 6.439 de 01/09/1977, institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), com a competência sobre as políticas de previdência, assistência médica, farmacêutica e social. O SINPAS se estrutura através do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), para o controle financeiro de toda a atividade previdenciária, e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para a gestão e controle da assistência médica.

Com o INAMPS pretendeu-se oferecer assistência médica a toda a população, principalmente nos casos de emergência, independente do usuário possuir ou não o tradicional "cartão do INPS". Entretanto, as verbas para a saúde, agora limitadas a 19% do orçamento previdenciário, ou àquelas que sobravam, após os pagamentos das aposentadorias e pensões, eram cada vez mais insuficientes. Registre-se que esta é a primeira vez na história do País em que a denominação "assistência médica" figura na sigla de um órgão público com essa missão específica (MAY, 1996).

Mas, será somente com a Constituição de 1988 que se encerra o ciclo previdenciário de gestão da assistência médica, com a sua transferência para o âmbito do Ministério da Saúde e a regulamentação desse serviço público pela Lei Orgânica da Saúde – Leis 8080/90 e 8142/90.

#### 4.1.4 O Ministério da Saúde

Criado em 25/07/1953 pela Lei 1.920, o Ministério da Saúde possuía como área de competência, a política nacional de saúde; as atividades médicas e paramédicas; a ação preventiva em geral; vigilância sanitária de fronteiras e portos marítimos, fluviais e aéreos; o controle de drogas, medicamentos e alimentos; e as pesquisas médico-sanitárias em todo território nacional (SILVA e MAHAR, 1974). Essas atividades estavam vinculadas, desde 1930, ao então Ministério da Educação e Saúde Pública.

Era objetivo do Ministério da Saúde, trazer para a sua área de competência, a gestão da assistência médica supletiva. Diversos projetos, propostas e negociações políticas foram tentadas desde a sua criação. O Plano Nacional de Saúde (PNS) foi um desses projetos.

O cenário que se seguiu com a política de massificar a oferta à população dos serviços de assistência médica, a partir da criação do INAMPS, trouxe como conseqüências o constante achatamento nos valores dos honorários médicos e da remuneração dos demais prestadores de serviços credenciados. A queda constante na qualidade dos serviços e a crônica insuficiência de recursos, eram constantemente invocados, principalmente pelas entidades representativas dos médicos, para pressionar as autoridades políticas para estender a esse ministério a nova competência (CIEFAS, 2000).

A Constituição Federal de 1988 universalizou a obrigação do Estado e o direito do cidadão, mas os recursos para a execução dos programas básicos como os sanitários em geral, os de saúde pública, ou para fazer frente às epidemias e endemias e mesmo à assistência médica supletiva, continuavam sendo repassados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social ou pelo Tesouro Federal (MEDICI, 1994).

Era meta prioritária de praticamente todos os ministros que passaram pelo Ministério da Saúde, assegurar o suprimento constante de recursos através de impostos não declaratórios e específicos, para a execução dos objetivos, fato que somente ocorreria mais recentemente, e parcialmente (MAY, 1996).

Regulamentando o texto constitucional em 1990, a Lei Orgânica da Saúde estabeleceu as normas de gestão e funcionamento do Sistema Único de Saúde, estabelecendo um grande marco nessa área de políticas públicas.

Entretanto, mesmo a instituição da Contribuição Financeira da Seguridade Social (COFINS) pela Lei Complementar nº 70 de 30/12/1991, não amenizaria a escassez orçamentária desse ministério.

Em 1996, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada pela Lei 9.311, estabelecia a destinação exclusiva desses recursos para o Ministério da Saúde, especificamente para o Fundo Nacional de Saúde.

Tem-se, entretanto, que parte dos recursos arrecadados foram destinados para outras ações governamentais. Por esse motivo, o então Ministro da Saúde, Dr. Adib Jatene, que havia assumido pessoalmente o compromisso de melhorar os serviços de assistência médica e também toda a crítica da sociedade pela responsabilidade da instituição de mais um tributo, pediu exoneração do cargo.

#### 4.1.5 Sistemas de saúde

Os sistemas de saúde existentes em praticamente todos os países e disponibilizados para suas respectivas populações, são diferentes entre si e estão em constantes mudanças, provocadas por fatores relacionados a custos, acessibilidade, incorporação de novas tecnologias, demanda, qualidade, e mudanças políticas e econômicas (MOTTA apud NICZ, 1998).

Constituídos conforme o delineamento de uma opção político-ideológica estabelecida em determinado contexto e momento histórico de cada país, genericamente pode-se dizer que os sistemas de saúde distinguem-se por duas premissas básicas: a universalista e a assistencialista (MOTTA apud NICZ, 1998).

Nos sistemas de saúde universalistas os cidadãos têm direito à assistência médico-hospitalar oferecida pelo Estado, gratuitamente, custeada por impostos e taxas gerais (direito do cidadão), como os vigentes, por exemplo, na Inglaterra, França, Canadá, países ex-comunistas e outros.

Enquanto os sistemas de saúde assistencialistas pressupõem o enquadramento dos cidadãos em dois grupos: aqueles que contribuem para fundos de saúde públicos (previdência social na maioria dos países europeus – direito do contribuinte) ou privados (planos e seguros de saúde nos Estados Unidos – direito do consumidor), onde a assistência médico-hospitalar é organizada com os recursos financeiros desses fundos; e aqueles sem condições de contribuir para nenhum

fundo, e que são assistidos em suas necessidades pelo Estado e ou por entidades filantrópicas (direito de pobre) (MOTTA apud NICZ, 1998).

No Brasil foi adotada inicialmente a premissa *assistencialista*, através dos órgãos de assistência social, desde a criação das primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (1923), que evoluíram progressivamente para Institutos segmentados por categorias profissionais (1930), e depois com o INPS (1966) para a população urbana e o FUNRURAL (1971) para os rurícolas. Posteriormente, a assistência médico-hospitalar seria estendida a todos os contribuintes, exclusivamente pelo INAMPS (1977).

A promulgação da atual Constituição Federal em 1988, fundamentada na opção *universalista* feita pelos constituintes, estabeleceu na seção II, Artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal, integral e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988)

Mas a contínua dificuldade do Estado em cumprir com essa obrigação constitucional, aliada à falta de qualidade e de credibilidade desse serviço público, fizeram aumentar significativamente a procura da população por planos e seguros privados de saúde, principalmente no final da década de 80 (BUSS, 1995).

Atendendo exigência constitucional, a regulamentação do setor de assistência médica suplementar surge apenas em 1998 através da Lei 9.656, e com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2000, pela Lei 9.961.

Na prática, isto significou a retomada da opção *assistencialista*, onde a assistência médico-hospitalar não é mais assegurada apenas por órgão governamental. Desse modo, a população passa a ter acesso a esses serviços a partir das seguintes opções:

- a. *Sistema Único de Saúde (SUS)*: livre para todos os cidadãos que residam e ou trabalhem no Brasil, através da estrutura de serviços públicos ou da rede privada credenciada;
- b. *planos e seguros privados de saúde*: restrito a pessoas (e seus dependentes diretos) que de forma coletiva (empresas, associações, sindicatos) ou individual comprem planos das chamadas empresas de medicina de grupo, de empresas seguradoras ou de cooperativas médicas, com seus serviços médicos próprios ou credenciados;

- c. *planos empresariais: restrito aos empregados* (e seus dependentes diretos) de empresas que oferecem esses serviços como benefício ou salário indireto, total ou parcialmente, com administração própria ou terceirizada, com serviços médicos próprios ou credenciados.

Portanto, constata-se que a recente regulamentação da prestação dos serviços de assistência médica supletiva no Brasil, implementou profundas mudanças nas estratégias e estruturas das empresas, que atuam nesse setor desde 1966 e em suas relações com o mercado consumidor.

## **4.2 A Regulamentação da Assistência Médica Supletiva**

### **4.2.1 Alguns aspectos gerais sobre regulamentação**

O setor de assistência médica supletiva no Brasil se desenvolveu por mais de trinta anos sem qualquer regulamentação específica. E, depois de mais de uma década em discussão no Congresso Nacional, o modelo de regulação que emerge diferencia-se em relação às experiências internacionais.

A recente política de privatização da economia brasileira levou o poder público a estabelecer, genericamente, a regulação de diversas indústrias através de agências reguladoras. A questão, entretanto, é saber se esse modelo pode ser tomado como referência ,para o mercado de assistência médica supletiva.

Afastando-se a intenção de aprofundar o estudo sobre regulamentação, que não é o objetivo desse trabalho, cita-se, por oportuno, o modelo de Wilson (apud COSTA e RIBEIRO, 2001) que estabelece quatro tipos de políticas públicas, nomeando-as como *regulatória*, *auto-regulatória*, *distributiva* e *redistributiva*, segundo o cálculo dos custos e benefícios derivados da ação do governo.

Destacam-se aqui apenas os conceitos dos dois primeiros tipos, pela relação parcial com o caso brasileiro. Assim, a *política regulatória* é aquela que permite maior convergência entre os interesses afetados pela ação pública, porque pode oferecer soluções onde todos ganham. Ela possibilita aos atores de uma arena decisória a opção de consenso em torno de uma decisão, que possa produzir externalidades positivas, bens públicos e equilíbrio (transitório) nas regras de competição.

A *política auto-regulatória* é aquela que atribuí *status* público a grupos de interesses e que concentram benefícios para determinados grupos. O poder público delega a terceiros a função de regulação dos próprios parceiros ou pares. Essa política oferece aos membros do grupo, que regulam a si mesmos, a opção de maximizar os benefícios pelas decisões lenientes e autoreferidas. Os conselhos profissionais são exemplos de delegação, de poder regulatório pelo poder público. Nesse caso, o resultado da política pública tende para um claro déficit de benefícios para cidadãos e comunidade nas situações de conflito de interesse.

Dois problemas institucionais relevantes para a função regulatória frente ao risco da captura por interesses particularistas são apontados por Przeworski (apud COSTA e RIBEIRO, 2001):

- a. como instrumentar o Estado para que intervenha de modo positivo;
- b. como induzi-lo a agir bem, gerando credibilidade para as funções de regulação e previsibilidade nas decisões das elites públicas.

Para buscar a superação desses riscos, desenvolveu-se um novo paradigma organizacional para função regulatória: a delegação de expressivo poder decisório a instituições independentes, para o controle das empresas de provisão de serviços de utilidade pública e outras atividades de relevância pública. Nesse caso o poder público necessita exercer um efetivo controle sobre as agências, para as quais outorgou tal função.

Na visão de Majone (apud COSTA e RIBEIRO, 2001), o problema da delegação de poder pode ser dividido em dois aspectos: pelo tipo de assunto que deva ser delegado à *expertise* independente; e pela criação de meios indiretos pelos quais a responsabilidade possa ser exercida sobre as agências.

Em relação ao primeiro aspecto, defende que a delegação de poder é legítima nos temas relacionados à eficiência podendo gerar bens públicos. Em relação ao segundo, os instrumentos de responsabilização, uma agência independente deve ser monitorada e mantida por uma combinação de instrumentos de controle: pela definição clara e específica de objetivos institucionais; pela responsabilização dos resultados; pela impessoalidade no cumprimento das regras; pelo grau de profissionalismo; pela transparência; e pela forma de participação pública.

#### 4.2.2 Objetivos da regulamentação sobre o setor

Na maioria dos países a regulação é feita a partir da atividade econômica em si, atuando sobre as empresas do setor, garantindo suas condições de solvência e a competitividade do mercado. No Brasil a opção foi por regular também - e fortemente - o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde, com medidas inovadoras como a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos (MS/ANS, 2001).

Nos setores industriais de monopólio natural, as agências regulatórias foram criadas no marco da reforma do Estado e orientadas para a formação e diversificação de mercados. A Lei 9.656, ao contrário, surge em função das *falhas de mercado* observadas nas relações entre as operadoras de planos e seguros de saúde e os consumidores.

Nesse contexto, o maior desafio é combinar os objetivos da política pública com os objetivos do modelo regulatório, principalmente quando a função regulatória é para a provisão de bens ou serviços, cuja oferta direta pelo mercado é conflitante, como é o caso da saúde.

Outro desafio ainda a considerar, segundo Costa e Ribeiro (2001), é a complexidade dos fatores específicos de formação da demanda de saúde que condicionam a política pública setorial:

- a. transição demográfica (envelhecimento da população);
- b. transição epidemiológica (doenças crônicas e emergentes);
- c. inovação tecnológica (que nem sempre reduz custo e é cumulativa);
- d. ampliação da capacidade terapêutica da atenção à saúde, gerando necessidades crescentes;
- e. mudança na percepção da necessidade do usuário/cidadão/consumidor, com a crescente demanda por atenção customizada, e por alta tecnologia;
- f. autonomia decisória médica, com implicações sobre a estrutura de custos da atenção à saúde;
- g. ênfase no tratamento intra-hospitalar e em estratégias curativas.

Considerando-se também as demandas e as queixas dos consumidores sobre a natureza dos contratos e as imposições

unilaterais das empresas, no canário nacional, os principais problemas desse mercado na visão de Costa e Ribeiro (2001) são:

- a. falhas na cobertura e exclusão de procedimentos;
- b. cobrança ou cobertura irregular para portadores de doenças preexistentes;
- c. exigências indevidas para a admissão de usuários;
- d. erros nas condições de validade e de rescisão dos contratos;
- e. prazos de carência irregulares;
- f. indefinição nas regras de relacionamento entre operadoras e consumidores;
- g. descumprimento das normas de atendimento de urgências e emergências;
- h. insuficiência na abrangência geográfica do seguro;
- i. falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas;
- j. negação de portabilidade dos contratos, entre outros itens.

Contrariamente, às demais políticas setoriais, verifica-se no setor uma crescente "tecnificação" da política, com predominância das razões econômicas, em substituição da "política" propriamente dita (COHN, 1999);

A complexidade da missão pública, para a regulação dessa indústria, e as controvérsias verificadas nos debates, em torno da normatização, podem ser dimensionadas claramente pela sucessiva publicação da Lei 9.656, através das mais de 40 Medidas Provisórias, que alteraram o texto original publicado em 03/06/1998.

Com o objetivo de propor o aprimoramento da legislação e das práticas de regulação da assistência médica supletiva e reafirmar os compromissos em torno da necessidade de normatização de coberturas e monitoramento das operadoras, o Congresso Nacional em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde (CONSU), promoveram em Brasília nos dias 28 e 29 de agosto de 2001 o Simpósio - Regulamentação dos Planos de Saúde.

Esse simpósio procurou refletir sobre o impacto e perspectivas do atual arcabouço regulatório, após três anos de vigência da Lei 9.656, reunindo representantes dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, das operadoras de planos de saúde, dos prestadores de serviços, das entidades de defesa do consumidor, usuários, dos conselhos de saúde e pesquisadores, de notório saber sobre o tema.

Procurando articular a negociação, dos diversos interesses no processo de regulamentação, o simpósio levou ao debate as questões pertinentes didaticamente agrupadas:

- a) *primeiro grupo de questões*: Como adequar a assistência médica supletiva aos referenciais do Sistema Único de Saúde ao direito de atuação das operadoras? Como assegurar o direito à saúde para os cidadãos brasileiros cobertos e não cobertos por planos privados de saúde? Como estabelecer normas e parâmetros, que considerando as superposições financeiras e assistenciais entre o SUS e as operadoras de planos de saúde, estejam voltadas à equidade e garantias de acesso e qualidade aos serviços de saúde?
- b) *segundo grupo de questões*: Como desenvolver um suporte técnico para apoiar as operadoras, que necessitem, a constituírem as reservas requeridas pela legislação? Como aperfeiçoar as regras para a regulação de preços dos prêmios, levando em conta toda a cadeia de agentes privados e públicos envolvida com os planos de saúde? Como viabilizar a portabilidade dos planos e, conseqüentemente, ampliar a mobilidade e as possibilidades de escolha dos consumidores? Como estimular a adoção de práticas assistenciais eficientes e eficazes e a realização de parcerias das operadoras de planos de saúde com os gestores municipais e estaduais, para a realização de ações voltadas à melhoria das condições de saúde?
- c) *terceiro grupo de questões*: Qual deve ser o grau de autonomia e subordinação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ao Ministério da Saúde? Como a ANS se relaciona com o Poder Legislativo? Como articular a ANS com os Conselhos e Conferências de Saúde? Como as entidades de representação de usuários, operadoras, prestadores de serviços e de instituições de ensino e pesquisa se relacionam com a ANS?

A par desses questionamentos - que o simpósio procurou não só responder, mas encaminhar soluções de consenso, e conflitos de interesses entre as operadoras, consumidores, prestadores e gestores de serviços públicos e privados -, considera-se a regulamentação até aqui como um avanço por conformar um inovador patrimônio conceitual e de práticas para o setor saúde a ser enriquecido permanentemente.

Inserida na estrutura do poder público, como entidade subordinada ao Ministério da Saúde e tendo como órgão normativo o Conselho Nacional de Saúde (órgão interministerial), a ANS tem por atribuição os seguintes objetivos gerais instituídos pela Lei 9.961, de 28/01/2000:

- a. assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso;
- b. definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor;
- c. definir e implementar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras, que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde, contratados pelos consumidores;
- d. dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- e. estabelecer mecanismos de controle da abusividade de preços;
- f. definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor (MS/ANS, 2001).

Nesse sentido, com base no texto legal, a agência estabeleceu critérios e classificações para os agentes e produtos desse mercado, assim:

- a. *quanto à classificação das empresas do setor*: empresas seguradoras, empresas operadoras de planos de saúde, empresas administradoras de planos de saúde e as de autogestão;
- b. *quanto à cobertura assistencial dos produtos* (planos de saúde): plano referência, ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia e plano odontológico, podendo haver planos com as combinações destas coberturas;

- c. *quanto aos preços dos produtos*: fixou sete faixas etárias, sendo que a diferença de preços entre elas não ultrapasse determinado percentual e proibiu reajuste para faixas etárias acima de 60 anos de idade;
- d. *quando a abrangência territorial*: produtos de abrangência nacional, regional e local.

Com o objetivo de fiscalizar o ingresso e saída desse setor e dar suporte às operadoras, a ANS implementou os seguintes mecanismos:

- a. plano de contas padrão para as empresas operadoras;
- b. prazo para adaptação dos contratos antigos às novas exigências assistenciais;
- c. elaboração de nota técnica atuarial para registro de produto;
- d. constituição de reservas por parte das operadoras como garantia de continuidade na prestação dos serviços;
- e. sistema de informações periódicas sobre morbidade e mortalidade;
- f. taxa por plano de saúde com base no número de usuários cadastrados; g) ressarcimento ao SUS pelo uso desses serviços por parte dos usuários cadastrados nas operadoras;
- g. rol de procedimentos médicos/odontológicos a serem cobertos nos diversos tipos de planos; i) procedimentos de alta complexidade para cobertura parcial temporária;
- h. imputou responsabilidades aos diretores das empresas (MS/ANS, 2001).

Cabe destacar ainda que, no plano organizacional, a ANS possui como órgão consultivo a Câmara de Saúde Suplementar, que representa o ambiente no qual os interessados nos resultados da política formulam e pactuam soluções. A Câmara de Saúde Suplementar é formada por representantes dos órgãos de defesa dos consumidores, das entidades médicas e dos provedores de serviços, das operadoras, do CONSU e técnicos da própria ANS.

Tem-se que qualquer ação do poder público, em inserir políticas reguladoras em setores da economia, ocasiona forte impacto nos seus agentes. Nesse caso, verifica-se a complexidade da tarefa, sob incumbência da ANS, a partir dos embates e polêmicas protagonizadas pelas diversas instituições e agentes sociais interessados no tema:

- *das operadoras*: recorrem aos tribunais para questionar o poder regulatório da ANS, a legalidade da taxa de saúde suplementar, a inconstitucionalidade do ressarcimento ao SUS, pelos serviços prestados aos usuários, a intervenção no controle de preços e nos contratos antigos, etc;
- *dos órgãos de defesa dos consumidores*: a não aceitação dos índices de reajustes de preços e revisão da rede assistencial de prestadores de serviços das operadoras; e, recursos judiciais para assegurar aos consumidores a cobertura de serviços médicos, independente do tipo de contrato e da abrangência territorial;
- *das entidades representativas da classe médica*: questionam os valores da remuneração dos serviços pagos pelas operadoras; discordam das limitações impostas aos usuários, quanto à definição do que seja doença ou lesão pré-existente e procedimentos de alta complexidade; são contrárias ao descredenciamento de médicos efetuado pelas operadoras (Resolução CFM nº 1.616); negam o poder de veto aos médicos auditores das operadoras, às condutas clínicas/terapêuticas estabelecidas e/ou propostas pelos médicos assistentes (Resolução CFM nº 1.614) e os mecanismos de atenção médica gerenciada (*managed care*), por afetarem tanto a autonomia médica como a capacidade de escolha do paciente.
- *do Ministério Público*: exigência da conclusão de toda a regulamentação no prazo de 90 dias, cumprindo cada uma das 34 atribuições estabelecidas pela ANS através da Lei 9.961/00.

As conclusões do Simpósio - Regulamentação dos Planos de Saúde -, após três anos de regulamentação do setor, são de que há necessidade do aprofundamento do debate, para o aprimoramento das normas legais e da sua operacionalização, através de uma agenda ampliada; e a inclusão de alguns temas que ainda não constam na pauta da regulamentação, dentre os quais cita-se as relações entre os provedores de serviços e as operadoras.

#### 4.2.3 Efeitos da regulamentação sobre a indústria

Além das reações, a cerca da regulamentação da assistência médica supletiva, manifestada pelos diversos segmentos da sociedade - principalmente pelos atores afetados diretamente -, algumas conseqüências não previstas, *a priori*, merecem destaque.

Uma delas, prevista na Lei 9.656, diz respeito à abertura do setor para a participação de empresas estrangeiras, constatando-se o total desinteresse das mesmas.

A *Cygna Internacional*, a única exceção, associou-se primeiramente a *Golden Cross* em 1997 e, por divergências na condução dos negócios, desfez a sociedade em 1999. Em seguida, adotando a estratégia de aquisições, comprou a *Amico*, da capital paulista, com planos de comprar outras empresas no País. No ano passado, depois de sucessivos prejuízos, e da incerteza em face das constantes alterações na regulamentação do setor, anunciou sua saída do mercado.

Tem-se, também, como +conseqüência quase imediata da regulamentação, a "debandada" da clientela das operadoras. Estima-se que, até meados de 1998, o setor contabilizava mais de 35 milhões de usuários inscritos nas diversas modalidades de planos de saúde ofertados pelas operadoras em atividade. Ao final de 2001, segundo dados da própria ANS, o setor contava com pouco mais de 29 milhões de usuários. Essa constatação levou a conclusão de que mais de 6 milhões de usuários retornaram às filas do SUS, causando preocupação ao poder público.

Pode-se, então, afirmar que dentre as principais causas desse fato está a elevação dos preços dos planos de saúde, provocados pelas novas exigências nos padrões de coberturas assistenciais estabelecidos pela legislação.

Nesse sentido, atribui-se como emblemática, a cerca da regulamentação, a manifestação do Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), que congrega um grupo representativo de operadoras, quando diz que: "- Essa lei precisa ser alterada. Os planos de saúde ficaram engessados e caros demais para atrair novos associados porque tivemos que absorver custos que antes não tínhamos obrigação. A migração para a rede pública é crescente" (FÓRUM..., 2003).

No Quadro 3 pode-se visualizar o universo de usuários que utilizam os serviços de assistência médica supletiva no Brasil, distribuídos entre os subsegmentos conforme a classificação da ANS, bem como o número de operadoras em atividade registradas na agência.

QUADRO 3 - DISTRIBUIÇÃO DO MERCADO CONSUMIDOR POR TIPO DE OPERADORA

Tipo de operadora	Nº de operadoras	Quant. de usuários	Percentual
Medicina de Grupo	730	17.800.000	42,3%
Autogestão Planos administrados	280	8.000.000	19%
Seguradoras	30	5.300.000	12,5%
Cooperativas médicas	392	11.000.000	26,2%
Total	1426	42.100.000	100%

FONTE - ABRASPE (2002)

Destaca-se para melhor avaliação que, os 29 milhões de usuários assistidos por planos e seguros de saúde em 2001, informados pela ANS, deve-se considerar o fato de que até aquela data a agência ainda não havia consolidado o seu cadastro plenamente. E, também, que a ANS não tem computado os mais de 6 milhões de usuários assistidos, pelos planos de saúde ligados aos órgãos públicos federais, estaduais e municipais (ex.: funcionários do TRE, TRT, etc.). Em dezembro de 2002 a ANS divulgou através de sua *home page*, que tem computado em seu cadastro 35 milhões de usuários.

Entretanto, um quadro ainda mais preocupante sobre as condições do setor, após três anos de vigência do texto legal, foi divulgado pela ANS referente aos dados computados até o terceiro trimestre do ano passado, onde as 1.514 operadoras de planos de saúde registradas na agência apresentam a seguinte situação econômico-financeira: 314 operavam no vermelho e outras 145 estavam com patrimônio líquido negativo; ou seja, 30% das operadoras atravessam dificuldades financeiras. Estas informações foram pesquisadas no site da ANS ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

Segundo dados da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras da ANS, o quadro pode ficar ainda pior com o fechamento dos dados do último trimestre de 2002, devido ao impacto do câmbio que explodiu naquele período elevando os custos do setor.

Ainda, segundo a mesma diretoria, a qualidade dos serviços melhorou, mas a situação econômico-financeira das empresas piorou. A lei onerou as empresas, porque elas tiveram de ampliar as coberturas dos planos de saúde e investir na parte administrativa do negócio. As empresas estão com lucro operacional (lucro obtido com a operação de venda) declinante e muitas operam com resultado nulo. O lucro, quando ocorre, é financeiro. Até setembro, a rentabilidade média (lucro sobre o patrimônio líquido) das operadoras ficou em 3%. Já as seguradoras, que representam apenas 13% no faturamento do sistema privado de saúde, obtiveram uma rentabilidade melhor, de 9,6%.

Contudo, boa parte dos problemas financeiros do setor, é anterior às mudanças exigidas pela nova legislação. As operadoras de planos de saúde carregam dívidas pesadas, decorrentes de investimentos feitos em equipamentos, a maioria importado, e que sobem de valor a medida em que o dólar se valoriza. Essa estratégia de investimentos, adotada por diversas operadoras, com a implantação de serviços próprios como laboratórios e hospitais, teve por objetivo a redução de custos e a concorrência no setor, além da expectativa, quanto aos ditames da legislação (BALBI, 2003).

Segundo uma diretora da ANS, em reportagem publicada na mesma edição da Folha de São Paulo, na maioria dos casos as empresas que estão com patrimônio líquido negativo encontram-se nessa situação devido aos débitos fiscais. "As cooperativas médicas, por exemplo, não pagam o ISS (Imposto sobre Serviços), alegando que são isentas. Muitas operadoras não recolhem impostos e outras estão no Refis (programa de refinanciamento de dívidas com a Receita Federal e o INSS)".

E continua...

Mesmo com as receitas bilionárias (faturamento estimado para o ano passado em 26,5 bilhões de reais), as operadoras não conseguem dar conta dos aumentos de custos. "A inflação do setor é sempre mais elevada do que os índices oficiais de inflação".

Um indicador da pressão de custos é o chamado "índice de sinistralidade" do setor. Esse índice é calculado com base nas receitas das empresas, nos custos

dos serviços e na frequência de uso desses serviços pelos usuários dos planos de saúde. Esse índice saltou de 79%, em 1999, para 82% no ano passado.

A afirmação de um consultor das empresas seguradoras, que operam no subsegmento de seguro saúde, é contundente: “para que as empresas possam remunerar o capital investido, o índice de sinistralidade teria de ser de no máximo 75%, que é o padrão internacional. O sistema está todo errado. Não satisfaz o consumidor nem o médico e não remunera o acionista das empresas” (RODRIGUES, 2003).

Antes da regulamentação, as empresas com dificuldades iam definhando até quebrarem, deixando os consumidores sem amparo. A Lei 9.656 impede a falência dessas empresas, permitindo que a ANS intervenha na sua administração quando são detectados problemas.

O primeiro passo da ANS nesses casos é pedir às empresas em dificuldades que apresentem um plano de recuperação. Nos casos mais graves, a agência reguladora faz uma intervenção branca na operadora, chamada de "direção fiscal".

Em 2002, a ANS pediu planos de recuperação para 79 empresas: 34 foram aprovados e 45 estão em análise. Atualmente, há 51 empresas sob "direção fiscal", ou seja, com um funcionário da agência dentro da empresa, ajudando sua direção a levantar a real situação financeira.

Quando a empresa não tem condições de ser recuperada a ANS determina a transferência da carteira de clientes para outra operadora, via leilão ou negociação direta. Em 2002, 13 empresas, que sofreram liquidação extrajudicial, tiveram seus clientes repassados para outras operadoras.

O monitoramento por parte da ANS, porém, não é suficiente. Segundo a visão de uma diretora da agência, o maior problema das empresas ainda é a qualidade da gestão. "Elas têm de se profissionalizar, pois estão pouco preparadas para fazer frente à complexidade do negócio".

Outra recomendação é a redução de custos e do número de procedimentos médicos através da aplicação de mecanismos de prevenção aos seus usuários evitando doenças futuras.

Mas o grande desafio das operadoras de planos de saúde será buscar ganhos de escala (atender a um número maior de usuários) o que, inevitavelmente, levaria a uma concentração do setor em um número menor de empresas. Trata-se

de uma saída de difícil viabilização: "O Estado não induz a uma concentração do setor, pois não se propõe a colocar recursos nas empresas". Como há muitas operadoras com problemas "ninguém quer comprá-las", afirma essa mesma diretora da agência (RODRIGUES, 2003).

Na visão de Rocha (1992), "a limitação da escala da economia das diversas empresas que operam no ramo de saúde supletiva, não só as de seguro saúde como as de medicina de grupos, é que determinam as restrições à doenças onerosas e à velhice, sendo estas restrições próprias do caráter mercantil da sua atividade atual. E fica muito claro que estas empresas devem obedecer a lógica mercantil.

Objetivando ilustrar os conflitos, incertezas e impactos da regulamentação sobre a indústria da assistência médica supletiva, transcreve-se no Anexo C algumas opiniões especializadas e o movimento estratégico de algumas operadoras, publicadas na mídia desde a data da vigência da Lei 9.656.

Numa das publicações constantes desse Apêndice, vê-se que a estratégia da Amil, de investir em estruturas próprias de atendimento médico para reduzir custos, é também a visão das maiores operadoras, inclusive as cooperativas UNIMED. Por esse motivo tem-se como bastante ilustrativo o Quadro 4.

QUADRO 4: RECURSOS PRÓPRIOS DAS UNIMEDS E EMPRESAS DE MEDICINA DE GRUPO

<b>Recursos próprios</b>	<b>Unimed</b>	<b>Medicina de Grupo</b>
Hospitais	63	250
Pronto-atendimentos	69	-
Leitos	2.762	23.500
Centros de diagnósticos	37	175

FONTES: ABRAMGE (2002) E UNIMED (2002)

Por outro lado, tem-se que o Código de Defesa do Consumidor, instituído pela Lei nº 8078 de 11/09/1990, trouxe uma dimensão nova para as relações econômicas em geral e para o mercado de assistência médica supletiva especificamente. Suas implicações podem ser dimensionadas no texto de apresentação da lei, quando de sua publicação no Diário Oficial da União, onde consta essa sinalização:

[...] Garantir os direitos do consumidor é hoje uma necessidade para o avanço do processo democrático, dos direitos humanos e da cidadania, e também para um justo desenvolvimento econômico e social do País. Uma economia aberta e cada vez mais globalizada precisa de consumidores participantes, capazes de exigir serviços e produtos com preço justo e qualidade adequada, possibilitando sua satisfação nas relações de consumo e uma qualidade de vida cada vez melhor. ...O Ministério da Justiça, por meio da Secretaria de Direito Econômico e do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor, busca, com esta publicação, contribuir para a conscientização e educação dos consumidores e fornecedores, investindo dessa forma no resgate da cidadania, apoiado no reconhecimento dos direitos do consumidor. (CALHEIROS, 1990)

Cita-se no Anexo D, alguns dados resultantes das ações do Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) que imprimiram, em toda a sociedade, uma nova cultura de consumo, especialmente quanto às questões que envolvem o setor de planos de saúde.

Procurou-se, até aqui, construir um arcabouço que possibilite visualizar adequadamente o ambiente onde se insere a organização estudada, com dados históricos, visões e ações políticas, fatos, informações e opiniões pertinentes, bem como as premissas que orientaram os agentes e entidades que, direta ou indiretamente, determinaram os rumos, as formas e as relações nesse mercado.

Verifica-se que o governo, com suas controversas posições políticas, aliadas à incapacidade gerencial e à escassez de recursos, propiciou o surgimento e o crescimento da indústria de planos de saúde. Nesse sentido contribuiu também o crescimento industrial e a urbanização do País, a partir do final dos anos 60.

A indústria da assistência médica suplementar se desenvolve em um ambiente desregulamentado, com o surgimento de empresas constituídas sob diversas formas, oferecendo uma gama variada de produtos e serviços e variados tipos de contratação.

Nesse cenário surge a UNIMED que, guiada pela visão filosófica e empreendedora de seu líder, rapidamente se expande para todo o País, assumindo atualmente a liderança nesse setor.

A complexidade que emerge desse ambiente é inegável e decorre, dentre outros motivos, da essencialidade, da responsabilidade pública e dos interesses antagônicos sobre o setor.

## 5. O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ESTRATÉGICA DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS

Entende-se que, para a compreensão dos dados primários da pesquisa a serem apresentados nesse capítulo, deve-se, primeiramente, ter a percepção histórica e estrutural do Sistema UNIMED, onde se insere a UNIMED de Florianópolis.

O Sistema UNIMED compõe, a princípio, o ambiente externo da empresa objeto desse estudo. Porém, em razão das características próprias das empresas cooperativistas e da forma como elas se estruturam e interrelacionam, nesse caso, dentro do segmento cooperativo de trabalho médico, estabelece forte influência na mudança e adaptação estratégica da UNIMED de Florianópolis, sendo responsável, inclusive, pela sua fundação.

Assim, optou-se por apresentar os dados em duas seções. Na primeira, relata-se os ideais que moveram os fundadores da UNIMED pioneira, a trajetória, a configuração do Sistema UNIMED e as características do Complexo Empresarial Cooperativo UNIMED. Outros eventos importantes e as novas estruturas criadas dentro do Sistema UNIMED são citadas no transcurso da segunda seção, quando apresentarem significância para o estudo da adaptação estratégica da empresa objeto desse estudo. Esses dados foram coletados de forma documental, bibliográfica e através de informantes.

Na segunda seção, são apresentados e analisados os dados primários da pesquisa, apoiados por documentos, precedidos por um breve histórico da UNIMED de Florianópolis, seus objetivos, área de ação e os primeiros tempos de fundação, entre 1971 e 1984.

A coleta e a análise dos dados serão desenvolvidas conforme o método *Direct Research*, proposto por Mintzberg e McHugh (1985), seguindo os referenciais teóricos e metodológicos, que suportam esse estudo, para alcançar os objetivos gerais e específicos.

## 5.1 Apresentação E Análise Dos Dados

### 5.1.1 UNIMED - a trajetória da organização cooperativista

O texto legal (Lei 5.764) que regula e dá forma à constituição do Sistema UNIMED é ferramenta imprescindível para se obter uma visão adequada da empresa, objeto desse estudo. Por isso transcreve-se no Anexo E, os primeiros artigos dessa lei. E no discurso de posse da primeira diretoria da primeira UNIMED, transcrito no Anexo F, vê-se os ideais, as idéias e as circunstâncias que moveram os pioneiros:

#### a) A UNIMED de Santos

O ano: 1967. O local: a cidade de Santos- São Paulo. O cenário: o mercado de trabalho médico ameaçado pelas empresas de medicina de grupo, com a intermediação lucrativa da assistência médica, o aviltamento da remuneração dos honorários desses profissionais, pelo sistema público de assistência médica (INPS) e a crescente interferência de terceiros nas relações médico/paciente.

A primeira cooperativa médica do País, *a União dos Médicos de Santos* (UNIMED SANTOS), foi fundada em 18 de dezembro de 1967 por 22 médicos e pelo então presidente do Sindicato dos Médicos de Santos, Dr. Edmundo Castilho, que teve o primeiro contato com o cooperativismo por intermédio do Dr. Alípio Correia Neto, que lhe transmitiu uma experiência realizada em Dallas, nos Estados Unidos, em 1929, destacando que o ponto forte do cooperativismo era a luta contra a intermediação.

Em seguida, Castilho identificou-se com o cooperativismo através da leitura dos socialistas utópicos: *A Utopia*, de Thomas More; e *Contrato Social*, de Jean-Jacques Rousseau. E com eles, o conhecimento de experiências praticadas em modelos de sociedades, aplicadas por Charles Fourier (Falanstérios) e Robert Owen (New Harmony):

É o Dr. Castilho quem afirma:

Foi baseado na experiência de Rochdale, que eu me encontrei filosoficamente. Os tecelões do norte da Inglaterra me mostraram as respostas, com a doutrina cooperativista, solucionando as minhas inquietações marxistas, no campo econômico, político e social. Hoje, sou um cooperativista convicto, por entender

que esta doutrina fará as grandes revoluções necessárias para se plasmar um novo ordenamento, calcado em relações humanas despidas de explorações ou exclusões socioeconômicas. (VIVEIROS, 1999)

Crescia o interesse dos médicos pela "experiência de Santos", propagada pelo Dr. Edmundo Castilho em suas palestras. Assim, muito rapidamente surgiu em Piracicaba a segunda UNIMED (14/12/1970), a terceira em Campinas (17/12/1970), depois em São José dos Campos, Londrina, Belo Horizonte, Ribeirão Preto, etc. não sem as resistências e pressões locais de interesses contrários aos ideais cooperativistas, por ele preconizados.

Mas foi uma entrevista da Dra. Zoé Moncorvo - da empresa Sociplan que na época havia sido contratada para implementar toda a estrutura e processos organizacionais da UNIMED de Santos, publicada na revista "Médico Moderno" -, que efetivamente contribuiu para a divulgação da idéia. A partir dela, o Dr. Castilho passou a ser procurado por médicos de todo o País. E assim foram surgindo as cooperativas nos estados da Paraíba, Bahia, Ceará, Brasília, Rio de Janeiro, etc.

#### **b) A UNIMED do Brasil - Confederação**

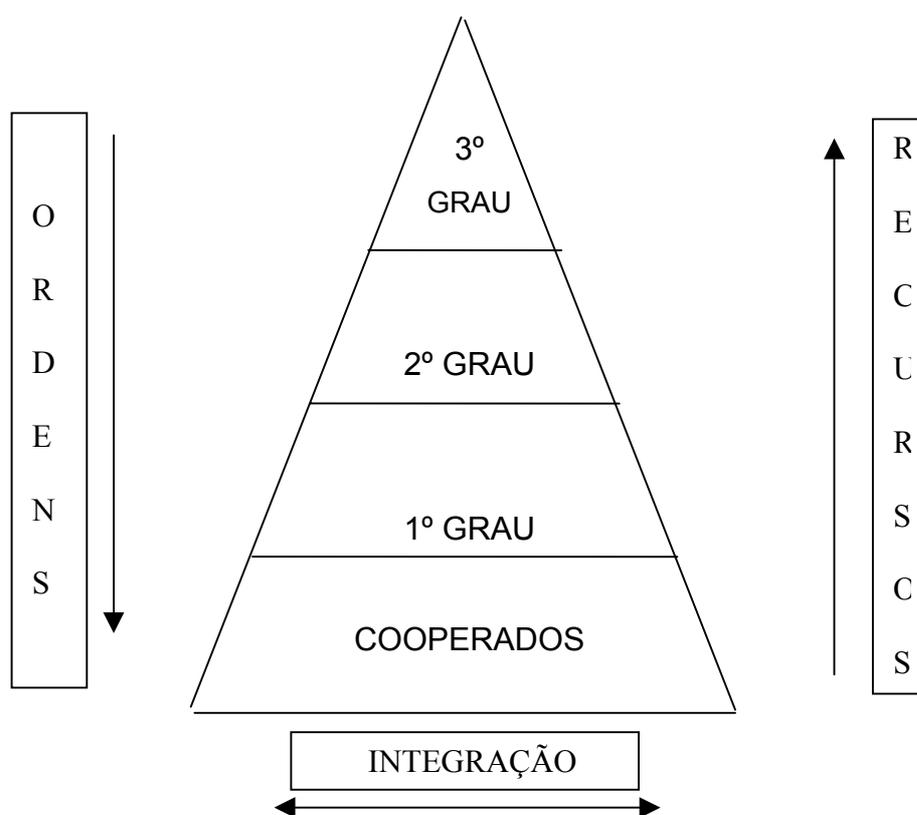
Assim, já em 1972, com quase cem cooperativas singulares (1º grau) constituídas, o processo de expansão vertical do sistema se ampliou, com a fundação das Federações (2º grau) do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Minas Gerais, somadas à Federação das Unimed's do Estado de São Paulo que já funcionava. O Sistema Nacional UNIMED sedimenta-se plenamente a partir deste mesmo ano, com a criação da Confederação Nacional (3º grau), a UNIMED do Brasil.

A UNIMED do Brasil - Confederação Nacional das Cooperativas Médicas Ltda., tinha por objetivos facilitar a criação e o planejamento de cooperativas médicas em outros estados, unificar a imagem do grupo, o patrimônio industrial e a logomarca. "Nós temos de fortalecer e solidificar a imagem da Unimed, para que, no futuro, ela seja tão forte e conhecida quanto a Coca-Cola", profetizou Dr. Castilho. Mais tarde, ela foi responsável pelo desenvolvimento de sistemas informatizados, formulários e produtos padronizados, disseminando-os dentro do Sistema.

A descrição até aqui, da forma como o Sistema Cooperativo UNIMED se desenvolveu e estruturou, a partir da visão do seu líder, conforme o que preconiza a Lei 5.764, de 16/12/1971, cujos artigos do texto legal transcreve-se no Anexo G.

A Figura 5 apresenta o modo como se estruturam, hierarquicamente, as organizações cooperativistas no Brasil e proporciona uma visão sistêmica dos relacionamentos.

FIGURA 5 - ESTRUTURA HIERÁRQUICA DAS ORGANIZAÇÕES COOPERATIVISTAS NO BRASIL



FONTE: ADAPTADO DE IRION (1997)

### c) O Sistema Nacional UNIMED (SNU) e a UNIMED Participações

A criação de cooperativas médicas crescia vertiginosamente, e no início dos anos 80, vislumbrou-se que os limites doutrinários e legais limitavam suas ações no mercado, indicando que algumas tarefas somente poderiam ser executadas por entidades não cooperativistas. Iniciou-se assim a fase de "integração paralela", com a implantação do sistema empresarial e institucional sob controle da UNIMED, cujo

objetivo era complementar os serviços prestados aos médicos cooperados e criar condições para o pleno desenvolvimento das cooperativas.

Assim, em 1984, foi criada a instituição denominada Sistema Nacional UNIMED Sociedade Civil Ltda. (SNU), entidade sem fins lucrativos com múltiplos objetivos empresariais, inclusive com as funções de *holding*, que serviu para a implantação de outra empresa sob seu controle, a UNIMED Corretora de Seguros" (IRION, 1997).

Em 1988 o SNU daria lugar À UNIMED Participações S/C Ltda., cujo capital foi integralizado com recursos e patrimônios das principais cooperativas do sistema. A visão de Castilho era dotar o Sistema UNIMED de uma seguradora, com o objetivo de enfrentar adequadamente a concorrência, que se acirrava. E foi por exigência da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), que a controladora e proprietária da maioria das ações da UNIMED Seguradora, a ser constituída, deveria ser uma empresa de capital.

Constituída com esse objetivo específico, a UNIMED Participações contribuiu para a prosperidade econômica das cooperativas associadas e das empresas controladas, cujas funções são: pesquisar e o desenvolver projetos para a captação de recursos financeiros; promover campanhas que visam a adesão de novos associados e participar da elaboração do planejamento estratégico empresarial do sistema, prestando assessoria na gestão dos negócios. Teve papel importante nos projetos de implantação dos serviços próprios em diversas cooperativas singulares e foi à semente do Complexo Empresarial Cooperativo UNIMED.

#### **d) Fundação UNIMED e Universidade UNIMED**

A esta altura, em todas as cooperativas do sistema UNIMED já funcionavam os "Comitês Educativos", com o objetivo de sedimentar a doutrina cooperativista entre os médicos cooperados e que, em 1995, deram origem à Fundação Centro de Estudos UNIMED.

A Fundação CEU, assim chamada, instalada na cidade de Contagem, região metropolitana de Belo Horizonte, era responsável pela divulgação da doutrina cooperativista, pelo treinamento de dirigentes e funcionários, pelo apoio educacional e cultural, depositária dos acervos e concentradora dos talentos do sistema Unimed.

Dr. Castilho preconiza: “[...] Sem doutrinação, nós vamos ser eternamente considerados sinônimos de plano de saúde, quando, na realidade, nós somos a proposta revolucionária de um paradigma moderno para a medicina, não só do Brasil, mas do mundo” (VIVEIROS, 1999).

Dois anos mais tarde a Fundação CEU foi transformada na Fundação UNIMED que, além das funções que já desenvolvia, passou a contribuir para a articulação de ações de responsabilidade social, voltadas para a comunidade, alicerçada na doutrina cooperativista. E, com a criação da Universidade UNIMED, a atuação da Fundação passa a ser desenvolvida através de três núcleos: Núcleo Educacional (Universidade Unimed), Núcleo de Projetos Sociais e Núcleo de Pesquisas.

Assim, o Sistema UNIMED passa a contar com uma Universidade Corporativa, planejada para proporcionar a adequação profissional dos cooperados e colaboradores às novas e crescentes exigências do mercado.

### 5.1.2 O Complexo empresarial cooperativo UNIMED

O crescimento do sistema de cooperativas de trabalho médico UNIMED, alavancado pela necessidade de integração, logo atingiu maturidade nos três graus da hierarquia estabelecidos pela lei cooperativista.

Mas o sistema foi além. Movido ainda pela mesma visão empreendedora e com o objetivo de alcançar a estrutura adequada para enfrentar um setor extremamente competitivo estabeleceu, gradativamente, o Complexo Empresarial Cooperativo UNIMED, conforme faculta a Lei 5.764, no artigo transcrito a seguir.

Art. 88. Mediante prévia e expressa autorização concedida pelo respectivo órgão executivo federal, consoante as normas e limites instituídos pelo Conselho Nacional de Cooperativismo, poderão as cooperativas participar de sociedades não cooperativas públicas ou privadas, em caráter excepcional, para atendimento de objetivos acessórios ou complementares.

Parágrafo único. As inversões decorrentes dessa participação serão contabilizadas em títulos específicos e seus eventuais resultados positivos levados ao "Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social".

A descrição proposta por Irion (1997), que divide o Complexo em seis vertentes, possibilita uma visão sistêmica, conforme se apresenta no Anexo B.

Na análise do complexo identifica-se a prática da integração mais completa que se possa imaginar, realizando tarefas principais (executadas pela vertente trabalho), tarefas complementares (executadas pelas vertentes crédito e consumo), tarefas suplementares (executadas pela vertente empresarial), e tarefas institucionais (executadas pela vertente institucional). (IRION, 1997)

O organograma transcrito no Anexo J, fornece outra visão do Complexo Empresarial Cooperativo UNIMED agora em seus três eixos:

- o Sistema UNIMED de cooperativas, vinculado à UNIMED do Brasil
- (Confederação);
- as cooperativas no exterior, vinculadas à UNIMED Internacional;
- as empresas coligadas vinculadas à UNIMED Participações.

## **5.2 A UNIMED DE FLORIANÓPOLIS**

Em Santa Catarina, a experiência do cooperativismo médico iniciou-se quase que simultaneamente nas cidades de Florianópolis, Blumenau e Joinville, em 1971.

A UNIMED de Florianópolis, fundada por 22 médicos em 30 de agosto de 1971, inicialmente sob a denominação de SanMed, adotou em seguida a denominação Cooperativa de Trabalho Médico Ltda (Medsan), teve como primeiro presidente o Dr. Antônio Moniz de Aragão.

Dr. Aragão, grande líder da classe médica, dentre outras atividades, membro fundador da Faculdade de Medicina de Santa Catarina, presidente da Associação Catarinense de Medicina por duas gestões, presidente da Associação Médica Brasileira, presidente da Associação Médica Mundial e Secretário de Estado da Saúde no governo de Ivo Silveira (COSTA, 1999).

As relações com as entidades associativas atrelavam o grupo de médicos fundadores da cooperativa de Florianópolis, à corrente liderada pelo Dr. Pedro Kassab, então Presidente da AMB, que protagonizou a primeira dissidência no Sistema UNIMED.

Na capital paulista, o Dr. Edmundo Castilho havia criado a UNIMED Paulistana. Ao perder o poder para o Dr. Kassab, liderou outro grupo de médicos e fundou a UNIMED São Paulo que, dentre outros, tinha o objetivo estratégico de dar

continuidade ao atendimento médico aos usuários de contratos nacionais, do ainda insipiente "Sistema UNIMED", na maior cidade do País. Mais tarde, essa que seria a primeira dissidência no Sistema, promoveria uma disputa judicial pela propriedade e registro da marca UNIMED, cuja decisão foi favorável ao grupo dos pioneiros de Santos.

Essa disputa pela liderança do poder político do chamado "braço econômico" da categoria médica, oportunizou, naquele momento, o crescimento vertiginoso das empresas de medicina de grupo como *Samcil*, *Golden Cross* e *Amil*.

Sob a liderança dissidente do Dr. Kassab, criaram-se ainda as cooperativas médicas *MedMinas*, em Belo Horizonte, *MedPar*, em Curitiba e *MedSan*, em Florianópolis. Mais tarde, todas aquelas cooperativas integraram-se ao Sistema UNIMED, inclusive a cooperativa médica de Florianópolis, permanecendo isolada apenas a UNIMED Paulistana, tornando-se essa uma dissidente.

A UNIMED de Florianópolis passou pelas mesmas dificuldades, peculiares às cooperativas recém inauguradas, para implementar seu funcionamento. Tanto que, o primeiro contrato para prestação de serviços de assistência médica somente foi assinado em 1972, com o Instituto Parlamentar do Estado de Santa Catarina – IPADESC:

#### **a) Objetivos e área de ação**

Os objetivos institucionais da UNIMED de Florianópolis são: a congregação dos integrantes da profissão médica, para a sua defesa econômica e social, concedendo-lhes condições para o exercício de sua atividade; e o aprimoramento dos serviços de assistência médico-hospitalar (Estatuto Social da Unimed de Florianópolis).

Suas atividades se desenvolvem dentro da microrregião de Florianópolis, que compreende os seguintes municípios: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas.

## **b) Os primeiros tempos da fundação – de 1971 a 1984**

O fato de estar sediada numa região sem nenhuma expressão em empresas industriais de porte, com um setor comercial insipiente, a predominância de órgãos e empresas públicas e a sua não vinculação ao Sistema UNIMED, determinou o ritmo lento no desenvolvimento da UNIMED de Florianópolis.

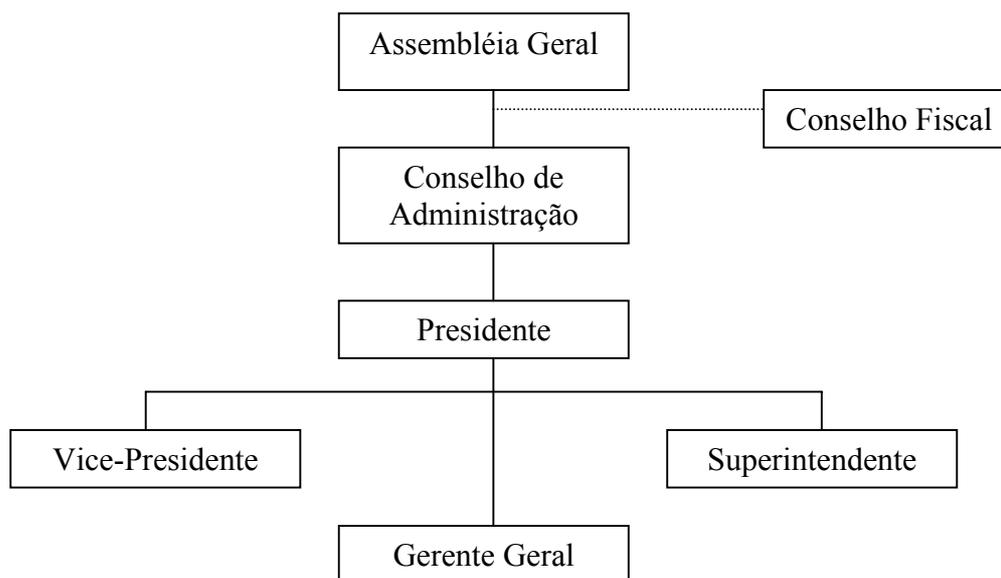
Uma visão do mercado local de planos de saúde, na época, pode ser obtida ao se considerar a inexistência de concorrentes. Uma das únicas empresas que possuía pequena carteira de clientes era a *Golden Cross*.

Somava-se a esse contexto, até então, uma administração de pouco ímpeto comercial e uma estrutura organizacional inadequada. Apesar de estar instalada em duas salas no mesmo prédio onde funcionava a Associação Catarinense de Medicina (ACM), na rua Jerônimo Coelho, suas ações não estimulavam, inclusive, a adesão à cooperativa por parte dos médicos em atividade na sua área de ação.

Nesse período, o mandato da cúpula dirigente da cooperativa tinha duração de três anos e o fundador, Dr. Aragão, foi seu Presidente por três gestões seguidas.

O segundo Presidente ocupou o cargo até 1984, quando a UNIMED de Florianópolis contava com aproximadamente 200 médicos cooperados e pouco mais de 20 mil usuários e já funcionava em nova sede, situada na Av. Osmar Cunha, esquina com a Rua Dom Jaime Câmara. Sua estrutura administrativa contava com 6 empregados comandados por um gerente geral, popularmente conhecido como "coronel", que desempenhava todas as funções, conforme a Figura 6.

FIGURA 6 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA UNIMED DE 1971 A 1984



Excetuando-se a ação empreendedora do fundador inerente, à priori, na fundação de empresas, a dificuldade para se localizar documentos que conduzisse à constatação de fatos ou ações ocorridas ao longo desse período com significância e convergência para esse estudo, bem como contatar os ex-presidentes ou gerente, optou-se por não incluir esse período na pesquisa.

#### 5.2.1 Período I - A estruturação e profissionalização da empresa sob uma visão empreendedora (1985 a 1988)

Inicia-se a pesquisa nesse período, por se considerar o período de recriação da empresa, quanto à sua estrutura organizacional, processos operacionais e pelo desenvolvimento das condições para a sua atuação no setor de assistência médica suplementar.

Foi somente a partir de 1985, que a UNIMED de Florianópolis iniciou sua escalada de crescimento e consolidação no mercado local. Até essa data, a UNIMED não era bem vista por grande parte dos médicos da região, e praticamente desconhecida das empresas e do mercado consumidor em geral.

Uma das causas do estado letárgico vivido pela Unimed até aquele momento é identificada pelo Pres. 1:

O que nos motivou a montar uma chapa para concorrer às eleições da Unimed, que se chamava MedSan, foi o fato de que, naquela época, a remuneração dos médicos cooperados e dos prestadores de serviços credenciados era baseada na tabela do INPS. Uma remuneração ridícula que não estimulava a participação dos médicos (informação verbal).

O relato do Pres. 1, quando da sua eleição, indica ser esse o momento em que ocorrem as grandes mudanças na empresa: “Feito candidato à Presidente, na chapa formada por um grupo de amigos médicos, que desistiram da chapa da situação por não concordarem com a exclusão do meu nome da mesma, fomos vencedores e transformamos a MedSan” (informação verbal).

Assim que tomou posse, a nova diretoria estabeleceu como padrão a Tabela de Honorários Médicos da Associação Médica Brasileira (AMB), para a remuneração dos médicos e demais prestadores de serviços e aderiu ao Sistema UNIMED. Esta era a visão do Pres. 1:

Imediatamente aderimos à marca Unimed e adotamos a tabela da AMB porque achávamos que nós deveríamos ter um serviço diferenciado, que o médico tivesse vontade de atender e que o paciente visse a diferenciação do trabalho, obviamente pagando um pouco mais por isso, um preço justo. Os situacionistas da ocasião diziam que, se fizéssemos aquilo que estávamos apregoando, iríamos levar a Unimed à falência (informação verbal).

Ao mesmo tempo em que contratou um administrador de empresas para ocupar a Gerência Geral da UNIMED, deu início à estruturação organizacional com a contratação de uma empresa de consultoria em informática e de organização e métodos e, aproveitando o pedido de demissão do contador, terceirizou a contabilidade, conforme relata o Pres. 1: “Contratamos um gerente com graduação, na Fundação Getúlio Vargas, que não entendia nada de saúde, mas que tinha uma visão enorme de mercado. Ele resolveu topar o desafio e nós dois saímos de pastinha a vender o nosso produto por várias empresas e fomos muito bem aceitos” (informação verbal).

Sobre os resultados de seus primeiros atos, o Pres. 1 cita:

Foi quando a Unimed de Florianópolis deu o grande salto, após ter promovido negociações com duas grandes fundações de previdência privada do Estado (Fundação Codesc de Seguridade Social - FUSESC e Fundação Celesc de Seguridade Social - CELOS), em 1986, proporcionando ainda as condições para a sedimentação da Federação das Cooperativas Médicas do Estado de Santa Catarina, com a incorporação de aproximadamente 55 mil usuários ao Sistema estadual (informação verbal).

Quanto às idéias dos médicos em geral, sobre a gestão de negócios o Pres. 1 comenta: “O médico não sendo um administrador, deveria passar a gestão da cooperativa para uma pessoa do ramo. Defendi sempre que aos médicos cabia a gestão política da cooperativa. Particularmente, sei que fiz uma grande gestão administrativa, não que eu entenda de administração, mas na condição de presidente contratei um especialista no assunto” (informação verbal).

E acrescenta ainda que: “Muitas cooperativas médicas faliram no Brasil, algumas muito antes da crise provocada pela ANS, por essa questão do médico achar que é auto-suficiente na sua gestão” (informação verbal).

Além da profissionalização, a informatização das atividades da UNIMED era vista pelo Pres.1 como uma necessidade estratégica, tendo em vista, principalmente, a complexidade própria do processamento e controle de contas médicas, bem como dos demais processos. Porém, o desafio era a dificuldade determinada pela política de reserva do mercado nacional, com os preços elevados dos equipamentos e a inexistência de sistemas adequados às necessidades da cooperativa.

Nesse período, as únicas cooperativas já iniciadas em processos de informatização eram a UNIMED de Campinas, que possuía o maior número de usuários no Sistema, e a UNIMED do Brasil (Confederação), cujo objetivo era estender às demais Unimed os sistemas que estava desenvolvendo.

Porém, tendo em vista que os sistemas (*softwares*) eram fechados e construídos para funcionar em equipamentos (*hardwares*) específicos, a UNIMED do Brasil foi obrigada a reiniciar esse processo, quando a empresa Novadata, fabricante do equipamento de mesmo nome, faliu. Esse fato causou sérios problemas também para a UNIMED de Porto Alegre, que havia adotado aquele mesmo sistema, conforme esclarece o Pres.1 : “Naquela época fomos pressionados, inclusive pela Federação, para adotar o mesmo sistema, mas o nosso era bem melhor que o deles e saímos na frente. Considero-me um pioneiro nessa questão dentro do Sistema UNIMED” (informação verbal).

O passo seguinte à profissionalização e à informatização foi a implantação na UNIMED de Florianópolis com a comercialização de planos de saúde para pessoas físicas (individuais e familiares), com o objetivo de entrar num nicho de mercado até então explorado pela *Golden Cross* e as demais empresas de medicina de grupo. Foi contratada uma assessoria jurídica, para formular os termos do

contrato, e dobrada a equipe de vendas, que até então contava com dois vendedores, conforme relata o Pres 1: “As Unimed do Estado comercializavam apenas planos empresariais e tivemos que enfrentar ainda as críticas dos cooperados, pois imaginavam que iríamos acabar com a clientela particular nos consultórios“ (informação verbal).

A venda de planos de saúde, para pessoas físicas, passou a exigir da UNIMED de Florianópolis uma ação mercadológica mais agressiva, razão pela qual foi contratada uma empresa para prestar assessoria em *marketing*. Embora modesta, mantinha presença regular na mídia com produções locais, mas participava ativamente das campanhas institucionais desenvolvidas pela UNIMED do Brasil e pela Federação, onde os custos eram compartilhados.

Um das estratégias mercadológicas do Pres.1 foi atrelar a imagem da Unimed ao esporte e sua íntima relação com a saúde. Houve resistência, primeiro dos médicos cooperados, para quem a cooperativa não deveria gastar recursos dessa forma, mas sim aumentar o valor dos honorários; depois dentro do Sistema Unimed, cuja visão era a divulgação da marca apenas através de campanhas institucionais, comenta o Pres.1:

Eu não me conformava quando via o Nelson Piquet com o boné da Golden Cross. Minha idéia era trazer essa ligação da saúde e esporte para a marca Unimed. Quando defendi a idéia de patrocinar o Senna, não fui escutado, ninguém queria saber daquilo. O que todos diziam é que o grande marketing da Unimed era o próprio médico. Então, assisti a um programa de televisão com a maratonista Silvana Pereira. Fizemos contato, ela ficou muito contente e celebramos um contrato de patrocínio, por uma ninharia. Depois ela ficou famosa, viajava pelo mundo inteiro e o contrato ficou mais caro. Com muito custo consegui transferir o contrato para a Federação, já que o seu alcance na mídia ia além da nossa cidade. E durante muito tempo ela ficou conhecida como "a moça da Unimed". Depois disso vimos Unimeds patrocinando outros atletas ou equipes esportivas (informação verbal).

Nesse período a UNIMED de Florianópolis tinha em torno de 90% dos seus usuários contratados junto às empresas na modalidade denominada de "custo operacional", ou seja, a cooperativa faturava mensalmente contra as empresas contratantes, o montante dos serviços de assistência médica efetivamente consumidos pelos seus empregados. Após, o recebimento desses recursos, efetuava o pagamento aos médicos cooperados e serviços credenciados. A receita operacional efetiva era proveniente da taxa de administração incidente sobre a

quantidade de usuários inscritos em cada contrato. Por esse modelo a cooperativa não corria riscos.

O período compreendido entre a data do atendimento aos usuários, a entrega das contas médicas na UNIMED, o processamento dessas contas, o recebimento das empresas contratantes, até o pagamento àqueles que prestaram os serviços, girava em torno de 60 dias. Era um prazo muito longo.

A Diretoria buscou equacionar esse problema, que gerava muitas reclamações, principalmente dos cooperados, conforme explica o Pres. 1: “Nós precisávamos dobrar o capital de giro. Mas o crescimento que alcançamos em três anos foi tão violento, que o máximo que conseguimos, em toda a gestão, foi reduzir o prazo de pagamento da produção dos cooperados para 40 dias. Parece paradoxo, mas tudo o que pensávamos, em termos de dar qualidade, à estrutura administrativa foi dificultado pelo rápido crescimento” (informação verbal).

Nesse período, a UNIMED de Florianópolis enfrentou sem muitas dificuldades as repercussões do Plano Cruzado. Durante o período de congelamento houve uma pausa na frenética atividade mensal de reajuste dos preços, que tanto alterava o valor dos serviços pagos aos médicos e prestadores de serviços, como o faturado contra as empresas contratantes e as mensalidades dos planos particulares. Esse cenário econômico favoreceu o uso de recursos de terceiros para investimentos na cooperativa.

Ao se encerrar o congelamento de preços, voltaram os reajustes automáticos mensais. Esses períodos inflacionários também eram benéficos financeiramente para a cooperativa, tendo em vista a aplicação dos recursos disponíveis no período, entre os recebimentos das receitas dos clientes e os pagamentos da produção dos cooperados e prestadores de serviços.

Outra necessidade que surgiu com o crescimento da UNIMED foi a implantação de um sistema de fiscalização de contas médicas. Constatava-se que, intencionalmente ou não, muitos profissionais aplicavam a discriminação dos serviços previstos na tabela da AMB para auferir mais renda, em detrimento dos demais cooperados, explica o Pres.1:

Outra coisa que implantamos na Unimed e que sempre é necessário fazer, são as auditorias contábeis e as auditorias gerenciais das contas médicas. É um dinheiro muito bem gasto. Quando vemos um colega de trabalho com tendência a faturar mais do que os outros, vista claramente na Unimed, e aí um certo corporativismo de não coibir esse tipo de coisa, torna mais caro o custo da cooperativa. Fomos pioneiros no Sistema Unimed ao criar em nossa gestão o

Comitê de Conferência de Contas Médicas. Defendi sempre com unhas e dentes o cooperativismo, mas na cooperativa, o corporativismo é insensato (informação verbal).

Ao comentar sobre a maior dificuldade de sua gestão, o Pres.1 relata:

A maior dificuldade da minha gestão foi exatamente o primeiro dia. Nós ganhamos a eleição e no dia seguinte tínhamos que assumir a cooperativa. Lá chegando não encontramos o então gerente, que havia deixado uma carta de demissão na gaveta. Não sabíamos nada de cooperativa ou de Unimed. As poucas informações que conseguimos foram com as seis empregadas da época, assustadas porque achavam que todas seriam demitidas. Uma dessas empregadas, a Leninha, trabalha até hoje na cooperativa (informação verbal).

E antes de o seu mandato se encerrar o Pres.1 submeteu à aprovação da Assembléia Geral, uma proposta de reforma estatutária, com o objetivo de impedir o continuísmo de cooperados no cargo de presidente da UNIMED de Florianópolis. Entendia que essa situação não era benéfica, nem para o médico - que ficaria muito tempo afastado da sua profissão e da sua clientela -, nem á própria cooperativa, que poderia ter suas atividades comprometidas, pela acomodação dos dirigentes no poder, posiciona-se o Pres.1:

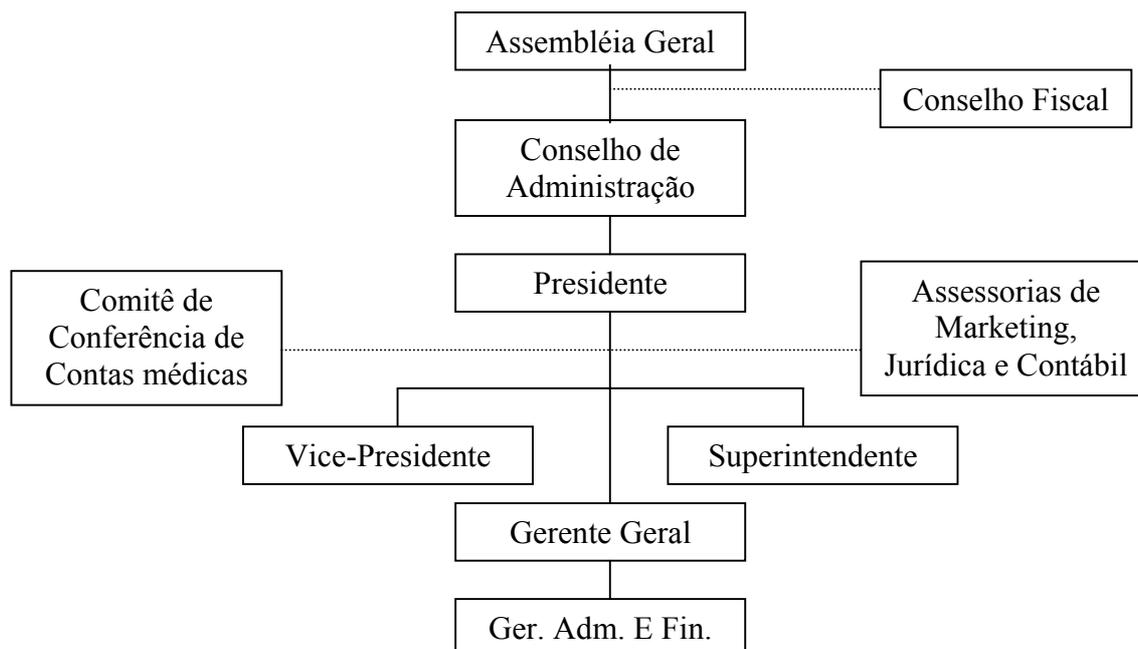
Até então e ao longo de 14 anos, a UNIMED teve apenas dois presidentes porque eles podiam se reeleger. Mas, mesmo que fossem pessoas idôneas, de enorme respeitabilidade e representatividade no meio médico - pelos cargos em entidades associativas e científicas que ocuparam -, poliglota e excelente professor como é o caso do Dr. Aragão, não poderiam saber de tudo. E possuíam limitações quanto às questões administrativas e isso levava a UNIMED à obsolescência. O segundo presidente já estava no segundo mandato, e a UNIMED não mudou; “ Ainda assim, cometi um erro, que foi aceitar ser vice na gestão seguinte, tamanha foi a pressão dos colegas para que nessa condição pudesse transmitir experiências do cargo. Mas quando o ego é massageado a gente trai a si próprio. Por isso, acho que a concorrência é salutar, e quem sabe pressionados possamos fazer melhor, saber buscar bons executivos para tocar bem o nosso negócio” (informação verbal).

Assim, o Estatuto Social da UNIMED de Florianópolis, reformado em 1987, passou a conter as seguintes normas de inelegibilidade:

- o Presidente do Conselho de Administração não poderá ser reeleito para ocupar qualquer cargo da Diretoria Executiva, no mandato imediatamente subsequente;
- o Vice-Presidente e o Superintendente poderão ocupar qualquer cargo de Diretoria, apenas por mais um mandato ou período consecutivo;
- o Conselho de Administração deve ter renovação obrigatória, em no mínimo um terço de seus membros.

Na Figura 7 vê-se a estrutura organizacional da UNIMED de Florianópolis nesse período, quando já contava com 30 empregados, quase 700 médicos e mais de 80 mil usuários. Salienta-se que a Gerência Administrativa e Financeira era ocupada pelo autor.

FIGURA 7 – ORGANOGRAMA DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS –1985 A 1988



### b) Os *stakeholders* da organização

Dentre os *stakeholders* identificados no Período I, destacam-se aqueles que mais influenciaram as mudanças na UNIMED de Florianópolis, segundo a visão de Bowditch e Buono (1997).

Os médicos cooperados e a rede credenciada foram a principal influência na adoção da tabela da AMB, que resultou em imediata melhoria da remuneração. Enquanto, a adesão ao Sistema UNIMED influenciou no uso da nova marca e na coalizão em torno da estrutura do sistema cooperativo de trabalho médico, resultando em diversas ações mercadológicas e de desenvolvimento da empresa.

Outro *stakeholder* importante é o usuário, que influencia as estratégias de aumento da rede de prestadores de serviços e dos cuidados com a qualidade. A

influência dos empregados foi caracterizada pela contratação de técnicos e a necessidade de cursos para qualificação profissional e treinamento.

O *stakeholder* governo, ao interferir na economia através do Plano Cruzado, estimulou a busca de recursos de terceiros para investimentos, conforme o Quadro 5.

QUADRO 5 - PRINCIPAIS *STAKEHOLDERS* DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS NO PERÍODO I

<b>Stakeholders</b>	<b>Influências</b>
Médicos cooperados e serviços credenciados	Melhoria da remuneração com adoção da tabela da AMB.
Sistema Unimed	Ações de <i>marketing</i> compartilhadas e desenvolvimento da empresa.
Usuários (clientes)	Aumento na oferta dos serviços médicos e cuidados na qualidade.
Empregados	Contratação de técnicos; cursos de qualificação e treinamento.
Governo	Plano Cruzado - estimulou a busca de recursos para investimentos.

### c) A mudança estratégica

As mudanças implementadas na empresa pelo Pres. 1, com o apoio da diretoria, não resultaram de um planejamento estratégico do modelo de Mintzberg (1987). Foram todas estratégias emergentes, relacionadas à visão do Pres. 1, que criaram estruturas e processos gerenciais até então inexistentes na organização. A visão era no sentido de que a organização desempenhasse, efetivamente, os objetivos sociais para os quais fora constituída.

Quanto às estratégias direcionadas ao ambiente externo, ora seguiam tendências gerais, vistas em grandes centros urbanos, ora surgiam de idéias inovadoras. Nesse período, as informações sobre as dimensões do setor e a posição dos concorrentes ainda eram escassas e imprecisas, dificultando a análise do ambiente, para indicar as ações. Não havia tempo de elaborar um plano

estratégico, porque tudo era novidade e as decisões tinham que ser tomadas rapidamente.

Destaca-se a estratégia de adesão ao Sistema UNIMED como uma das mais importante para a empresa, tanto naquele momento como para o seu futuro, pois foi guiada pela visão de integrar uma grande rede nacional que se estruturava, conforme o Quadro 6.

QUADRO 6 - FORMAS BÁSICAS DE ESTRATÉGIAS NO PERÍODO I

Principais estratégias identificadas	Formas básicas de estratégias
Adoção da tabela da AMB	Emergente
Adesão ao Sistema Unimed	Emergente
Profissionalização e informatização da empresa	Emergente
Entrada no nicho de plano pessoa física	Emergente
Ligação da marca Unimed aos esportes	Emergente
Criação Comitê Conferência de Contas Médicas	Emergente

#### d) A formulação estratégica

Quanto ao modo de formulação das estratégias, a afirmação do Pres.1 é conclusiva “Nós tínhamos um grupo bom de dirigentes que apoiava muito. Nós levávamos as idéias e eles sugeriam, corrigiam, opinavam, ajudavam muito. Eu era o presidente e embora com um salário muito modesto, era pago para pensar a Unimed” (informação verbal).

Nesse sentido, a maior parte das estratégias foi formulada no modo empreendedor, segundo o modelo de Mintzberg (1973), pois surgiram a partir do julgamento do Pres.1, que tinha uma visão geral para o crescimento da empresa, a longo prazo, eram abrangentes e sem restrições, conforme o Quadro 7.

A ligação da marca UNIMED aos esportes é uma estratégia formulada no modo adaptativo, pois como uma ação reativa ao ambiente, decorreu da percepção de que uma empresa do setor patrocinava um desportista famoso.

QUADRO 7 - MODO DE FORMULAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NO PERÍODO I

<b>Principais estratégias identificadas</b>	<b>Modo de formulação das estratégias</b>
Adoção da tabela da AMB	Empreendedor
Adesão ao Sistema Unimed	Empreendedor
Profissionalização e informatização da empresa	Empreendedor
Entrada no nicho de pessoa física	Empreendedor
Ligação da marca Unimed aos esportes	Adaptativo
Criação Comitê Conferência de Contas Médicas	Empreendedor

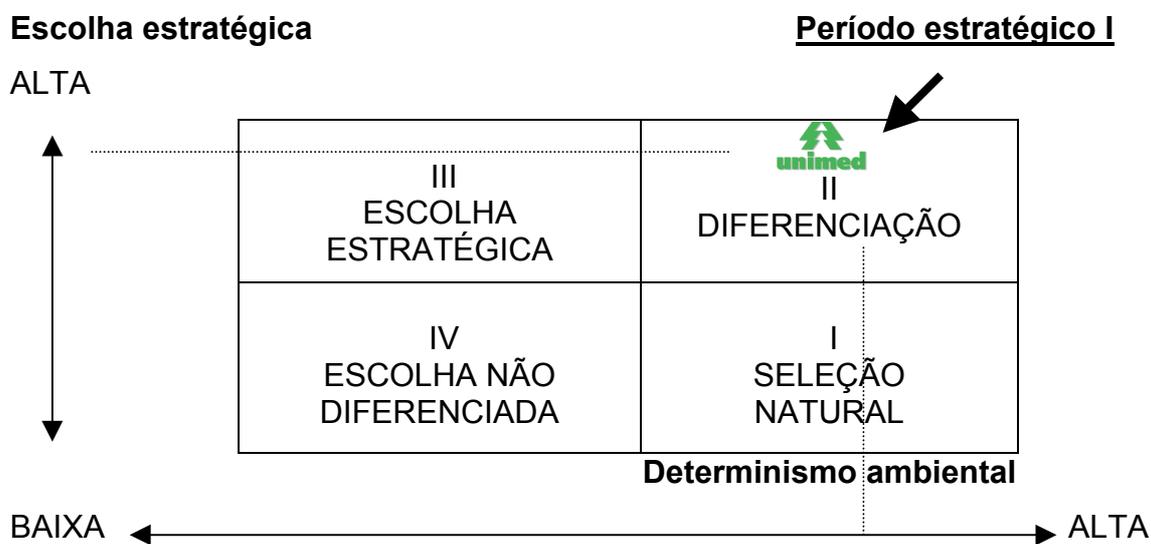
#### **e) Determinismo ambiental e capacidade de escolha estratégica**

Durante a gestão do Pres. 1, a UNIMED de Florianópolis exerce sua alta capacidade de escolha estratégica, com alto grau de determinismo ambiental, localizando-se no Quadrante II, segundo o modelo de Hrebiniak e Joyce (1985) apresentado na Figura 8.

Nesse sentido, influenciada, principalmente, pelos médicos cooperados, serviços credenciados, usuários e pelo Sistema UNIMED, a empresa adapta-se ao ambiente, diferenciando-se das demais, com a criação de nova estrutura e processos organizacionais, com a profissionalização do quadro funcional e o uso de novas tecnologias.

A visão do Pres.1 era de que a cooperativa, para se desenvolver, deveria possuir uma estrutura empresarial e sistemas organizacionais adequados. Desse modo, as restrições ambientais foram superadas pelas escolhas estratégicas.

FIGURA 8 - MODO DE FORMULAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NO PERÍODO I



FONTE: ADAPTADO DE HREBINIAK E JOYCE (1985)

No Período I, a UNIMED de Florianópolis foi comandada pela primeira diretoria eleita em chapa de oposição, desde a sua fundação, cujo grupo de apoio político manteria a hegemonia nos períodos seguintes. Sob o comando do Pres. 1, pode-se dizer que a cooperativa foi recriada com a profissionalização de sua gestão e com a adesão à marca do Sistema UNIMED. As condições favoráveis do ambiente contribuíram para os resultados positivos alcançados.

### 5.2.2 Período II - As mudanças restritas à organização e a integração com o Sistema UNIMED (1988 a 1991)

Essa gestão tinha, a princípio, uma missão estratégica importante para a empresa, que era dar continuidade à estruturação organizacional e administrativa e concluir a implementação dos sistemas informatizados, principalmente os sistemas de cadastro, faturamento, financeiro e de controle de contas médicas.

Ainda assim, havia perspectiva de inovações com a atuação do novo presidente, que contou com o Pres.1 como seu vice.

### a) Contexto interno e conteúdo

Tendo o Pres.1 como Vice-Presidente, o Pres.2 iniciou seu mandato com o objetivo de fortalecer a doutrina cooperativista entre os cooperados e aproximar ainda mais a cooperativa da capital catarinense, do Sistema UNIMED. E para concretizar essa idéia, o Pres.2 implantou os Cursos de Formação Cooperativista para médicos cooperados. Mais tarde, racionalizando custos e atendendo às necessidades das demais Unimeds do Estado, esses cursos, que eram periódicos e itinerantes, passaram a ser planejados e aplicados por uma gerência específica na Federação, manifesta o Pres.2:

A gente participava da Unimed por idealismo, o ideal cooperativista. Se tivéssemos uma cooperativa forte seria mais fácil enfrentar a concorrência. Por outro lado, era necessário diminuir a influência de grupos de médicos políticos profissionais, que dominavam a categoria através das entidades associativas da classe. O crescimento da Unimed de Florianópolis despertou o interesse desses colegas. Adquiri a visão da necessidade de difundir a doutrina cooperativista com o Dr. Castilho, na Unimed do Brasil, onde atuava como conselheiro. Era necessário transmitir aos cooperados, a idéia de que eles são sócios da empresa, donos dela (informação verbal).

Também, fazia parte dessa visão, proporcionar benefícios concretos para os cooperados, além da doutrinação cooperativista, e assim foi criado o Fundo de Assistência Médica ao Associado (FAMA), mediante uma contribuição, em forma de rateio mensal das despesas. Era um plano de baixo custo e ampla cobertura assistencial, para atender os médicos e suas famílias, conforme cita o Pres.2: “O plano de Assistência Médica (FAMA) que implantamos para os médicos cooperados era administrado como um consórcio, somente aumentava-se a contribuição quando havia necessidade de recursos. Essas e outras ações mostravam aos colegas que não tinham interesse pela Unimed, que ela era uma coisa boa também para eles” (informação verbal).

Com o objetivo de fortalecer o Sistema UNIMED, o Pres.2 incentivou as cooperativas médicas de Santa Catarina a apoiar a visão do Dr. Castilho, quando da criação da UNIMED Seguradora, em 1989, cuja participação foi decisiva.

Segundo o Dr. Castilho, era preciso dotar o Sistema UNIMED de um instrumento que permitisse enfrentar a forte pressão exercida pelas seguradoras, no mercado de assistência médica suplementar. Fato esse comprovado no *lobby* que as seguradoras exerceram sobre os constituintes de 1988, na tentativa de lhes

assegurar a exclusividade desse mercado. Além disso, preocupava –se com as questões previdenciárias dos médicos cooperados de todo o país (VIVEIROS, 1999).

A UNIMED Seguradora, criada a partir da incorporação do Montepio Cooperativista do Brasil (MONTECOOPER), cuja carta-patente foi recebida como doação, promoveu o desenvolvimento de produtos e ações comerciais no ramo de seguros, voltados principalmente às operações das cooperativas singulares, no atendimento de suas necessidades e dos médicos cooperados. Recebeu autorização para operar em fevereiro de 1990, no ramo vida e de planos de previdência complementar aberta. Por uma parceria firmada com a Vera Cruz Seguradora, em 1996, a UNIMED Seguradora passou a operar no chamado ramo de seguros elementares (automóveis, moradias, consultórios médicos, etc.).

Implementada por uma equipe de profissionais altamente qualificada, e explorando principalmente o mercado cativo dentro do Sistema UNIMED, a evolução da UNIMED Seguradora foi rápida. Possui atualmente 3,6 milhões de segurados e se posiciona no mercado conforme o Quadro 8. O então Gerente Geral da Unimed de Florianópolis foi convidado, em 1988, para assumir a gerência de mercado na seguradora, oportunidade em que o autor assumiu as suas funções na cooperativa.

QUADRO 8 - POSIÇÃO DA UNIMED SEGURADORA NO RANKING DAS SEGURADORAS

Ramo Vida	29ª colocação
Ramo Previdência Privada	20ª colocação
Ramo Saúde	7ª colocação
Prêmios Totais	20ª colocação

FONTE - SUSEP - SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS (2002)

Considera-se também importante o apoio e participação do Pres.2 ao "Projeto Unimed 2000", que representou um marco para o Sistema UNIMED em termos de planejamento e de visão estratégica.

O projeto estratégico denominado "Projeto Unimed 2000", foi aprovado durante a realização da convenção anual em Curitiba, em 1990. Nele, as ações estratégicas foram delineadas em quatro frentes:

1. empresariar e profissionalizar as cooperativas;
2. incentivar investimentos em recursos próprios (laboratórios, hospitais);

3. incrementar o desenvolvimento de tecnologias, principalmente as de informação;
4. padronizar a oferta de produtos (planos de saúde) ao mercado.

Quanto à *primeira* ação estratégica, a visão do Dr. Castilho indicava.

Esse projeto encontrou muita resistência frente à hipocrisia de alguns cooperados, que se escondiam atrás do código de ética para criticar o fato de a cooperativa estar se profissionalizando, se preparando para competir com empresas no mercado. Vessadamente, alguns cooperados interpretavam o termo empresa como aquela organização que tem por finalidade o lucro, quando, na realidade, estávamos nos referindo às suas técnicas gerenciais, operacionais e administrativas. Precisamos seguir a tendência do mercado para não ficarmos desatualizados (VIVEIROS, 1999).

A *segunda* ação estratégica sugeria que as cooperativas investissem em recursos próprios, tais como laboratórios e hospitais. O objetivo era minimizar os efeitos provocados pela cartelização dos hospitais credenciados ao sistema, principalmente nas grandes capitais brasileiras, e com isso manter o padrão de remuneração dos médicos cooperados e a qualidade dos serviços prestados.

A *terceira* ação estratégica estava voltada para o uso de tecnologias, principalmente àquelas destinadas ao desenvolvimento do cartão de captura e armazenamento de dados dos usuários e de *softwares* mais sofisticados.

E, por último, a *quarta* ação estratégica preconizava o desenvolvimento de um produto único para todo o sistema, de modo que o mercado consumidor visualizasse a UNIMED como um Sistema Nacional de Cooperativas Médicas. O resultado dessa estratégia foi a criação do plano UNIPLAN, com coberturas assistenciais e padrão de atendimento uniformes nacionalmente. O único diferencial seria os preços, que seriam ajustados conforme os custos regionais dos serviços.

Esta última estratégia emergiu de uma proposta da UNIMED de Florianópolis, formulada para o Sistema dois anos antes dessa convenção. O sucesso do implemento dessas ações pode ser constatado, a partir de então, com a conquista sucessiva pela Unimed do prêmio *Top of Mind*, sendo a marca mais lembrada pelo consumidor no mercado de planos de saúde, nos anos que se seguiram. Todo o Sistema UNIMED colheu os frutos daquela proposta.

Essas ações impulsionavam o crescimento da UNIMED de Florianópolis, que em 1990 já necessitava de um espaço físico mais adequado, para desempenhar satisfatoriamente as atividades administrativas e operacionais. A primeira opção foi elaborar e orçar um projeto de reforma e ampliação da sede.

Antes de iniciar a reforma, a Construtora Cota Ltda. apresentou uma proposta de permuta por um prédio de 1.700 m<sup>2</sup>, em final de construção, do outro lado da Rua Dom Jaime Câmara. O valor do m<sup>2</sup> do prédio era equivalente ao custo do m<sup>2</sup> da reforma e o negócio foi considerado vantajoso também porque, com a reforma, a área final seria de apenas 900 m<sup>2</sup>.

A cooperativa tinha disponível apenas um quarto do valor do negócio. Mas, a credibilidade que gozava a diretoria e o espírito de parceria que cultivava com as empresas clientes, conseguiu completar pequena parte do valor através de um empréstimo da Federação. Outra parte foi recebida como adiantamento de um mês de faturamento de uma empresa e o restante foi tomado emprestado junto aos médicos cooperados, que concordaram em Assembléia Geral, ter descontado 10% da produção mensal, durante dez meses, e esse valor devolvido pela cooperativa em vinte meses.

O negócio foi fechado e é a atual sede da UNIMED de Florianópolis, conforme relata o Pres.2: “Antigamente havia mais consenso dos colegas em torno das decisões que eram tomadas . Iniciamos as negociações de compra da sede em fins de 1990 e, com o dinheiro do cooperado, o presidente que iniciou a gestão em 1991 fechou o negócio“ (informação verbal).

Em outra ação estratégica, promovida pela Diretoria, através de alteração estatutária, às pessoas jurídicas de propriedade exclusiva de médicos cooperados foi permitida a cooperação, conforme faculta a Lei 5.764. Como no caso das pessoas físicas, cada cooperado representa um voto, também, para as pessoas jurídicas foram aplicados os princípios básicos do cooperativismo.

O principal objetivo dessa estratégia foi diminuir substancialmente o volume financeiro movimentado pela cooperativa com o pagamento de "atos não cooperados" (serviços prestados por não cooperados) pois caso se verificarem resultados nessas operações, a lei determina que sejam levados à tributação, conforme cita o Pres.2: “Fomos a primeira UNIMED do País a adotar essa estratégia. A lei permitia, e nós não podíamos gastar o dinheiro do cooperado pagando impostos injustos. Recebemos muitas críticas do Sistema, mas depois muitos dirigentes nos seguiram” (informação verbal).

Outro fato que reforçou a união dos dirigentes das cooperativas médicas do Estado e representou uma ameaça para o Sistema UNIMED, como um todo e

para Santa Catarina em particular, foi a forma inusitada com que a Saúde Bradesco (seguro saúde) entrou no mercado da assistência médica supletiva de Joinville.

Após tentar sem sucesso credenciar profissionais, trouxe de São Paulo um Boing 737, literalmente, cheio de médicos para atender os empregados de três grandes empresas industriais daquela cidade recém contratada. Essa ação da Saúde Bradesco iniciou-se através da gestão do banco Bradesco, junto aos conselhos de administração das empresas, das quais havia adquirido elevado percentual de ações na bolsa de valores. Além disso, conquistou a simpatia do maior hospital da cidade, ao doar alguns equipamentos e facilitar o financiamento para a compra de outros.

Na opinião de alguns dirigentes, esse fato foi facilitado pela insatisfação, já existente, de grande e importante parcela dos cooperados com a UNIMED de Joinville. A construção de um imponente prédio-sede e a prática de preços elevados teria provocado uma imagem desfavorável no empresariado e na comunidade local. A UNIMED de Joinville perdeu mais da metade de seus usuários e enfrentou forte crise, conforme comenta o Pres.2:

A Unimed tem que ter espaços físicos adequados para atender bem os clientes e confortáveis para os empregados trabalharem, sem luxo. Se a Unimed ostentar em obras com o dinheiro do cooperado, ela os afasta da cooperativa. Ele vai pensar que não ganha mais porque a diretoria está gastando mal o seu dinheiro. É a negação dos objetivos da cooperativa, é a porta aberta para a concorrência (informação verbal).

A estratégia seguinte da Saúde Bradesco foi a entrada na cidade de Blumenau, com seu grande parque industrial contratado com a UNIMED local. Porém, graças a uma reação coesa do Sistema UNIMED, o estrago provocado não foi significativo.

Tem-se que a UNIMED de Florianópolis não sofreu ameaça de concorrentes, em razão das características do mercado em sua área de ação, citadas na subseção 5.2.1. Mas a difusão do ideal cooperativista entre seus associados contribuiu decisivamente para sua sustentação, segundo a visão do Pres.2:

Sem o apoio do cooperado ela deixa de ser uma cooperativa. Se existem brigas e disputas políticas, é por que tem alguma coisa errada. Minha visão é de que a Unimed deve ser a cooperativa do cooperado, e não a cooperativa do dirigente. Ela tem que dar acesso às informações e as ações dos dirigentes devem ser transparentes. O cooperado é o dono, tem que ter livre acesso a casa dele (informação verbal).

Uma nova oportunidade de negócios para o Sistema UNIMED veio com a formação do bloco econômico no Cone Sul - Mercosul e a abertura das fronteiras. Para isso foi criada a UNIMED Mercosul que, de forma pioneira, constituiu parcerias com entidades associativas do Uruguai, Argentina e Paraguai, visando à ampliação do mercado de trabalho para os cooperados. Com sede em Florianópolis, seu primeiro superintendente foi o Pres.2.

Antes desse fato, a UNIMED de Florianópolis havia desenvolvido o Plano Turista Temporário, com o objetivo de atender, inicialmente, o grande fluxo de turistas argentinos, tendo feito inclusive contatos com agentes de viagem. Mas a posição da UNIMED Litoral, com sede em Itajaí, inviabilizou sua implantação ao querer concentrar o controle e a arrecadação do plano, sob a alegação de que recebia a maior quantidade de turistas no Estado. A justificativa foi de que, com Balneário Camboriú em sua área de ação, recebia a maior parte dos turistas argentinos do Estado, lamenta o Pres.2:

O plano Turista Temporário foi montado, mas não chegou a ser comercializado por divergências políticas com a Unimed de Itajaí. Somente funcionou o atendimento médico de emergência, sob a forma de intercâmbio, dos turistas que vinham para cá com a identificação das entidades daqueles países, bem como dos nossos usuários quando iam para lá (informação verbal).

O outro objetivo da UNIMED Mercosul é promover a integração e o desenvolvimento do intercâmbio nos três estados da Região Sul, atuando como Câmara de Compensação Interfederativa (compensação operacional de contas médicas), na linha da descentralização de atividades preconizada pelo Fórum Unimed.

Na gestão do Pres.2 as ações de *marketing* tiveram prosseguimento, inclusive com patrocínios e apoios aos eventos esportivos. Destaca-se aqui a realização da 1ª Copa Unimed de Tênis, na categoria infanto-juvenil, que reuniu mais de 160 atletas de todo o Estado nas quadras do Jurerê Clube, do Clube Doze de Agosto e do LIC, em abril de 1989.

Além de nomes como Marcio Carlsson, o evento ajudou a impulsionar a carreira do campeão mundial e tri-campeão em Roland Garros, Gustavo Kuerten, que ficou em 4º lugar na categoria 14 anos, como relata o Pres.2: “Foi um evento emocionante em minha vida ver, aquela criançada praticando esporte, e marcante na vida da cidade, pelos frutos que proporcionou. Em parceria com a Federação

Catarinense de Tênis, os gastos da UNIMED foram com a remuneração da arbitragem e uma premiação simples, um investimento ínfimo“ (informação verbal).

Mas o crescimento do Sistema UNIMED, além de atrair a atenção do consumidor de planos de saúde, atraiu também a ânsia pela arrecadação de tributos dos governos federal e municipal, através dos respectivos órgãos. Por esse motivo a UNIMED de Florianópolis foi literalmente bombardeada por ações, que pretendiam o recolhimento de Imposto Sobre Serviços (ISS) (tributo municipal), Imposto de Renda (tributo federal) e contribuições para o INSS (contribuição previdenciária), como assim manifesta o Pres. 2: “Parece que os governos desconhecem a lei 5.764. Baseados nessa lei, e na própria legislação tributária, seguimos sempre as orientações da nossa assessoria jurídica e aquelas emanadas do Sistema Unimed para todas as cooperativas médicas do País, que era de não ceder a essa fúria tributária” (informação verbal).

Houve ainda os efeitos dos seguidos planos econômicos do governo, que marcaram a gestão da UNIMED de Florianópolis. O Plano Verão, que também congelou os preços, atingiu a cooperativa no justo momento em que estava previsto o reajuste de preços dos contratos de prestação de serviços.

A mesma estratégia adotada com as empresas foi aplicada aos contratos individuais. No primeiro caso, a troca de correspondências equacionou o entrave. Porém, no caso dos planos individuais, após prévia exposição de motivos ao PROCON, mais de 1.200 clientes titulares dos planos individuais, que representavam no total mais de 5.000 usuários, foram recebidos na sede da cooperativa para manifestarem-se sobre o necessário reajuste das mensalidades, sem o qual não haveria a possibilidade da continuidade de prestação dos serviços. Em pouquíssimos casos o acordo teve que ser firmado com a ida das partes até a sede do PROCON.

Outro objetivo do Pres. 2 foi estreitar as relações e a comunicação com os cooperados e, nesse sentido, a cooperativa passou a oferecer cursos de atualização para seus empregados e para as secretárias dos médicos cooperados. Realizados anualmente em várias edições para atender ao grande número de secretárias, o conteúdo dos cursos capacitava para o desempenho das funções específicas, como também orientava sobre a correta identificação e atendimento aos usuários conforme as características contratuais de cada um deles.

A UNIMED de Florianópolis crescia e desenvolvia suas ações visando a satisfação de três públicos distintos, na visão do Pres. 2:

Na Unimed nós vemos três objetivos de atuação fundamentais: os usuários, através da satisfação na oferta e disponibilização de serviços de assistência médica na quantidade e qualidade exigidas a preços compatíveis com o mercado; os médicos cooperados, pelo aumento na captação de clientes para atendimento com reflexos diretos na remuneração da produção e apoio às suas necessidades técnicas e sociais; e o quadro de empregados, capacitando-os para desempenhar as complexas tarefas e a possibilidade de acompanhar a evolução tecnológica dos modernos instrumentos de trabalho.

Em dezembro de 1990, a UNIMED de Florianópolis contava com aproximadamente 900 médicos cooperados, 105 mil usuários e 45 empregados, sendo expressiva a sua participação em eventos da comunidade, principalmente com a montagem de postos de atendimento médico para os participantes.

À estrutura organizacional da cooperativa foi acrescentado o cargo de Assessor de Educação Cooperativista e de Gerente Comercial. As funções administrativas e financeiras ficaram sob responsabilidade do autor, então Gerente Geral, conforme a Figura 9.



Outro *stakeholder* importante é o governo que, em consequência do congelamento de preços estabelecido pelo Plano Verão e as frequentes notificações para a cobrança de tributos, influencia ações da empresa para negociar reajuste de preços diretamente com os clientes e ações judiciais contra a cobrança de tributos.

Com a entrada em vigor da Lei de Defesa do Consumidor, o Procon inicia suas atividades constitucionais nesse período, mas em razão de não possuir familiaridade com as questões que envolvem os planos de saúde, estabeleceu uma relação de cordialidade com parte da UNIMED de Florianópolis.

QUADRO 9 - PRINCIPAIS STAKEHOLDERS DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS  
NO PERÍODO II

<b>Stakeholders</b>	<b>Influências</b>
Médicos cooperados e serviços credenciados	Melhoria na remuneração; cursos; criação de benefícios sociais; e busca de recursos para investimentos.
Sistema Unimed	Ações compartilhadas de <i>marketing</i> ; e aproveitamento de novas oportunidades
Usuários (clientes)	Melhorias da qualidade e quantidade na oferta dos serviços médicos; e negociação direta dos reajustes de preços.
Empregados	Cursos de qualificação e treinamento; melhoria salarial; e difusão do cooperativismo.
PROCON	Adequação dos contratos às novas exigências; e aproximação com o órgão.
Governo	Plano Verão - ações para reajustar preços; e ações judiciais contra a cobrança de tributos (ISS, INSS e IR)

### **c) A mudança estratégica**

A gestão do Pres.2 caracteriza-se, principalmente, pela continuidade e conclusão de ações iniciadas no período anterior. E, como não resultaram de um planejamento estratégico, suas ações são todas emergentes, conforme a visão de Mintzberg (1987), sendo mais relacionadas ao contexto interno do que às questões ambientais externas.

Tem-se como mais importante, a estratégia emergente de implantação dos Cursos de Formação Cooperativista, cuja visão era disseminar os princípios e ideais cooperativistas entre os médicos associados, a qual seria constantemente aperfeiçoada nas gestões seguintes e que se concretizou como um dos pontos fortes da UNIMED de Florianópolis.

A continuidade das ações em apoio ao Sistema UNIMED impulsionou a empresa no seu desenvolvimento, entretanto, a posição política da UNIMED Litoral, impede a implementação de importante estratégia mercadológica, conforme o Quadro 10.

QUADRO 10 - FORMAS BÁSICAS DE ESTRATÉGIAS NO PERÍODO II

<b>Principais estratégias identificadas</b>	<b>Formas básicas de estratégias</b>
Implantação dos Cursos de Formação Cooperativista e benefícios aos cooperados	Emergente
Apoio à criação da Unimed Seguradora	Emergente
Negociação para compra da nova sede	Emergente
Participação projeto Unimed 2000 - Uniplan	Emergente
Cooperação de pessoas jurídicas	Emergente
Apoio à criação da Unimed Mercosul	Emergente
Plano turista temporário	Não realizada

#### **d) A formulação estratégica**

Nota-se que grande parte das estratégias da empresa no período II, está concentrada ainda na sua adaptação às ações implementadas no período anterior. Considerando-se a empresa uma organização nova, principalmente, quanto à estrutura, as estratégias são eminentemente empreendedoras e adaptativas, conforme o Quadro 10.

As estratégias empreendedoras são dominadas por uma ativa procura por novas oportunidades e crescer é o principal objetivo da UNIMED de Florianópolis, enquanto as estratégias adaptativas, influenciadas principalmente pelo Sistema

UNIMED, são soluções relativas às condições ambientais, conforme preconiza o modelo de Mintzberg (1973).

QUADRO 11- MODO DE FORMULAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NO PERÍODO II

Principais estratégias identificadas	Modo de formulação das estratégias
Implantação dos Cursos de Formação Cooperativista e benefícios aos cooperados	Empreendedor
Apoio à criação da Unimed Seguradora	Adaptativo
Negociação para compra da nova sede	Empreendedor
Participação projeto Unimed 2000 - Uniplan	Adaptativo
Cooperação de pessoas jurídicas	Empreendedor
Apoio à criação da Unimed Mercosul	Adaptativo

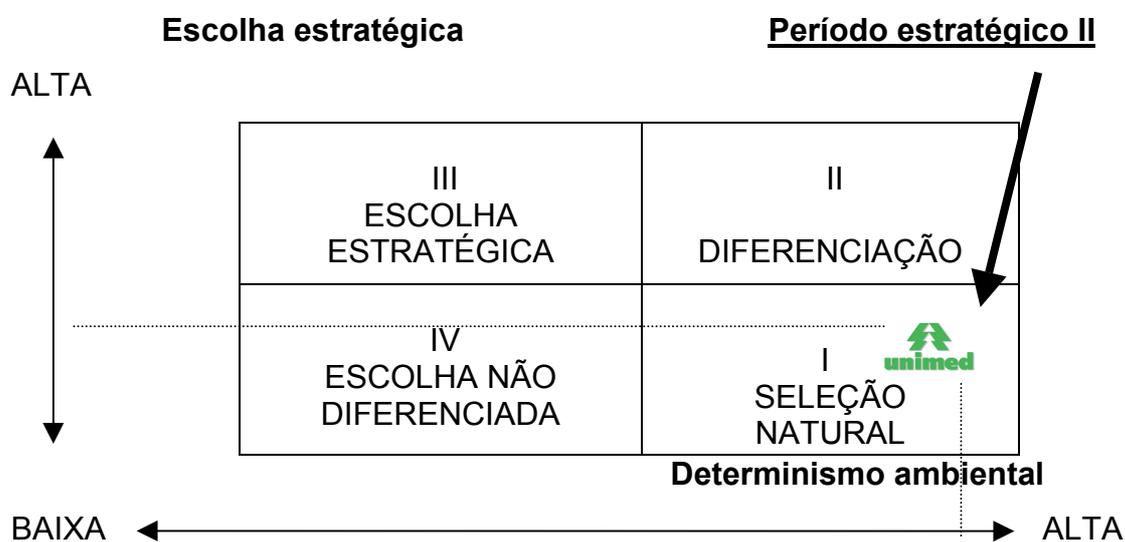
#### e) Determinismo ambiental e capacidade de escolha estratégica

A UNIMED de Florianópolis, no período II, atua com mínima capacidade de escolha estratégica e alto grau de determinismo ambiental, concentrando suas ações na implementação de processos internos definidos no período anterior, situando-se, portanto, no quadrante I, conforme o modelo proposto por Hrebiniak e Joyce (1985), mostrado na Figura 11 .

Com baixo controle sobre os fatores ambientais, as ações gerenciais foram mais restritas à cooperativa. Entretanto, as escolhas estratégicas do Pres. 2 proporcionaram condições favoráveis para o futuro da organização, tais como: difundiu os princípios e ideais cooperativistas entre os médicos cooperados, estabelecendo um ponto forte para a organização; intensificou as relações com o Sistema UNIMED, aproveitando-se de suas influências favoráveis; e negociou a aquisição da nova sede, assegurando a logística adequada à empresa.

A adaptação pela seleção natural, caracterizada nesse período, favoreceu a empresa em virtude, principalmente, das condições ambientais que era de pouca concorrência no setor.

FIGURA 10 - GRAU DE DETERMINISMO AMBIENTAL E CAPACIDADE DE ESCOLHA ESTRATÉGICA NO PERÍODO II



FONTES: ADAPTADO DE HREBINIAK E JOYCE (1985)

A gestão do Pres.2 caracterizou-se, em linhas gerais, pela continuidade das políticas adotadas no período anterior e por ações de destaque, como a difusão dos princípios e ideais cooperativistas e o apoio irrestrito ao Sistema UNIMED que, além de conduzir o processo de adaptação estratégica, contribuiu para o desenvolvimento no futuro.

### 5.2.3 Período III - O primeiro plano de mudanças e o apoio das entidades de classe (1991 a 1995)

Apesar das ameaças ao Sistema Unimed concretizadas nos fatos ocorridos em Joinville e Blumenau, citados na subseção 5.2.2.1, a Unimed de Florianópolis prosseguia seu desenvolvimento gradual, tendo em vista as características do mercado de planos de saúde em sua área de ação, ou seja, predominância da população empregada no setor público, setor industrial insipiente e o setor de serviços composto principalmente por micro e pequenas empresas. Tem-se que esses fatores afastavam o interesse dos concorrentes.

### **a) Contexto interno e conteúdo**

Nesse cenário, o Pres.3 inicia sua gestão à frente da UNIMED de Florianópolis expondo as propostas a serem implementadas, visando duas frentes: melhorar a remuneração dos médicos cooperados através de "cheque-honorário", cuja idéia nascera na AMB, e promover a renovação da cúpula diretiva nas estruturas do Sistema UNIMED.

Essas intenções, uma após a outra, foram manifestadas pelo Pres. 3:

O processo de pagamento através do cheque-honorário pretende fortalecer as Unimeds proporcionando uma melhor forma de remuneração ao cooperado, que terá como consequência a elevação da qualidade dos serviços prestados aos usuários"; o continuísmo determina um descrédito grande entre os cooperados nos destinos da própria cooperativa. Quando a continuidade transforma-se em continuísmo cria-se uma dependência administrativa e financeira, gerando acomodação. Sem esquecer ainda que o erro é mais fácil de ser cometido com a rotina (UNIMED, 1991).

Na primeira intenção estava implícita a visão de transformar a UNIMED de Florianópolis numa empresa moderna, ágil e eficiente. Quanto à Segunda, o Pres.3 manifesta ainda: "A maior parte das nossas Unimed são regidas por um sistema oligárquico, às vezes até ingênuo, que se perpetua no comando [...]" (UNIMED, 1992a).

O Pres.3 implementa sua visão na empresa sustentado no apoio de seu grupo e nas suas relações com as entidades representativas da classe médica. Corrobora essa afirmação a entrevista do Presidente da AMB recém reeleito para seu segundo mandato em 1993: "O passo mais importante dado para o respeito à nossa tabela foi o apoio maciço que as cooperativas médicas deram à sua implantação" (UNIMED, 1993).

Nesse período, o Conselho de Administração e Defesa do Direito Econômico (CADE) suspendeu a tabela da AMB e proibiu o seu uso, sob a alegação de que estimulava a inflação dos serviços médicos.

Mesmo envolvido com os preparativos para a ocupação do novo prédio-sede da cooperativa, inaugurado em 06/09/1991, o Pres.3 dava início à implementação de diversas ações que marcariam sua gestão à frente da UNIMED de Florianópolis, implantando um Programa de Qualidade Total . Porém, as ações decorrentes desse plano focaram mais o ambiente interno.

E, reafirmando seu objetivo de levar a cooperativa à uma maior participação em ações sociais, renovou o contrato firmado na gestão anterior com a Prefeitura Municipal de Florianópolis onde, gratuitamente, a UNIMED atendia os casos de urgência, ocorridos com crianças das escolas da rede municipal do ensino fundamental. O transporte era efetuado por ambulância própria, em constante sobreaviso, durante o horário escolar e o atendimento hospitalar, integralmente custeado pela UNIMED.

A visão de estabelecer um forte relacionamento com a comunidade local é manifestada pelo Pres.3: "É possível o bom e perfeito relacionamento entre as áreas pública e privada" (UNIMED, 1991).

Com essa orientação a UNIMED passou a participar, gratuitamente, de inúmeros eventos esportivos, feiras, congressos, inclusive no carnaval da capital, através de completa estrutura de suporte e atendimento médico. Para a Diretoria, esse era um *marketing* barato, e que atingia diretamente o público alvo da cooperativa.

O ponto-alto, desse envolvimento com a comunidade e os órgãos públicos, foi a Operação Veraneio, realizada em parceria com as secretarias municipal e estadual de saúde, no verão de 1992. O objetivo da operação era prestar serviço de atendimento médico de urgência aos turistas que, já em grande fluxo, procuravam a Ilha de Santa Catarina. A Secretaria Municipal de Saúde planejou e forneceu parte dos medicamentos e materiais descartáveis, a Secretaria de Estado da Saúde contribuiu com parte dos recursos e a Unimed de Florianópolis a implementou.

Constituída de cinco postos, equipados com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, medicamentos, materiais diversos e ambulância, localizados em pontos estratégicos da Ilha, teve início em janeiro e término em fevereiro/1992, após o carnaval, atendendo mais de 2.700 casos. A Operação Veraneio foi um sucesso com repercussão local e nacional. E sobre ela o Pres.3 manifesta: "É a prova maior de que hoje a Unimed já faz parte de sua comunidade, possibilitando uma verdadeira reaproximação e até reabilitação dos médicos junto à população como um todo... Mesmo que o trabalho não nos trouxesse retorno algum, apenas as vidas salvas nas duas paradas cárdio-respiratórias que os postos da cooperativa atenderam, já teria valido a pena". (UNIMED, 1992a)

O crescimento da cooperativa, alcançado nessa gestão, levou ao esgotamento os equipamentos de informática adquiridos em 1986, cuja substituição representava um elevado investimento. Por isso o Pres.3, buscando total transparência, formou uma comissão, composta por cooperados e técnicos conceituados, para avaliar e opinar sobre todo o processo, até a definição de compra.

Entretanto, a troca de equipamentos e a modernização dos sistemas informatizados, não tinham por objetivo apenas a solução das necessidades prementes da cooperativa. A visão era montar uma base de processamento com capacidade para, num primeiro momento, receber o movimento mensal de contas médicas produzidas pelos cooperados e pela rede credenciada de laboratórios, clínicas e hospitais, através de arquivos magnéticos. E, num segundo momento, através da *internet*, que em 1992 servia apenas às entidades de ensino e pesquisa.

A base tecnológica tinha por objetivo ainda, integrar o Sistema UNIMED que, com 260 cooperativas regionais, ligadas a 17 estados, já estudava um projeto para a criação de uma rede de comunicação nacional. O projeto era desenvolvido em convênio com a Universidade de São Paulo (USP).

A concretização desse objetivo esbarrava numa constatação. Havia uma grande resistência por parte dos médicos em aderir à era da informática e praticamente não existiam computadores nos consultórios. A estratégia foi incentivar o uso e facilitar a compra desses equipamentos, ainda muito caros.

Um contrato de *leasing* entre a UNIMED e o Banco do Brasil, possibilitou a compra do primeiro lote de 85 computadores e 40 impressoras a preços vantajosos. O *software* para a comunicação foi comercializado por uma empresa especializada, também com preços reduzidos, diretamente com cada cooperado, que foi treinado para o uso, juntamente com sua secretária.

Ações como essas, que tinham o objetivo de aproximar os médicos da cooperativa e disseminar entre eles os princípios cooperativistas, tiveram seguimento nessa gestão. Na mesma intensidade foram aplicadas também as penalidades àqueles que descumpriam as normas estatutárias.

Nesse sentido, destacam-se ainda as seguintes ações:

- a. *organização do Quadro Social*: programa onde grupos de associados formavam núcleos de discussão, de troca de idéias e sugestões, visando o acompanhamento da gestão da cooperativa;

- b. *Conselho de Ética*: composto por cinco cooperados com mais de 10 anos de relação idônea com a cooperativa e eleitos em Assembléia Geral, com o objetivo de avaliar questões éticas na relação entre cooperados e cooperativa;
- c. *Conselho Consultivo*: formado pelos três últimos ex-presidentes, é convocado pelo Conselho de Administração ou pelo presidente da cooperativa para aconselhamento sempre que houver questão relevante ou polêmica;
- d. *Programa de Formação Cooperativista*: curso pré-requisito para o ingresso dos novos cooperados;
- e. *Curso de Formação de Dirigentes*: com duração de um ano, tinha o objetivo de preparar cooperados que almejassem ocupar cargos diretivos na Unimed.

A maior parte dessas mudanças foi incorporada ao Estatuto Social da Cooperativa através da Assembléia Geral Extraordinária, realizada em setembro de 1993, onde foram aprovadas: as Diretorias de Contas Médicas e de Educação Cooperativista e a mudança do tempo de mandato do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva, que passou de três para quatro anos. Neste último item, o propósito do Pres.3 foi fazer coincidir a mudança de gestão da UNIMED de Florianópolis com a da UNIMED do Estado de Santa Catarina - Federação.

Nesse período de gestão, verifica-se o expressivo crescimento do mercado nacional de assistência médica supletiva, e a concorrência local emite seus primeiros sinais. Por isso o Pres.3, com os apoios já citados, atua energicamente punindo com a exclusão do quadro social da cooperativa, aqueles cooperados que, descumprindo norma estatutária, atuavam como credenciados de empresas concorrentes, a chamada "dupla militância". Durante seu mandato foram excluídos três cooperados.

Nesse período, uma visão do mercado no Estado, pode ser obtida com os seguintes dados: o Sistema UNIMED possui 350 mil usuários, sendo 130 mil da UNIMED de Florianópolis, enquanto o Saúde Bradesco possui pouco mais de 40 mil e a Golden Cross, 15 mil usuários.

Destaca-se nessa época, a atuação do órgão de defesa do consumidor estadual Procon - SC, em face da crescente quantidade de reclamações dos clientes

de seguros e planos de saúde, juntamente com os problemas que envolviam os contratos de aluguel e as mensalidades escolares.

Com mais de 90% de sua clientela vinculada aos contratos com empresas, os planos coletivos, a estratégia da UNIMED foi antecipar-se às eventuais reclamações dos usuários, levando ao Procon - SC os diversos tipos de contratos comercializados, explicando os termos técnicos e as relações operacionais entre os atores envolvidos. A única reclamação contra a UNIMED foi contornada sem dificuldades, pois foi constatada a interpretação equivocada por parte do cliente.

Algumas informações sobre o setor e a concorrência já eram publicadas, porém, imprecisas. No País, o Sistema UNIMED contava com 8,5 milhões de usuários e a Golden Cross com 2,5 milhões (Unimed, 1992c). Entretanto, sendo sua estrutura cooperativista desconhecida da opinião pública e da imprensa, as Unimeds não eram citadas, por exemplo, na publicação anual, Maiores e Melhores da revista Exame.

Com o objetivo de incrementar o número de clientes do plano pessoa física, o Pres.3 determinou mudança na estrutura de vendas, que contava ainda com quatro vendedores, empregados da cooperativa. A estratégia foi terceirizar essa tarefa com uma empresa que atuava no ramo de seguros elementares.

Ao comercializar um produto intangível, como é o caso dos planos de saúde, a equipe antes empregada da cooperativa caracterizava-se pelo longo tempo de experiência na venda o produto. A produção de vendas, em princípio de pequeno volume, era efetiva. Os clientes estavam sempre informados e conscientizados sobre o produto comprado.

A empresa terceirizada absorveu esses vendedores agregando-os ao seu quadro, com mais de trinta vendedores autônomos, cuja experiência era com outro tipo de produto. As vendas, efetivamente, provinham do grupo mais experiente, às quais se somava a produção de mais alguns dentre os novos. A incidência de problemas e atritos com clientes durante a comercialização passou a ser relevante.

Sobre essa estratégia manifesta-se o Ger.1: “Essa experiência mostrou-se negativa em diversos aspectos para a Unimed. Não adianta ter uma equipe grande de vendas, se somente cinco ou seis vendedores produzem, porque estão capacitados. A maioria acaba atuando sem responsabilidade e sem compromisso com os resultados da empresa, além do que os custos com vendas ficaram maiores” (informação verbal)

Com uma visão pró-ativa sobre o mercado e a concorrência, o Pres.3 vislumbrou o crescimento populacional vertiginoso do Bairro Kobrasol, em São José, como um nicho a ser explorado. Em março de 1994 instalou nesse Bairro, com sede própria, a primeira filial da cooperativa.

Para efetivar esse negócio, a UNIMED de Florianópolis mais uma vez solicita e consegue o apoio dos cooperados. Um empréstimo de 5% sobre o valor da produção mensal foi descontado em dois meses, sendo devolvido aos cooperados nos dez meses seguintes.

Marcada também por elevados índices inflacionários, que venceram a heterodoxia econômica dos planos Color I e Color II, a economia nesse período exigiu muita movimentação e flexibilidade por parte dos diretores e gerentes da Unimed de Florianópolis.

Inicialmente, eram constantes as negociações com as empresas contratantes, principalmente aquelas com maior número de usuários, e com a clientela de planos particulares, no sentido de repassar os índices de inflação para os preços dos contratos que, por consequência permitia também reajustar o valor da remuneração dos cooperados. Porém, quando a reindexação da economia foi inevitável, os reajustes, tanto dos preços contratados quanto da remuneração dos médicos, eram mensais. No Quadro 12 tem-se uma visão da inflação nesse período.

QUADRO 12 - INDICADORES ECONÔMICOS E A VARIAÇÃO DO CH  
(COEFICIENTE DE HONORÁRIOS MÉDICOS)

<b>Indicadores econômicos</b>	<b>Variação (abril/91 à Março/92)</b>
Variação do CH (Coeficiente de Honorários)	733,98%
Variação do INPC	520,06%
Variação do IGP-M	519,28%

FONTE - ADAPTADO DA UNIMED, (1992D).

Esse cenário, apesar da complexidade, não impedia o crescimento da cooperativa. No entanto exigia constantes posicionamentos do Pres.3:

Apesar dessa situação crítica, a nossa Unimed cumpriu mais um ano com excelente progresso, sedimentando-se cada vez mais como empresa que oferece serviços de qualidade na área da saúde [...]. Nossa principal dificuldade hoje centraliza-se na negociação dos valores do CH da AMB. Solicitamos dos

nossos cooperados paciência, porque estamos atravessando essa forte crise econômica, lembrando que nosso sucesso depende do bom atendimento aos nossos usuários.

A visão do Pres.3 era fortalecer a integração com o Sistema UNIMED e, com o objetivo de também equacionar problemas técnicos existentes com o plano de saúde dos médicos cooperados (Plano FAMA), conseguiu aprovação da Assembléia Geral para transferi-lo para a Unimed Seguradora. Essa operação permitiu ainda a oferta de novos produtos ao mercado local.

Consciente do volume de recursos financeiros movimentados pelo Sistema Unimed, de que a sua reciclagem dentro do sistema cooperativo alavancaria o seu desenvolvimento e traria mais benefícios aos cooperados, o Pres.3 assimilou inteiramente a visão do líder fundador, Dr. Castilho: “Assim como o médico não deve permitir a intermediação do seu trabalho, é coerente que esse fruto não seja intermediado por outros, alheios ao cooperativismo. Ele precisa administrar essa riqueza, através da cooperativa de crédito e não de instituições financeiras mercantilistas, contrárias à tese cooperativista“ (VIVEIROS, 1999).

Em 1993, o Pres. 3 fundou a UNICRED de Florianópolis, sendo também seu primeiro presidente, quando manifesta sua convicção:

Hoje, quando um cooperado emprega seus recursos financeiros na rede bancária recebe um tipo de tratamento, às vezes diferenciado. Imaginem quando mil cooperados fizerem esse procedimento de uma só vez? Sem dúvida, o retorno será muito mais compensador. Portanto, constituir a Unicred de Florianópolis, é um imperativo estratégico que possibilitará uma melhoria da qualidade de vida de todos os que dela participam. O médico, acostumado a "administrar" vidas, certamente terá competência para alcançar mais esse sucesso.

De conseqüência, o posto bancário instalado na sede da UNIMED e que era operado pelo Banco do Estado de Santa Catarina (BESC), com o objetivo de facilitar para o cooperado, a operação com o "cheque-consulta", foi assumido pela Unicred.

Transcorridos treze anos desde a fundação da primeira Unicred, o sistema cooperativo de crédito se estruturou paralelamente ao Sistema UNIMED e atualmente, administrando R\$ 1,2 bilhão de ativos, possui a seguinte configuração: uma Confederação Nacional - Unicred do Brasil (3º grau); dez Cooperativas Centrais (2º grau); e 128 Cooperativas Singulares (1º grau), conforme se vê no Anexo H.

Na área de *marketing* e propaganda, a UNIMED de Florianópolis empreendeu diversas ações, principalmente com participação em campanhas desenvolvidas pela Federação e pelo Sistema UNIMED, onde os custos eram compartilhados, o que permitia a participação de cooperativas menores. As campanhas de maior sucesso na mídia tinham os seguintes títulos: "Saúde não é brinquedo"; "Na UNIMED você fala com o dono"; e, "UNIMED - um doutor plano de saúde".

O Pres.3 criou também o "Jornal do Usuário" que, com o objetivo de estreitar o relacionamento com os clientes, informava sobre as coberturas contratuais e a forma adequada de utilização dos benefícios dos planos contratados, destacando sempre os diferenciais da UNIMED no mercado pelo fato de ser uma cooperativa de médicos. Essa iniciativa era apoiada ainda pela Central de informações dos Usuários, implementada nessa gestão.

Com o objetivo de atrair para a cooperativa a população economicamente mais desfavorecida, o Pres.3 criou o UNIMED Pop (Plano Unimed Popular). A intenção foi proporcionar atendimento médico às pessoas de baixa renda, que não tinham condições de pagar a mensalidade de um plano de saúde e que, pela gravidade da doença, não poderiam esperar nas filas do SUS.

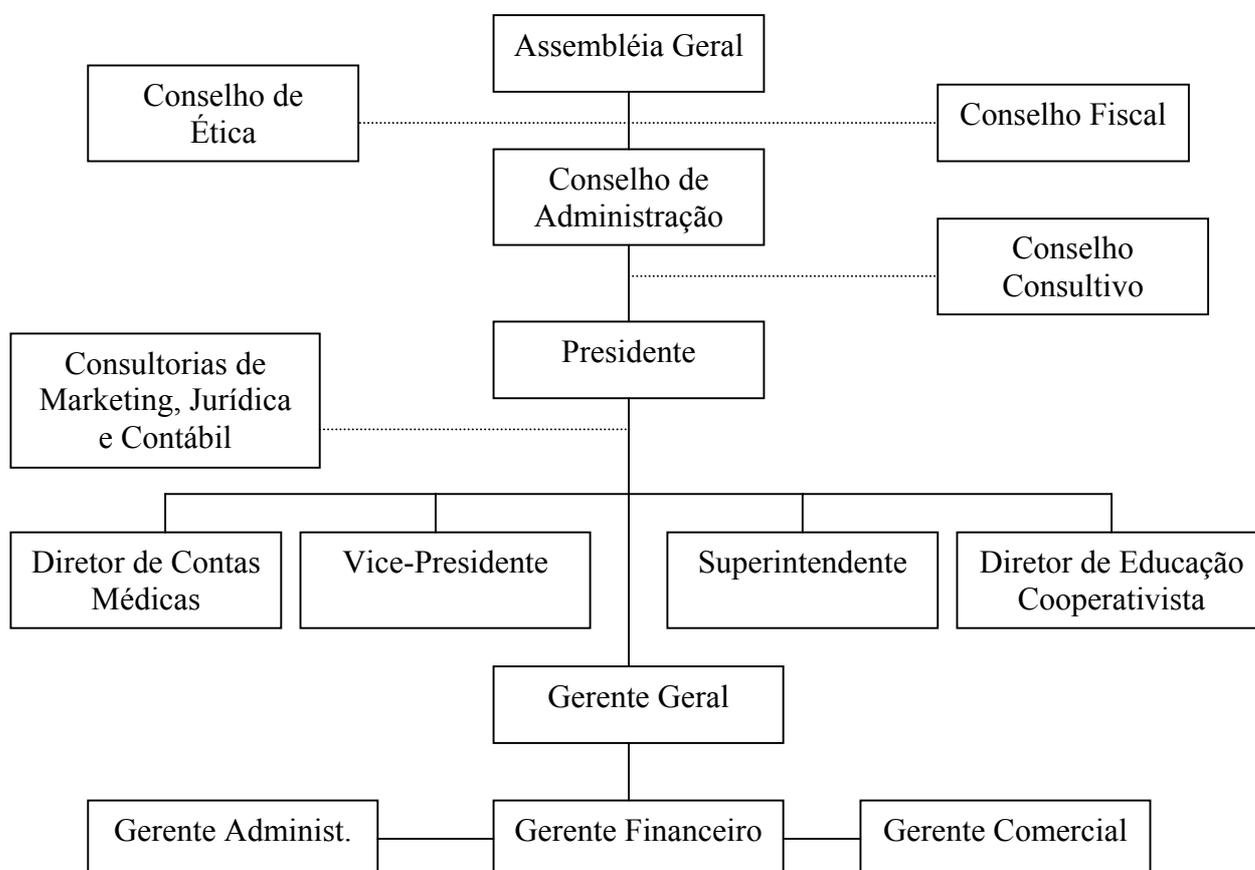
Após o término do seu mandato na cooperativa de serviços médicos, o Pres.3 continuou o seu mandato na Unicred Florianópolis.

Com mais de 130 mil usuários e 1.050 médicos cooperados, desenvolveu-se nesse período um programa de qualidade onde, além do aprimoramento das atividades da empresa como um todo, destaca-se o programa de treinamento e capacitação dos empregados.

Houve ainda uma ampla reformulação da estrutura organizacional da cooperativa, com destaque para a nova composição da Diretoria Executiva e do nível gerencial, com a criação da gerência administrativa e da gerência financeira, sendo gerente geral o autor, conforme mostra a Figura 11.

FIGURA 11- ORGANOGRAMA DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS – 1991

A 1994



### b) Os *stakeholders* da organização

No período III, os médicos cooperados, na condição de sócios da UNIMED de Florianópolis, influenciam as mudanças em busca de melhor remuneração e também com os recursos para investimentos, segundo a visão de Bowditch e Buono (1997).

O Sistema UNIMED caracteriza-se como outro importante *stakeholder* pois, além das influências anteriores, oferece as condições para a criação da Unicred.

Enquanto, os usuários e o Procon mantêm praticamente as mesmas influências anteriores sobre a empresa, nessa gestão surgem a empresa terceirizada e as entidades de classe como dois novos *stakeholders*. A primeira influencia no

processo de vendas e a segunda nas ações de apoio à tabela de honorários médicos.

O governo mantém sua influência quanto às ações decorrentes da questão tributária. Entretanto, as relações de parceria da empresa com o poder público, são resultado de novas influências, conforme demonstra o Quadro 13.

QUADRO 13 - PRINCIPAIS STAKEHOLDERS DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS NO PERÍODO III

Stakeholders	Influências
Médicos cooperados e serviços credenciados	Melhoria na remuneração; reforma estatutária; benefícios da cooperativa; empréstimo para compra de sede da filial; e exclusão de cooperados
Sistema Unimed	Criação da Unicred; e ações compartilhadas de <i>marketing</i> .
Usuários (clientes)	Melhorias da qualidade e quantidade na oferta dos serviços médicos; e jornal do usuário.
PROCON	Padronização dos contratos; e ações preventivas de esclarecimentos para evitar reclamação dos usuários.
Empresa terceirizada	Terceirização das vendas
Entidades de classe	Busca de apoios políticos e operacionais.
Governo	Ações judiciais contra a cobrança de tributos (ISS, INSS e IR); e parcerias em eventos.

### c) A mudança estratégica

O Quadro 13 mostra que a maioria das estratégias é caracterizada na forma deliberada, segundo o modelo de Mintzberg (1987), pois foram decorrentes da elaboração do primeiro plano estratégico na condução das mudanças da empresa, verificadas no Período III.

Destacam-se as estratégias que concretizaram as relações da empresa com o poder público e a implantação do cheque-honorário. A primeira, sob a forma deliberada, teve como objetivos aproximar a empresa da comunidade e facilitar o trâmite das ações judiciais contra a cobrança de tributos. A segunda, emergente, objetivou buscar apoio das entidades representativas da classe médica para facilitar

as relações com os cooperados e para a mudança da cúpula diretiva do Sistema UNIMED. Essa estratégia contribuiu, ainda, para a implementação da reforma estatutária, que é uma estratégia sob a forma deliberada.

As estratégias de implantação da filial, que tem o objetivo de posicionar a empresa no mercado; a reestruturação organizacional e a implantação de novas tecnologias, que visavam satisfazer o Programa de Qualidade e preparar a empresa para o futuro, também foram deliberadas.

A fundação da Unicred, por decorrer da visão e da estrutura oferecida pelo Sistema Unimed, caracteriza-se sob a forma emergente, sendo que a estratégia de manter o apoio ao Sistema é deliberada.

QUADRO 14 - FORMAS BÁSICAS DE ESTRATÉGIAS NO PERÍODO III

<b>Principais estratégias identificadas</b>	<b>Formas básicas de estratégias</b>
Implantação cheque-honorário	Emergente
Implantação de novas tecnologias	Deliberada
Reestruturação organizacional da empresa	Deliberada
Relação com o poder público	Deliberada
Terceirização das vendas	Deliberada
Fundação da Unicred	Emergente
Implantação sede Kobrasol	Deliberada
Reforma estatutária	Deliberada

#### **d) A formulação estratégica**

Ao atuar em um ambiente complexo, a formulação das estratégias da UNIMED de Florianópolis no período III foi mais formal, com ações integradas para o futuro. Esse fator caracterizou o modo planejado para a maioria das estratégias dessa gestão, segundo o modelo proposto por Mintzberg (1973).

O planejamento estratégico articulado em conjunto com os demais diretores e conselheiros, principalmente daqueles pertencentes ao seu grupo de apoio (coalizão dominante), considerou as condições da empresa e do ambiente, previamente.

A Formulação no modo adaptativo caracterizam as estratégias reativas às condições do ambiente. Nesse caso, a adoção do cheque-honorário, um projeto da AMB, visa atender os anseios dos cooperados em relação à remuneração; e a fundação da Unicred, resultante de uma visão do Sistema Unimed, além de movimentar os recursos do Sistema, reforçava a posição da marca frente ao mercado.

QUADRO 15 - MODO DE FORMULAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NO PERÍODO III

<b>Principais estratégias identificadas</b>	<b>Modo de formulação</b>
Implantação cheque-honorário	Adaptativo
Implantação de novas tecnologias	Planejado
Reestruturação organizacional da empresa	Planejado
Relação com o poder público	Planejado
Terceirização das vendas	Planejado
Fundação Unicred	Adaptativo
Implantação sede Kobrasol	Planejado
Reforma estatutária	Planejado

#### **e) Determinismo ambiental e capacidade de escolha estratégica**

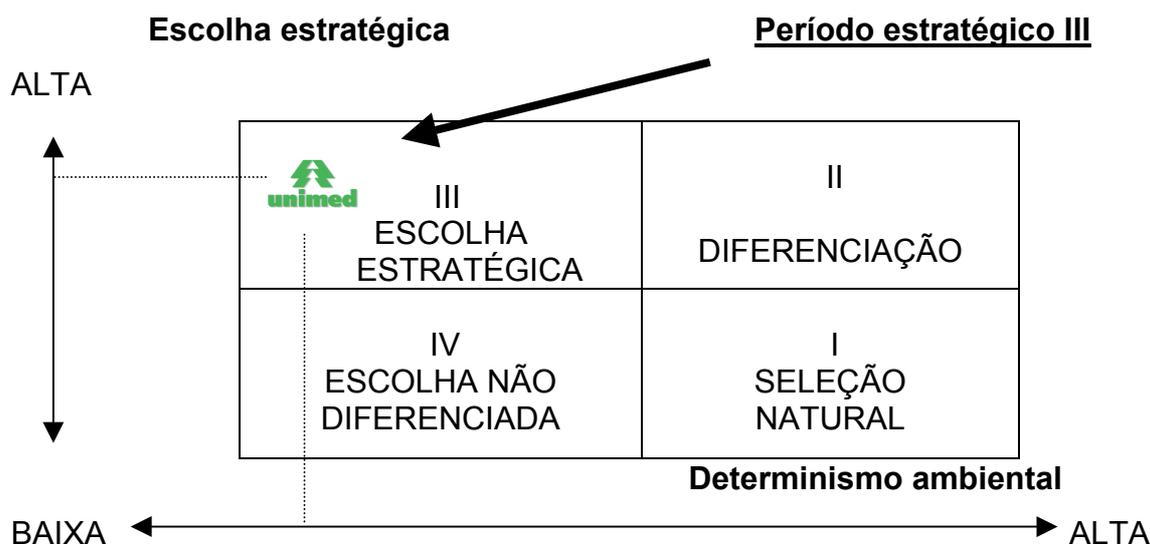
A adaptação estratégica da UNIMED de Florianópolis nesse período, destaca-se pela mudança de seu posicionando para o Quadrante III no modelo proposto por Hrebiniak e Joyce (1985), em razão da elaboração do seu primeiro plano de gestão, onde exerce sua máxima capacidade de escolha estratégica com baixo grau de determinismo ambiental, conforme a Figura 12.

As escolhas estratégicas formuladas pelo planejamento estabelecem a autonomia da organização, levando-a a superação das condições do ambiente, cujas características, a partir desse período, tornam-se mais complexas e oferecem maiores restrições.

A busca de apoio político entre as entidades representativas da classe médica, foi uma escolha do Pres.3,I que contribuiu de modo decisivo para a sustentação o plano de gestão.

O poder supera a dependência de recursos e a empresa exerce seu domínio sobre o ambiente, sendo percebida pelas demais empresas.

FIGURA 12 - GRAU DE DETERMINISMO AMBIENTAL E CAPACIDADE DE ESCOLHA ESTRATÉGICA NO PERÍODO III



FONTE: ADAPTADO DE HREBINIAK E JOYCE (1985)

O apoio político das entidades representativas da classe médica e o implemento de ações para satisfazer seus interesses na condução dos negócios da cooperativa, foram destaques na gestão do Pres.3. Apesar da conjuntura econômica adversa, verificou-se o crescimento da empresa e da marca, devido em grande parte às ações preconizadas no seu primeiro plano estratégico.

#### 5.2.4 Período IV - A mudança do poder e a busca de uma nova visão para a empresa (1995 a 1999)

A trajetória da UNIMED de Florianópolis durante a gestão anterior, apesar da maior competição no setor, dos planos econômicos e da inflação, mantém-se numa linha de expansão gradual, sustentada pelo contexto interno e pelas ações citadas na subseção 5.2.3.1 e que, definitivamente, contribuiu para colocar o Sistema UNIMED e a sua marca em destaque nacional.

Por isso, a vitória da chapa apoiada pela situação era contada como líquida e certa pelo Pres.3, porém - na eleição mais concorrida em termos de presença de cooperados -, a Assembléia Geral Ordinária de 1995 elegeu a chapa da oposição, liderada pelo Pres.4.

#### **a) Contexto interno e conteúdo**

A estratégia vencedora foi direcionada para um grande número de cooperados que, em tese, sentiam-se excluídos de uma maior participação nos destinos da cooperativa e literalmente invadiu o ambiente da Assembléia Geral, todos vestindo camiseta com o *slogan* da campanha sagrada vencedora. A afirmação do Pres.4 sintetiza esse fato: “[...] enfrentamos opositores de alto nível. Alguns deles tinham experiência na administração de empresas, o que tornava nossa responsabilidade ainda maior. Quando a maioria dos "cooperantes" confiou em nosso programa de mandato e votou em nossa chapa, por maior que fosse a imaginação não conseguíamos prever a grandeza dos desafios que teríamos pela frente [...]”. (UNIMED, 1998)

A primeira mudança que pretendeu ser emblemática e duradoura, e que vigorou somente durante essa gestão, foi à denominação usual para identificar o médico associado da cooperativa passou a ser "cooperante", e não mais "cooperado".

Indicando a sua política de gestão, cujos objetivos foram definidos por um planejamento estratégico, o Pres.4 manifesta nesse mesmo Relatório: “A primeira grande mudança que implementamos foi cultural: a empresa deixou de ser uma caixa-preta para seus próprios cooperantes”.

Com essa visão, as primeiras ações dessa diretoria foram relacionadas à austeridade quanto aos gastos operacionais, que nesse período foram reduzidos de 7,27% para 6% sobre o total de gastos administrativos.

Parte dessa redução deveu-se ao cancelamento do contrato de terceirização das vendas, que voltou a ser operada por vendedores empregados da cooperativa e a redução de vantagens salariais de alguns gerentes.

Muitas das ações voltadas para o quadro social eram as mesmas já desenvolvidas na gestão anterior no que tange aos objetivos. Mudou-se, porém, o nome das estruturas e a forma de implementação. As novidades ficaram por conta

de dois programas. O primeiro, Auxílio Temporário Unimed (ATU), tinha o objetivo de manter a renda do cooperado que se afastava do trabalho por motivo de doença.

O segundo programa foi o Prêmio Produção, semelhante ao 13º salário dos trabalhadores amparados pela CLT, consistia numa remuneração extra correspondente à 60% da produção média mensal em doze meses. No caso da cooperativa, seria uma espécie de antecipação na distribuição das sobras do exercício.

Os recursos para esses programas não resultaram do ingresso de novas receitas na cooperativa, mas das disponibilidades em capital de giro remanescentes da gestão anterior, que foram utilizados em grande parte para o pagamento do Prêmio Produção, segundo a visão do Pres.4: "Todos os recursos da cooperativa pertencem aos cooperantes" (informação verbal).

Mas a visão estratégica mais perseguida foi a de valorizar o trabalho do médico, como por exemplo, as consultas e os honorários para procedimentos cirúrgicos, em detrimento da redução no valor dos exames laboratoriais e dos serviços de diagnóstico com o uso intensivo de máquinas (equipamentos médicos de diagnóstico por imagem).

O modo de implementar essa estratégia foi à adoção do chamado "CH (Coeficiente de Honorários) variável" que, contrariamente ao preconizado pela tabela da AMB, atribuiu padrões diferenciados para a remuneração dos cooperantes, de acordo com as suas especialidades médicas.

Paralelamente a essas medidas, foram reduzidos unilateralmente alguns valores de serviços contratados junto às clínicas e hospitais credenciados, como diárias e taxas cobradas por pacientes internados.

O resultado dessas medidas foi o posterior ajuizamento de ações contra a UNIMED de Florianópolis por parte daqueles que se sentiram prejudicados, tanto por parte dos cooperantes como dos demais prestadores de serviços credenciados. Houve ainda a interposição de ações judiciais, contra as pessoas físicas de alguns dirigentes.

Na área comercial, a mudança estratégica da UNIMED foi incrementar a comercialização de planos empresariais (coletivos) na modalidade de pré-pagamento, onde a cooperativa recebe uma mensalidade *per capita* e assume os riscos da cobertura assistencial. O número de usuários contratados nessa modalidade, que na gestão anterior não passava de 10%, passou a representar mais

de 50% do total. Sobre essa ação o Vice-Presidente na gestão do Pres.4 justifica: “A partir de 1995, como reflexo das condições econômicas favoráveis do Plano Real, priorizou-se a comercialização dos planos de pré-pagamento, com o objetivo de aumentar as receitas da cooperativa” (informação verbal).

Grande parte das empresas contratantes aderiu a essa nova modalidade, que passou a exigir da cooperativa um controle mais eficiente sobre a oferta de serviços médicos e sobre a atuação dos cooperantes. O controle mais efetivo foi direcionado para os chamados serviços de "alto custo", com o uso intensivo de tecnologia, materiais sofisticados e medicamentos, principalmente os oncológicos, conforme manifesta o Vice-Presidente na gestão do Pres.4: “O novo modelo adotado para a venda dos serviços passou a representar também mais riscos, forçando a Unimed a ampliar seu sistema de auditoria médica para coibir abusos, tanto de parte dos cooperados que buscam auferir mais renda, indevidamente, como dos clientes, pelo uso inadequado dos serviços” (informação verbal).

Nesse sentido, um grande esforço foi concentrado na Diretoria de Contas Médicas, inclusive com a disponibilização de peritos médicos em tempo integral, para certificar a necessidade dos serviços prescritos aos usuários pelos médicos cooperantes. Entretanto, essa ação ficou prejudicada, em razão de a diretoria da Unimed de Florianópolis optar por reformular a estrutura da Diretoria de Contas Médicas e trocar o *software*, que gerenciava todas as suas operações.

A troca de *software* tinha também o objetivo de viabilizar a instalação de controles *on-line*, para as autorizações prévias de serviços através de um sistema de cartão magnético, desburocratizando o atendimento aos usuários. Porém, essa tarefa não foi concluída até o final da gestão e, tanto o controle de contas médicas como os atendimentos aos usuários perderam em eficiência e eficácia.

O fato da entrada de empresas no mercado oferecendo serviços médicos domiciliares de urgência, motivou a Federação a planejar em conjunto com as singulares do Estado um serviço de atendimento médico de urgência móvel 24 horas, o *SOS Unimed*. Para a prestação desse serviço a Federação criou a UNISANTA S. A., uma empresa de capital, com a visão de captar novas oportunidades e flexibilizar a participação do Sistema UNIMED no mercado estadual.

Duas empresas ofereciam esses serviços na Grande Florianópolis. Mas o Sistema UNIMED, detentor da maior massa de usuários, vislumbrou nesse negócio a oportunidade de manter sua hegemonia no mercado, além de oferecer novos

postos de trabalho para os cooperantes, conforme manifesta o Pres.4: “Essa iniciativa veio cobrir um flanco que poderia ser explorado pela concorrência, uma vez que 40% dos usuários da UNIMED contratavam esses serviços de outras empresas“. (UNIMED, 1998)

Outra ação do Pres.4 foi à criação do departamento de saúde ocupacional, cujos objetivos foram: ocupar espaço do potencial de mercado, em razão da norma legal, que obriga as empresas a avaliar periodicamente a saúde de seus empregados; e abrir novo campo de trabalho para os médicos cooperantes.

Seguindo a tendência apontada pelo Sistema UNIMED, o Pres.4 implementou em Florianópolis a USIMED, cooperativa de usuários de serviços médicos. Entretanto, a USIMED não foi constituída sob a visão utilitária do Dr. Castilho, cujo objetivo era "a concretização plena dos princípios cooperativistas, o último elo dentro do setor de saúde suplementar" (VIVEIROS, 1999).

As atividades da USIMED se concentraram na instalação de uma farmácia, para a venda de medicamentos a preços reduzidos, além da oferta aos associados de outros serviços como psicologia, fonoaudiologia, odontologia, nutrologia e de enfermagem, sob a forma de credenciamento. Em relação a UNIMED, a função da USIMED teve um caráter mercadológico.

Uma das estratégias apontadas para o Sistema UNIMED pelo "Projeto UNIMED 2000", formulada em 1990, foi o investimento em serviços próprios de atendimento médico. Com isso, o Pres. 4 propôs à Assembléia Geral da UNIMED de Florianópolis, que avalizasse a construção do Hospital UNIMED na capital, citando a precariedade dos serviços existentes nessa área, onde a maioria dos estabelecimentos é público.

A Assembléia Geral determinou então a constituição de uma comissão para estudar o assunto. A comissão, por sua vez, contratou uma empresa de consultoria especializada no assunto que, ao final do trabalho, apresentou algumas questões que foram decisivas. Dentre elas a mais importante apontava para a efetiva elevação dos custos da cooperativa, que já eram altos, em vez de reduzi-los. A construção do hospital não foi aprovada. Transcreve-se aqui a visão do Pres.1, que em sua entrevista manifestou-se sobre essa estratégia:

Eu participei dessa comissão e acho uma estupidez esse negócio da Unimed colocar serviços próprios. Numa organização onde a direção muda a cada quatro anos, é muito difícil esse negócio dar certo. Cada diretoria que entra vai achar que tem sempre que fazer diferente e sai mudando tudo. Conheço muitos

hospitais de Unimed que são uma espelunca, uma vergonha para a classe médica. O hospital da Unimed de Joinville é uma maravilha, mas tem custo muito elevado. Concordo com serviço próprio quando ele é estratégico, por exemplo, numa cidade onde determinado serviço não existe ou é fechado para a Unimed (informação verbal).

Essa gestão transcorreu inteiramente durante o período de estabilidade econômica do País proporcionado pelo Plano Real. E, também em tese, esse fator contribuiu com as condições favoráveis para a continuidade do desenvolvimento da empresa. Alguns entraves, oriundos do poder público, ficaram por conta da continuidade das ações interpostas contra a cooperativa nas gestões anteriores, relativas à cobrança de tributos como ISS e outros.

Nesse sentido, destaca-se também a Lei Complementar nº 84, de 18/01/1996 que, ao instituir as fontes de custeio para a Previdência Social, determinava às cooperativas de trabalho o recolhimento de 15% sobre o total das importâncias pagas, distribuídas ou creditadas a seus cooperados, a título de remuneração ou retribuição, pelos serviços prestados a pessoas jurídicas por intermédio delas.

A consequência dessa lei seria que essa contribuição elevaria os custos da cooperativa, impactando a competição com as empresas concorrentes. Mas, numa ação conjunta eficiente, o Sistema UNIMED reagiu, conseguindo a declaração de inconstitucionalidade do artigo da lei que tratava do assunto.

Mas, um fato político marcou profundamente o Sistema UNIMED, justamente num momento crítico para o setor em face da nova regulamentação. Foi o surgimento da Aliança UNIMED, ocorrida em 1998, resultado da disputa política pela hegemonia do poder e que dividiu as cooperativas médicas em dois grupos nacionais, sendo essa a segunda dissidência no Sistema. No Anexo K vê-se a ata de constituição da Aliança Unimed e, no Anexo I, a identificação das cooperativas em cada agrupamento.

A divisão de cúpula não foi percebida pelas demais empresas dessa indústria e nem pelos clientes, já que operacionalmente, o atendimento aos usuários em todo o País não se alterou. Exceto pelo que manifestou o Ger.1: “A Aliança Unimed fechou um contrato nacional com a Confederação do Comércio de Dirigentes Logistas (CDL), em Brasília, e quando esse fato foi comunicado à entidade associada aqui do Estado, que já era nossa cliente, foram necessárias

várias reuniões para explicar o que estava ocorrendo. Ao final permaneceu o nosso contrato” (informação verbal).

A ação implementada pelo Sistema UNIMED, com o objetivo de minimizar possíveis efeitos dessa dissidência e concentrar a comercialização dos contratos com as grandes empresas nacionais, dentre outros, foi à criação da Central UNIMED, instalada em São Paulo. No Anexo I tem-se uma visão quantitativa do Sistema UNIMED.

Porém, poucos meses do término dessa gestão, entrou em vigor a Lei 9.656 que regulamentou o setor e que determinaria a necessidade de grandes ajustes na condução dos negócios, principalmente na reformulação dos planos de saúde ofertados ao mercado, os quais deveriam seguir os padrões estabelecidos por essa lei.

A regulamentação imprimiu um ritmo mais intenso nas relações entre as Unimeds de todo o País com o Sistema UNIMED, que proporcionou o suporte para os estudos conjuntos das repercussões da nova legislação, principalmente quanto aos aspectos jurídicos e comerciais.

Nesse sentido, numa ação comercial conjunta, as cooperativas médicas do estado, lideradas pela Federação, lançaram o Plano Uniflex, com uma grande campanha na mídia estadual. Como o próprio nome indica, o plano de saúde Uniflex era flexível às necessidades do consumidor e modulado quanto às coberturas assistenciais e abrangência territorial, já adequado às normas da recente regulamentação.

O balanço encerrado em dezembro de 1998, três meses antes do final da gestão do Pres.4, mostra um faturamento de R\$ 94,1 milhões, com um crescimento de 138% em comparação ao de 1995. A quantidade de usuários (clientes) ao final da gestão é de 153.636. (UNIMED, 1998).

A estrutura organizacional da empresa, com mais de 160 empregados, é alterada com a introdução das seguintes comissões: Técnica de Moderação, que assessora o Conselho de Administração, e a de Sindicância que assiste o Superintendente. Ocorre, ainda, a unificação das gerências administrativa e financeira e a criação de departamentos, para a coordenação dos novos serviços e das demandas da ANS, mostrada no Anexo K.

Finalmente, destaca-se que, apesar do balanço do exercício de 1998 apresentar como resultado uma sobra líquida de R\$ 1.132.185,60, a Assembléia

Geral Ordinária realizada em março de 1999, na qual houve também a eleição do Conselho de Administração para a nova gestão, não aprovou as contas do Pres. 4. O motivo foi o não provisionamento das ações judiciais contra a cooperativa, promovidas por cooperantes e prestadores de serviços, exigindo o pagamento de diferenças pela remuneração dos serviços com base nos parâmetros anteriores e historicamente empregados, cujo valor estimado era de R\$ 6,3 milhões. Esse fato foi inédito na história da UNIMED de Florianópolis.

No Quadro 16 vê-se a estrutura da rede de prestadores de serviços médicos, cooperantes e credenciados.

QUADRO 16 - ESTRUTURA DA REDE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS  
EM DEZEMBRO DE 1998

Médicos Cooperados	1.172
Laboratórios Cooperados	12
Laboratórios Credenciados	33
Clinicas Cooperadas	97
Clinicas Credenciadas	60
Serviços de Raio-X e Clinicas de Imagem Diagnóstica	15
Hospitais Credenciados	24
Hospitais Próprios	0
Ambulâncias	4

FONTE - ADAPTADO UNIMED (1998).

#### **b) Os *stakeholders* da organização**

Na mudança estratégica da UNIMED de Florianópolis no período IV, os *stakeholders*, praticamente os mesmos da gestão anterior, ampliam suas influências sobre a empresa, conforme o Quadro 16.

Nesse sentido, destacam-se as influências dos médicos cooperados e serviços credenciados na adoção do CH variável na criação de novos benefícios, e na redução dos preços, respectivamente. Os usuários influenciaram a implantação de controles restritivos à oferta de serviços e coberturas contratuais. E, paralelamente, o Procon influenciou a adaptação dos contratos à nova legislação.

O Sistema UNIMED exerce influências importantes para a empresa, tanto na criação de novas estruturas como no desenvolvimento de novos produtos. Entretanto, a Aliança Unimed, resultado da segunda dissidência do sistema, configura um novo *stakeholder* e influencia ações de esclarecimentos às empresas contratantes.

O *stakeholder* que se destaca nesse período é o governo, pois a regulamentação do setor e a legislação tributária, determinam as maiores mudanças, com reflexos nessa gestão e nas seguintes, tanto em relação à sua estrutura e processos, quanto em relação ao mercado e às exigências econômicas da empresa. Enquanto, as entidades de classe, que diminuem seu apoio em razão da reclamação dos cooperados, influenciam ações de pressão por parte da empresa.

QUADRO 17 - PRINCIPAIS *STAKEHOLDERS* DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS  
NO PERÍODO IV

<b>Stakeholders</b>	<b>Influências</b>
Médicos cooperados e serviços credenciados	Adoção CH variável; Auxílio Temporário Unimed; Prêmio Produção; redução valores contratuais.
Sistema UNIMED	Ações compartilhadas de <i>marketing</i> e legislação; fundação Usimed; SOS Unimed; Plano Uniflex.
Aliança Unimed	Explicações aos clientes sobre novo nome.
Usuários (clientes)	Ações restritivas e de controle na oferta de serviços.
PROCON	Adaptação à nova regulamentação.
Entidades de classe	Reação à pressão política de grupos prejudicados pelo CH variável e pela redução nos valores dos serviços contratados.
Governo	Plano Real - adoção contratos pré-pagamento; ações judiciais contra cobrança de tributos; ações contra a Lei Complementar nº 84/96; adaptação à regulamentação do setor pela lei 9.656 de 28/06/1998.

### c) A mudança estratégica

As condições estruturais da empresa no início da gestão do Pres.4, favoreceram a implementação das estratégias deliberadas, conforme o modelo de Mintzberg (1987), com destaque para a criação do Auxílio Temporário Unimed e o Prêmio Produção, que beneficiaram os cooperados com a utilização de recursos disponíveis para.

O programa da campanha eleitoral incluído no planejamento estratégico, cuja visão era acabar com a "caixa-preta da Unimed" e reduzir gastos, caracterizam as ações conscientes e deliberadas, como a adoção do CH variável, a reestruturação organizacional e as vendas com equipe própria. E ainda a comercialização de planos de pré-pagamento, com o de ampliar as receitas da cooperativa.

As estratégias emergentes foram reações desestruturadas para a empresa, apesar de planejadas pelo Sistema UNIMED, que incentivou a criação da Usimed e do SOS Unimed.

Salienta-se ainda que, a não aprovação pela Assembléia Geral do projeto do hospital próprio e as dificuldades para implementar a rede on-line, não foram realizadas em razão, respectivamente, da redução do apoio político à gestão e incompatibilidade com o projeto idealizado pela Federação que pretendia uma rede operacional única no Estado, conforme o Quadro 18.

QUADRO 18 - FORMAS BÁSICAS DE ESTRATÉGIAS NO PERÍODO IV

<b>Principais estratégias identificadas</b>	<b>Formas básicas de estratégias</b>
Adoção CH variável e redução valores serviços	Deliberada
Concessão de benefícios aos cooperantes	Deliberada
Reestruturação organizacional da empresa	Deliberada
Comercialização planos Pré-Pagamento	Deliberada
Vendas com estrutura própria	Deliberada
Criação do SOS Unimed	Emergente
Criação da Usimed	Emergente
Rede on-line e cartão magnético	Não realizada
Hospital próprio	Não realizada

#### d) A formulação estratégica

Caracteriza-se como adaptativa a estratégia de fundação da Usimed e do SOS Unimed, em razão da maneira como se estrutura o Sistema Unimed, pois todo o planejamento dessa ação foi desenvolvido em conjunto com a Federação e assimilado posteriormente pela empresa sendo, portanto, uma ação reativa em relação ao ambiente na visão de Mintzberg (1973).

As demais estratégias descritas no Quadro 18, baseadas no planejamento estratégico e, principalmente, nos propósitos socioeconômicos fundamentais da organização, dos valores e objetivos da diretoria e na percepção das condições ambientais, enquadrando-se no modo de formulação planejado.

QUADRO 19- MODO DE FORMULAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NO PERÍODO IV

<b>Principais estratégias identificadas</b>	<b>Modo de formulação</b>
Adoção CH variável e redução valores serviços	Planejado
Concessão de benefícios aos cooperantes	Planejado
Reestruturação organizacional da empresa	Planejado
Comercialização planos Pré-Pagamento	Planejado
Vendas com estrutura própria	Planejado
Criação do SOS Unimed	Adaptativo
Criação da Usimed	Adaptativo

#### e) Determinismo ambiental e capacidade de escolha estratégica

O planejamento estratégico elaborado na gestão do Pres.4, possibilitou à UNIMED de Florianópolis exercer sua capacidade de escolha estratégica com baixo grau de determinismo ambiental, permanecendo no Quadrante III, conforme o modelo de Hrebiniak e Joyce (1985) mostrado na Figura 13.

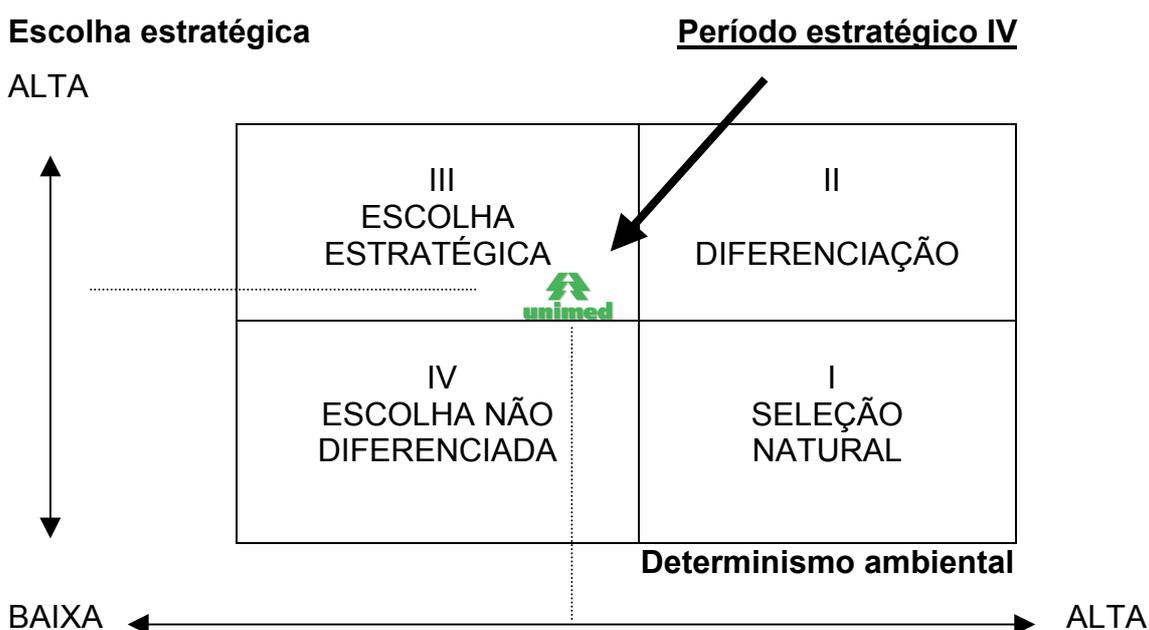
A empresa continua atuando com autonomia sobre o domínio organizacional e fatores ambientais. A escolha por incrementar as vendas de planos de saúde do tipo Pré-Pagamento, por exemplo, proporcionaram o aumento das receitas da cooperativa.

Porém, algumas escolhas planejadas nesse período proporcionam resultados adversos aos esperados, como a adoção do CH Variável e a redução dos valores dos serviços pagos à rede credenciada. Outras não foram implementadas em consequência das características próprias das organizações cooperativas pois, antes do final da sua gestão, o poder do Pres. 4 já é muito questionado.

Esse fato destaca a importância da Assembléia Geral como órgão de instância máxima das decisões da UNIMED de Florianópolis.

Apesar dessas questões internas, a organização continua superando as restrições ambientais apoiada, principalmente, pelas influências do Sistema Unimed e pelo fortalecimento da marca.

FIGURA 13 - GRAU DE DETERMINISMO AMBIENTAL E CAPACIDADE DE ESCOLHA ESTRATÉGICA NO PERÍODO IV



FONTE - ADAPTADO DE HREBINIAK E JOYCE (1985)

A hegemonia do grupo de sustentação política das diretorias anteriores é interrompida nesse período com a eleição do Pres.4. Entretanto, os *slogans* de campanha apregoando que "todo o dinheiro da cooperativa pertence aos cooperantes" e "vamos abrir a caixa-preta da Unimed" inicialmente atraente para conquistar a maioria dos votos, no transcurso da gestão mostro-se prejudicial à cooperativa. E, também, atitudes controversas da diretoria, somadas às dificuldades

de comunicação do Pres.4, principalmente em conduzir Assembléias Gerais, contribuíram para a perda do apoio recebido nas urnas.

#### 5.2.5 Período V - As mudanças sustentadas pelo Programa de Gestão Empresarial e o impacto da regulamentação (1999 à 2002)

O processo de adaptação estratégica da empresa estudada, detalhado nessa subseção com base na teoria e no design descritos nos Capítulos 3 e 4 desse estudo, respectivamente, enfoca as mudanças internas a partir do seu contexto e conteúdo e, em relação ao contexto externo, as suas relações com o ambiente de oportunidades e ameaças.

No contexto interno e conteúdo da mudança, verifica-se a reconfiguração da estrutura organizacional e de processos como suporte para o desenvolvimento sustentado. No contexto externo, nota-se o foco das mudanças nas ações dirigidas principalmente à comunidade. Destaca-se, que essas mudanças foram estabelecidas a partir de ações estratégicas indicadas em um Programa de Gestão Empresarial.

Mas a regulamentação da indústria de assistência médica suplementar é o fator ambiental, que causa os maiores impactos no processo de adaptação estratégica da empresa estudada e sobre o Sistema Unimed.

##### **a) Contexto interno e conteúdo**

Os últimos fatos transcorridos na gestão anterior proporcionam uma eleição tranqüila da chapa de oposição liderada pelo Pres. 5, que recebeu o apoio das entidades médicas locais e, logicamente, da maioria dos cooperados.

Com os objetivos de restaurar a normalidade nas relações entre cooperados e cooperativa, o Pres. 5 revê de imediato a forma anteriormente adotada para a remuneração dos médicos e dos serviços credenciados, adotando novamente os parâmetros da tabela da AMB. Mas a intenção é ainda melhorar essa remuneração em termos reais, apesar de estar consciente das dificuldades impostas à sua gestão em face da regulamentação que, efetivamente, se instala no setor com

a criação da Agência Nacional de Saúde em janeiro de 2000. Sobre a qual o Pres.5 se manifesta: “Não haverá qualquer milagre [...] o governo continuará sua investida para aumentar a arrecadação... A ANS continuará ditando normas cada vez mais esdrúxulas, diminuindo a arrecadação das operadoras e dificultando nossas ações “ (informação verbal).

A visão da diversidade e complexidade das ações necessárias para mudar a empresa em face do quadro encontrado, levou o Pres.5 a elaborar um Programa de Gestão Empresarial para identificar as ações necessárias, ordenar a implementação dessas ações por prioridades e levar a UNIMED de Florianópolis para um outro nível da adaptação.

Ao mesmo tempo em que esse programa era elaborado e implementado em diversas frentes, a questão das ações judiciais oriundas dos conflitos gerados na gestão anterior precisava ser resolvida.

Nesse sentido, o Conselho Fiscal convocou a AGE de março de 2000 para deliberar sobre a aprovação das contas do exercício de 1998, último ano da gestão anterior, após os necessários ajustes, que aprovou ainda o pagamento aos cooperados do valor de aproximadamente R\$ 5 milhões, provenientes da prática do "CH variável" e das dívidas cobradas judicialmente por outros prestadores de serviços no valor de R\$ 1,3 milhões.

A forma desses pagamentos, após minuciosa auditoria, foi definida na AGE de novembro de 2000. Os recursos, para o pagamento aos cooperados prejudicados pelo CH variável, foram rateados entre todos os cooperados através de desconto na produção mensal de até 10% durante 24 meses, evitando assim que o caixa da cooperativa fosse sacrificado. A dívida com outros prestadores de serviços, após acordo judicial, foi reduzida para R\$ 675 mil.

A AGE também autorizou a Diretoria a contrair empréstimo bancário para suprir a cooperativa do capital de giro necessário, visto que desde o início de sua gestão necessitava recorrer mensalmente à linhas de crédito do tipo *hot money*, conforme explica o Pres. 5: “ diretoria anterior havia recebido a cooperativa com um volume de recursos em caixa correspondente a dois faturamentos. Quando assumi, além de não haver disponibilidades em caixa, tinha ainda a produção do mês a pagar “ (informação verbal). Sobre essa questão o Pres. 5 completa: “A AGE de novembro passado foi a quarta Assembléia Geral realizada na atual gestão da singular, que está vencendo os desafios, com muito trabalho e transparência, sem

criar artifícios, para mascarar resultados, mas com atitudes responsáveis, mesmo correndo o risco do desgaste político (informação verbal).

O programa de Gestão Empresarial do Pres.5 estabeleceu duas linhas gerais de atuação: promoção da saúde e satisfação dos clientes internos (médicos cooperados e colaboradores) e externos (usuários e empresas contratantes). As ações, para implementação dessas duas linhas gerais, têm como orientação comum as diretrizes do Programa de Responsabilidade Social instituído pelo Pres.5, que comenta:

A Unimed deve estar sintonizada com a realidade atual. Hoje, a sociedade respeita mais as empresas que se interessam por ela, em contrapartida, essa sociedade defende a empresa e seu produto contra a concorrência. Isso é mostrado por uma pesquisa que revela: 16% dos consumidores optam por produtos de empresas com atuação em ações sociais e 24% rejeitam produtos de empresas que agem negativamente em relação à sociedade (informação verbal)..

Seguindo aquelas linhas estratégicas e objetivando sedimentar e ampliar a participação da empresa no mercado, o Pres.5 implantou o Programa de Fidelização de Clientes, que foi precedido de pesquisa para identificar o perfil dos clientes da UNIMED. Dentre outros, o objetivo principal do programa era reduzir o elevado índice de cancelamento de contratos com clientes pessoas físicas e aumentar em 20% as vendas anuais de planos de saúde. Em 1998 havia um cancelamento de 82% dos contratos vendidos para pessoas físicas, contra 9,8% em 2000 após a aplicação das ações desse programa, onde o Pres. 5 comenta: “Já é do conhecimento de todos, que repor uma clientela perdida custa cinco vezes mais do que mantê-la, e que mais do que conhecer, perceber ou reconhecer uma matca, o ideal é que o cliente deseje seu produto/serviço e defenda o seu nome “ (informação verbal).

A pesquisa foi aplicada em um universo de clientes e de ex-clientes buscando identificar "o que é mais importante" entre os serviços de assistência médica oferecidos. Evidenciou ainda que a visão do Pres.5, de desenvolver ações de promoção da saúde, era o caminho para alterar a cultura dos clientes assim sintetizada: "eu compro um plano de saúde, mas só uso quando estou doente" (UNIMED, 2001a).

E no sentido de mostrar aos clientes que a preocupação da UNIMED é com a "manutenção da sua saúde", as principais ações desenvolvidas foram:

Caminhar Unimed, Saúde em Forma, Saúde Dirigida, Nova Geração Unimed. E com o conhecimento desse perfil e das necessidades do mercado, a pesquisa propiciou ainda a criação de novos planos de saúde com abrangências e coberturas diversas dirigidas àquelas necessidades, segundo as normas da ANS, conforme a visão do Pres. 5: “[...] faz-se fundamental a mudança do enfoque de "assistência à doença" para a "promoção da saúde", tornando a cooperativa uma aliada da comunidade”.

Quanto ao Programa de Fidelização de Clientes o Ger. 1 manifesta: “Para ser mais efetivo esse programa precisa possibilitar a verificação das influências nos custos da UNIMED, geradas pelos clientes que participam das suas atividades. Ele deveria contar com um instrumento, para avaliar os resultados e informar às áreas de interesse na empresa (informação verbal).

Seguindo as diretrizes do Programa de Responsabilidade Social da UNIMED de Florianópolis, o Pres.5 implementa o Projeto Unimed Cidadã e sedimenta suas relações com a comunidade através de ações em diversas áreas: saúde - apoio ao programa Capital Criança desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Florianópolis; educação - apoio à Polícia Militar do Estado ao Programa de Prevenção ao Uso da Droga (PROERD), aplicado nas escolas para crianças da 4ª série; esporte - patrocínio ao esporte amador; trabalho - parceria com a Pró-Menor para a contratação de estagiários; e meio-ambiente - reciclagem de lixo e destinação dos recursos às comunidades carentes.

Esse programa, coordenado por um assessor especial do presidente e desenvolvido em conjunto com o Instituto Ethos, recebeu premiação desse Instituto, da Universidade Unimed e da ONU (Unicef).

Havia também o problema da sede da Unimed que, com quase dez anos, necessitava de reformas e ampliação para atender às novas demandas operacionais, conforme afirma o Pres.5: “Nos primeiros dias em que assumimos a Unimed trabalhávamos até à noite e, de vez em quando, ocorriam quedas de energia somente em nosso prédio. Chamamos um técnico para avaliar o problema e, por sua orientação, constatamos pessoalmente que havia um ventilador ligado junto das caixas de fusíveis no subsolo para resfriá-los. Poderia ter ocorrido um incêndio“ (informação verbal).

Para ampliar a área física, além do melhor aproveitamento do andar ático, foi adquirida a propriedade em área contínua à da UNIMED, com frente para a rua Dib Mussi onde, posteriormente, a área ali construída foi interligada à sede

reformada. E ainda, o departamento de vendas juntamente com o SOS Unimed foram transferidos para um local próximo ao Beiramar Shopping.

A reforma da sede foi inaugurada em 27/07/2001, sob as críticas de alguns cooperados afirmando que, para a cooperativa funcionar, não necessitava de tanto luxo. E nessa questão o Pres. 5 se posiciona: “A necessidade legal de reservas financeiras e o crescimento da cooperativa estimularam a atual gestão na continuidade da reforma e ampliação do nosso patrimônio, assegurando a satisfação de nossos clientes, cooperados e colaboradores” (informação verbal).

Seguindo atento aos movimentos do mercado, e a necessidade de aprimorar as atividades do SOS Unimed, o Pres.5, aproveitou as dificuldades da *Daily Care*, uma das duas concorrentes locais nesse serviço e comprou sua carteira de clientes, bem como suas ambulâncias e equipamentos.

Ato contínuo, criou o departamento UNIMED Lar, justamente para ampliar as atividades do SOS Unimed, humanizar o atendimento dos clientes com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem em domicílio, sem a necessidade da estrutura hospitalar. Além dessa função moderna e diferenciada, o Unimed Lar, composto por uma equipe multidisciplinar, tem como objetivo reduzir os custos da cooperativa, com as elevadas despesas hospitalares e abrir outro campo de trabalho para os cooperados.

Com essa mesma visão, o Pres.5 profissionalizou o Departamento de Saúde Ocupacional, movido pela expectativa da privatização do Seguro Acidentes do Trabalho e pela oportunidade de nova fonte de renda para os cooperados. Assim, dotou o Departamento de uma área física adequada e reorganizou sua estrutura, que passou a oferecer novos serviços às empresas: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, laudos e assessoria técnica, análise ergonômica do trabalho, controle de absenteísmo, ginástica laboral e educação preventiva.

Visando ainda aumentar o mercado de trabalho dos cooperados, o Pres.5 teve participação decisiva nas negociações do contrato firmado entre a UNISANTA e o IPESC. A conquista desse contrato barrou a entrada do Saúde Bradesco no Estado, que necessita de uma grande massa de usuários para convencer os prestadores de serviços médicos a se credenciarem.

Ciente também da necessidade de dotar a cooperativa de modernos instrumentos gerenciais previsto em seu Programa de Gestão Empresarial, e após a plena utilização dos recursos da *internet* e de uma rede *intranet*, foram implantados

os Projetos de Biometria Digital, com o uso de cartão eletrônico, e o *Data Warehouse*, conforme a visão do Pres.5: “Temos que criar metodologias e processos padronizados que facilitem a avaliação dos problemas com encaminhamento para as soluções corretivas, abrangendo desde os contratos com os prestadores de serviços, parâmetros no relacionamento da cooperativa com os cooperados, até a emissão de extratos para os clientes com a descrição dos serviços utilizados” (informação verbal).

O primeiro projeto tem por objetivo integrar e unificar dados através da *internet*, agilizando o atendimento dos clientes e os controles operacionais e administrativos durante a utilização dos serviços de assistência médica. Quase a totalidade dos cooperados e demais prestadores de serviços já estão interligados.

O segundo, visa disponibilizar dados gerenciais para a tomada de decisão, cruzar informações sobre as necessidades dos clientes e o detalhamento da produção médica. É uma ferramenta de suporte para as atividades da Diretoria de Contas Médicas, Conselho de Ética, Conselho de Administração e do Assessor da Diretoria Executiva, para a verificação dos atos médicos.

Outro objetivo do programa de gestão do Pres.5 é do interesse dos médicos cooperados, principalmente, quanto à questão da remuneração pela produção de serviços. Entretanto, ciente das dificuldades econômicas em geral e particularmente daquelas provenientes das regras impostas pela regulamentação do setor através da ANS, o Pres.5 confessa: “Como dirigente da cooperativa, assimilo com clareza as explicações técnicas. Mas, como médico, reforço o coro daqueles que independentemente das reais justificativas sabem que a remuneração médica está sendo aviltada “ (informação verbal).

Mas, apesar das dificuldades citadas acima, do pagamento de dívidas, dos investimentos, encargos e tributos, durante esse período de gestão foram repassados 91% do faturamento líquido para a remuneração dos cooperados e prestadores de serviços, sendo 9% das receitas destinadas ao custeio administrativo. E sobre essa questão o Pres. 5 contabiliza: “A simples mudança no índice de reajuste imposto pela ANS diminuiu nossa arrecadação em R\$ 17,7 milhões nos últimos quatro anos. Dinheiro que foi tirado do bolso do médico”.

Porém, o Pres.5 sabia que a melhoria da remuneração e outros benefícios aos cooperados era uma parte da questão. A outra parte eram as ações para otimizar a utilização dos recursos e reduzir custos, citadas a seguir: programa de

acreditação e classificação dos hospitais em parceria com a Associação Catarinense dos Hospitais, com o objetivo de padronizar os valores das diárias e taxas; elaboração de contrato padrão para unificar a relação com os prestadores de serviços; elaboração de critério para pagamento de procedimentos médicos por pacotes, previamente negociados com os prestadores de serviços; elaboração de atas de consenso com critérios técnicos para remuneração dos serviços implementados pelo Comitê de Especialidades Médicas; negociação de preços com fornecedores de próteses e materiais especiais, fixando tabelas de valores máximos; e, postos avançados nos principais hospitais com atendente, enfermeira e médico auditor, com objetivo de orientar os clientes e fazer auditoria *in loco* das contas hospitalares, antes de serem enviadas à Unimed.

Ainda com relação a custos, o projeto *Data Warehouse* é o instrumento para identificar o cooperado cuja atuação não se coaduna com as melhores práticas médicas na visão do Pres. 5, que alerta: É necessário, portanto, mudar algumas variáveis para que a Unimed possa [...] aumentar a remuneração médica. Talvez a reflexão sobre o número de exames complementares, a necessidade de alguns procedimentos [...] seja a maneira mais ao nosso alcance para começar a reverter a queda constante dos honorários. [...] a nossa média de exames aumentou, em dois anos, de 2,3 para 3 exames por consulta“ (informação verbal).

Nesse sentido, o Assessor da Diretoria Executiva que, apoiado nas informações do *Data Warehouse* tem a missão de conversar com os cooperados, manifesta uma visão contundente e direta sobre essa questão:

A formação clínica dos novos médicos declinou em favor da tecnologia... A arte de ouvir foi superada pelos processos tecnológicos e o freqüente recurso a uma série de exames em verdade denuncia a falta de perícia clínica... É o desafio do ponto de equilíbrio entre custos e assistência médica de boa qualidade... Alguns mal formados entendem que medicina cara é medicina de boa qualidade... Algumas dessas distorções têm na base a fraude. Não basta tratar a fraude com o diminutivo glosa. Há que se pensar na legislação ética, no direito civil e penal e no novo código de ética de nossa Unimed (UNIMED, 2002).

Ainda, quanto às questões que envolviam o relacionamento dos cooperados com a UNIMED, o programa do Pres.5 prevê ações em duas frentes: a *primeira* visava o fortalecimento da cultura cooperativista e o estímulo à participação dos cooperados, em se aprofundar nas questões da cooperativa, onde se destacam as seguintes ações:

- MBA em Gestão em Saúde, em parceria com a UDESC;

- Cursos de Gestão Empresarial Cooperativista em Saúde, e Pós-Graduação de Auditoria em Saúde, ministrados pela Universidade Unimed;
- Curso de Capacitação para Conselheiros Fiscais;
- Fóruns de Dirigentes, para estabelecer linhas estratégicas comuns para as Unimeds do Estado.

Na outra frente de ações, implementa mecanismos para a normatização institucional desse relacionamento, através da Diretoria de Educação Cooperativista, dentre os quais destacam-se:

- o Código de Ética; critérios para Admissão de Novos Cooperados e Rito
- do Processo Administrativo para a exclusão do quadro associativo;
- fixação da cota parte de capital com base no patrimônio atual da cooperativa;
- Comissão de Avaliação de Desempenho dos cooperados.

Todas as ações e esforços do Pres.5 resultaram no prêmio "*Topo of Mind*", edição 2002, onde a UNIMED foi a marca mais lembrada pelos consumidores na Grande Florianópolis. Em nível estadual a Federação também recebeu o mesmo prêmio.

Esse reconhecimento pela gestão do Pres.5 resultou em prestígio também dentro do Sistema UNIMED, e culminou com o convite para assumir a Diretoria de Marketing e Desenvolvimento da Unimed do Brasil. Mais tarde recebeu a indicação para sediar a 32ª Convenção Nacional Unimed, em 2002, no ano em que a UNIMED de Florianópolis comemora seu 31º aniversário.

Assumindo essa posição no Sistema UNIMED, o Pres.5, apoiado também pelas entidades representativas da classe médica, passou a atuar diretamente junto aos representantes do Sistema com assento na Câmara de Saúde Suplementar, com o objetivo de reduzir os efeitos da regulamentação sobre o setor em geral, conforme descrito na subseção 4.2.3, e especificamente no interesse das cooperativas médicas.

Nesse sentido, através de gestão política junto à frente parlamentar cooperativista composta por 60 parlamentares, uma das conquistas importantes foi a derrubada da Medida Provisória 2.177/43 do Ministério da Saúde que, nessa

reedição visando a aprovação definitiva da lei 9.656, alterava novamente diversos artigos dessa lei e instituiu o "*managed care*".

O pensamento comum ao Sistema UNIMED era de que esse modelo, que se mostrou ineficiente em outros países, traria sérias dificuldades às cooperativas médicas, pois impediria o usuário de escolher o seu médico livremente.

Mas a maior dificuldade imposta ao setor pela regulamentação e que dificultava o implemento do objetivo do Pres.5, quanto à melhoria da remuneração dos cooperados, é o controle de preços dos planos de saúde, conforme manifesta o Pres. 5: "Estamos pagando mais para o governo, não podemos aumentar os preços, somos obrigados a dar coberturas não contratuais e aos inadimplentes. O médico é quem está pagando a conta" (informação verbal).

E sobre o mesmo tema o Pres.5 manifesta ainda: "O reajuste dos valores dos planos, acumulados nos últimos quatro anos, foi de 33,8%, enquanto o custo da saúde aumentou em 74,04% [...]. Então, com 33% é impossível pagar 74% e ainda dar aumento".

Nesse sentido, manifesta-se também o novo presidente da UNIMED do Brasil, empossado no cargo em março de 2001, após as eleições onde derrotou o fundador, Dr. Edmundo Castilho: "A saúde é o único segmento econômico brasileiro com preços regulados pelo governo". (UNIMED, 2001b).

Outro fato que afetou o Sistema UNIMED, onerando os preços de seus produtos em detrimento da concorrência, foi a aprovação no Congresso Nacional da lei 9.876, em 26/11/1999. Essa lei estabeleceu, agora com a responsabilidade do recolhimento a cargo das empresas contratantes dos serviços das cooperativas, a contribuição ao INSS de 15% sobre o valor dos atos cooperativos (serviços prestados por cooperados).

Considerando-se como uma compensação à fúria tributária, o Pres.5 conseguiu ao final de sua gestão, um acordo judicial com a Prefeitura da Florianópolis, que resultou na Portaria nº 002/2003 da Secretaria Municipal de Finanças onde, em síntese, estabelece que o ISS incidirá somente sobre as receitas administrativas da cooperativa e não sobre seu faturamento.

Visando também proporcionar amplo conhecimento do setor de assistência médica suplementar, e principalmente, apreender as características do Sistema UNIMED, o Pres.5 fomentou a realização de dois eventos nacionais reunindo os integrantes do Ministério da Justiça e do Poder Judiciário, além de

assegurar a participação de representantes desses órgãos nas duas últimas convenções nacionais do Sistema. E, quanto às relações da empresa com o Procon, o Ger.1 informa: “A nossa política é não bater de frente com o Procon, muito menos com nossos clientes., por isso programamos seminários conjuntos, envolvendo o Procon e todo o Sistema UNIMED do Estado. Os objetivos são a troca de informações sobre a legislação, manter canais de acesso e agir preventivamente.

Mas, além das questões regulatórias e tributárias, o Sistema UNIMED enfrentou nesse período outro impacto, que abalou a credibilidade da marca, que foi a liquidação da UNIMED São Paulo, a cooperativa mais estratégica do Sistema.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) decretou a liquidação extra-judicial da UNIMED São Paulo em decisão publicada no Diário Oficial da União do dia 20/01/2003, após ter determinado, há dois anos, a intervenção na cooperativa e transferido a administração da carteira de clientes para a Central Nacional UNIMED.

A transcrição parcial da reportagem no Anexo L, mostra os últimos momentos do líder que, a partir de um ideal, construiu o maior sistema de cooperativas médicas do mundo. A matéria cita ainda, como causas dos problemas da UNIMED São Paulo, a gestão pouco profissional de recursos e o atual cenário do setor pós-regulamentação, com novos custos, controle de preços e maior exposição das operadoras às contingências do mercado. E, identifica-se ainda como causas desse episódio, a disputa política dentro do Sistema UNIMED, que resultou na segunda dissidência descrita na subseção 5.2.5.1, anteriores à insolvência da UNIMED de São Paulo. E sobre esse fato o Pres. 5 manifesta: “Nós agimos rapidamente e a carteira de clientes da UNIMED São Paulo foi transferida para a Central Unimed. Não podíamos permitir que esse problema, na principal cidade do País, arranhasse a força da marca UNIMED tão duramente conquistada“ (informação verbal).

Sobre a questão envolvendo a criação da Aliança Unimed, o Pres.5 informa: “A reunificação da cúpula do Sistema Unimed está acontecendo pela base. Diversas cooperativas já estão se realinhando novamente e o fato que melhor simboliza essa tendência, foi a volta da UNIMED Fortaleza, a maior das Regiões Norte e Nordeste“ (informação verbal).

Estando para expirar o seu mandato, o Pres.5 encomenda uma pesquisa entre os cooperados, em dezembro último, para avaliar a sua gestão. Os resultados

da pesquisa, respondida por 128 cooperados, representando 10% do quadro social foram os seguintes: 15% consideraram ruim; 17% consideraram regular; e 68% consideraram boa ou ótima. E, ciente do dever cumprido, o Pres. 5 indica a direção:

Como presidente da cooperativa, a preocupação com a remuneração é constante, mas a economia, o cenário em que vivemos e o mercado não podem ser ignorados [...]. Por isso, administramos com um olho no presente e outro no futuro, certos de que a pior remuneração é aquela que não existe [...]. Quando se aproxima a eleição [...], temos a convicção de que os vencedores serão aqueles comprometidos com a austeridade, que darão ênfase aos serviços, à tecnologia e aos investimentos no bem mais precioso para todos nós: a saúde (informação verbal).

Assim, a visão do Pres.5 guiou a UNIMED de Florianópolis em mais um período de desenvolvimento, onde os serviços de assistência médica são disponibilizados aos usuários da cooperativa, através da estrutura de prestadores de serviços cooperados e credenciados, conforme o Quadro 20.

QUADRO 20 - ESTRUTURA DA REDE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM  
DEZEMBRO DE 2002

Médicos Cooperados	1354
Laboratórios Cooperados	12
Laboratórios Credenciados	36
Clinicas Cooperadas	190
Clinicas Credenciadas	56
Serviços de Raio-X e Clinicas de Imagem Diagnóstica	15
Hospitais Credenciados	24
Hospitais Próprios	0
Ambulâncias	4

FONTE: UNIMED (2002).

Outros indicadores de crescimento são os 196.745 usuários (clientes) contratados nos diversos serviços oferecidos pela UNIMED de Florianópolis, distribuídos conforme o Quadro 21, e o faturamento de R\$ 165,4 milhões no ano de 2002.

QUADRO 21- DISTRIBUIÇÃO DOS USUÁRIOS ENTRE OS SERVIÇOS OFERECIDOS EM DEZEMBRO DE 2002

<b>Tipo de contratação</b>	<b>Nº Empresas</b>	<b>Titulares</b>	<b>Dependentes</b>	<b>Total Usuários</b>
Planos Pessoas Física/Familiares	-	15.391	7.624	23.015
Planos Coletivos Empresariais (Pré-Pagamento)	403	33.183	28.395	61.578
Planos Coletivos Empresariais (Custo Operacional)	290	25.247	43.151	68.398
Usuários de Contratos Federativos	-	-	-	32.579
Usuários outras Unimeds	-	-	-	4.500
SOS Unimed	-	3.040	1.264	4.304
Saúde Ocupacional	87	2.371	-	2.371
<b>Total</b>	<b>780</b>	<b>79.232</b>	<b>80.434</b>	<b>196.745</b>

FONTE: UNIMED (2003)

No Anexo A apresenta-se o organograma simplificado da empresa, identificando-se o nível hierárquico, imediatamente abaixo da Diretoria Executiva, que são: as gerências *Administrativa, Financeira, de Mercado e de Serviços Médicos*, todas ocupadas por técnicos empregados da UNIMED de Florianópolis, subordinadas diretamente ao Presidente, no comando de 243 empregados contratados e 63 terceirizados.

#### **b) Os stakeholders da organização**

Identificam-se, no Quadro 22, os principais *stakeholders* e suas influências nas mudanças ocorridas na UNIMED de Florianópolis no período V, conforme o modelo de Bowditch e Buono (1997).

À volta do uso da tabela da AMB, como parâmetro para o pagamento de serviços, beneficia os médicos cooperados e serviços credenciados, como também o

pagamento de dívidas da gestão anterior, exigindo grande esforço financeiro da empresa.

Na condição de Diretor da UNIMED do Brasil, o Pres.5 atua decisivamente no desenvolvimento de campanhas de *marketing*; na defesa dos interesses do Sistema UNIMED junto à ANS, na busca de apoio junto à Frente Parlamentar Cooperativista, na aproximação com o Poder Judiciário e na proposta de reunificação do Sistema a partir das bases.

Contando com as diretrizes de seu programa de gestão, atendeu às influências dos médicos cooperados e rede de prestadores de serviços, dos clientes e da comunidade, principais *stakeholders* da empresa, através da normatização das relações com os primeiros e, com o Programa de Responsabilidade Social e do projeto de fidelização, atendeu ao segundo e terceiro. Como resultado dessas ações verificam-se as maiores mudanças ocorridas na empresa.

Entretanto, as influências do governo sobre a empresa e o Sistema UNIMED, desencadearam as mudanças verificadas na sua estrutura organizacional, nas ações mercadológicas e, principalmente, nas questões econômicas e financeiras.

QUADRO 22 - PRINCIPAIS STAKEHOLDERS DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS  
NO PERÍODO V

Stakeholders	Influências
Médicos cooperados e serviços credenciados	Melhoria da remuneração; pagamento de dívidas; cursos; condições de entrada e saída; controle produção; contrato padrão.
Sistema Unimed	Ações compartilhadas de <i>marketing</i> ; atuação Diretoria Unimed do Brasil.
Aliança Unimed	Reagrupamento das Unimeds dissidentes.
Usuários (clientes)	Programa de fidelização; pesquisa; ações preventivas; relatório de serviços utilizados; reforma da sede.
PROCON	Seminários conjuntos sobre legislação e contratos.
Comunidade	Projeto Unimed Cidadã; Programa de Responsabilidade Social.
Governo	Parceria em programas sociais; ações na Câmara de Saúde Suplementar da ANS; encontros com Poder Judiciário; negociação ISS com Prefeitura de Florianópolis.

### c) A mudança estratégica

O Programa de Gestão Empresarial implementado pelo Pres.5, estabeleceu as principais estratégias deliberadas no período V e caracterizaram as intenções previamente estabelecidas. São as mudanças desejadas, segundo o modelo de Mintzberg (1987), e listadas no Quadro 23.

As estratégias emergentes, apesar de intrinsecamente constarem do plano de gestão, ocorreram pelo surgimento de uma oportunidade, no caso da aquisição da *Daly Care*, e impulsionada pelas ações desenvolvidas no Sistema UNIMED, no caso das ações direcionadas à frente parlamentar cooperativista e o Poder Judiciário.

QUADRO 23 - FORMAS BÁSICAS DE ESTRATÉGIAS NO PERÍODO V

Principais estratégias identificadas	Formas básicas de estratégias
Adoção da tabela AMB	Deliberada
Normatização das relações com cooperados	Deliberada
Reestruturação organizacional	Deliberada
Programa Responsabilidade Social	Deliberada
Programa Fidelização de Clientes	Deliberada
Implementação de novas tecnologias	Deliberada
Reunificação do Sistema UNIMED	Deliberada
Criação Unimed Lar	Deliberada
Aquisição Daly Care	Emergente
Atuação frente parlamentar e Poder Judiciário	Emergente

#### d) O modo de formulação estratégica

Enquadra-se no modo planejado, conforme o modelo proposto por Mintzberg (1973), a maioria das estratégias formuladas no período V, tendo em vista a análise formal de cenários e as ações explícitas e integradas para o futuro da UNIMED de Florianópolis. Constituem-se, portanto, em um sistema de decisões que considerou os propósitos institucionais da empresa e os valores do Pres. 5 e de sua diretoria.

As estratégias formuladas, no modo adaptativo, decorreram de soluções reativas a uma oportunidade de mercado como um fator ambiental influente e solução de problemas causados por importante *stakeholders*, conforme o Quadro 24.

QUADRO 24 – MODO DE FORMULAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NO PERÍODO V

Principais estratégias identificadas	Modo de formulação das estratégias
Adoção da tabela AMB	Planejado
Normatização relações com cooperados	Planejado
Reestruturação organizacional	Planejado
Programa Responsabilidade Social	Planejado
Programa Fidelização de Clientes	Planejado
Implementação de novas tecnologias	Planejado
Reunificação do Sistema Unimed	Planejado
Criação Unimed Lar	Planejado
Aquisição Daly Care	Adaptativo
Atuação frente parlamentar e Poder Judiciário	Adaptativo

#### e) Determinismo ambiental e capacidade de escolha estratégica

No período V, a UNIMED de Florianópolis exerce sua máxima capacidade de escolha estratégica, com baixo grau de determinismo ambiental, situando-se no Quadrante III do modelo proposto por Hrebiniak e Joyce (1985), conforme indica a Figura 14. A autonomia e o domínio da organização sobre o ambiente são assegurados pela elaboração de um novo planejamento estratégico.

Esse posicionamento é sustentado, principalmente, pelas escolhas contidas no Programa de Gestão Empresarial que define as linhas estratégicas gerais da empresa, embora os fatores ambientais proporcionem um volume de influências superiores quando comparados aos períodos anteriores e, nesse caso, destacam-se as importantes restrições promovidas pela regulamentação do setor.

Nesse sentido, as escolhas planejadas sob a visão do Pres. 5 conduzem o processo de adaptação da empresa para um nível mais elevado, principalmente através dos Programas de Responsabilidade Social e de Fidelização dos Clientes, e as ações desenvolvidas junto à Frente Parlamentar e ao Poder Judiciário.

A capacidade de gestão e a habilidade política do Pres.5 superaram as dificuldades a e dependência de recursos, onde se destaca o processo de negociação e o pagamento de dívidas judiciais em condições favoráveis, atendendo as influências dos *stakeholders* médicos cooperados e serviços credenciados. E, também, todas as ações voltadas para a estrutura organizacional e capacitação de médicos cooperados e colaboradores.

Destaca-se que, o processo de adaptação estratégica da UNIMED de Florianópolis, nesse período, supera as condições determinísticas do ambiente, embora sendo estas mais restritivas.

FIGURA 14 - GRAU DE DETERMINISMO AMBIENTAL E CAPACIDADE DE ESCOLHA ESTRATÉGICA NO PERÍODO V



FONTE - ADAPTADO DE HREBINIAK E JOYCE (1985)

O Programa de Gestão Empresarial implementado pelo Pres.5, constituiu-se na principal escolha estratégica para a adaptação da UNIMED de Florianópolis, proporcionando elevado conceito organizacional, tanto para os clientes e médicos cooperados, quanto para as demais empresas. Além disso foram criadas condições e implementados ajustes necessários para a organização enfrentar as normas impostas pela regulamentação do setor.

## 6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Finaliza-se a presente dissertação com a apresentação dos principais aspectos da pesquisa, as conclusões alcançadas, através de um estudo empírico desenvolvido a partir da definição do problema de pesquisa e, também, as recomendações, direcionadas aos interesses da empresa estudada e aos da academia.

### 6.1 Principais aspectos da pesquisa

O objetivo geral desse trabalho consistiu em descrever e analisar o processo de adaptação estratégica da UNIMED de Florianópolis no período de 1985 à 2002, estruturado em torno do problema de pesquisa que indagou a forma como ocorreu esse processo.

Nesse sentido, a abordagem qualitativa e processual da pesquisa, segundo uma perspectiva longitudinal, abordou historicamente os fatos e fenômenos que influenciaram as mudanças estratégicas da empresa.

Quanto à coleta e análise de dados, utilizou-se o método *Direct Research*, onde a definição dos períodos estratégicos foi baseada nos intervalos de tempo em que transcorreram os mandatos de cada presidente da empresa, tendo-se em vista que, em cada um deles, ficaram evidentes as diferentes visões, na condução do processo de adaptação estratégica da organização.

## 6.2 CONCLUSÕES

O processo de adaptação estratégica da organização foi descrito e analisado com base nos fundamentos teóricos dos *stakeholders*, das mudanças estratégicas, do modo de formulação das estratégias e da relação da empresa com o ambiente, através da verificação do determinismo ambiental e da capacidade de escolha estratégica. O ambiente objetivo da organização foi descrito no Capítulo IV e, também, durante a pesquisa, destacando fatos e eventos significativos para o estudo. E, através da pesquisa empírica, descreveu-se o contexto interno da empresa e o conteúdo das mudanças, bem como o papel dos presidentes em cada período estratégico.

Para proporcionar uma visão da amplitude e complexidade do ambiente objetivo no qual está inserida a organização, procurou-se mostrar o papel dos governos e as transformações por que passou o setor, conforme a subseção 4.1.

Constatou-se que, nos primeiros tempos do surgimento da assistência médica supletiva, as instituições, pela forma como o setor foi estruturado, atuavam compartilhando o uso de recursos públicos e privados. Não havia uma definição clara, pelo menos na prática, de quais eram as responsabilidades dessas instituições e as do governo. Uma função específica do governo era cuidar da saúde pública mas, mesmo nessa questão, em razão das influências políticas e da carência de recursos verifica-se a precariedade desses serviços.

O rápido crescimento do setor, a partir do final dos anos 60, deveu-se principalmente à incapacidade governamental de suprir a sociedade com os serviços de saúde necessários, o que motivou, inclusive, o surgimento da UNIMED. A industrialização e a urbanização do País foram determinantes nesse processo.

Sem uma legislação específica, as empresas se agrupam em subsegmentos dentro do setor: medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas médicas. E, dessa forma, a competição se estabelece em um mercado cujo crescimento acontece sempre atrelado à evolução dos indicadores da economia nacional.

As condições ambientais descritas na subseção 4.2, indicam o interesse dos três poderes da República e da sociedade como um todo sobre essa indústria, tendo em vista a carência e o grande apelo social do produto que oferece. E a regulamentação do setor, sendo um objetivo político do governo e uma necessidade para os consumidores, mesmo depois de ouvidos os interesses das empresas e dos demais atores envolvidos, durante a sua formulação, não agradou a ninguém e parece estar distante da forma ideal.

A UNIMED de Florianópolis, apesar de ter questionado a regulamentação em diversos fóruns, como a maioria das outras empresas, ajustou-se às normas, não sem dificuldades e sacrifícios de toda ordem. Entretanto, tendo em vista que as ações previstas na regulamentação passaram a ser exigidas no final do ano de 1999, seus efeitos negativos sobre a organização, foram menores em virtude do plano de gestão implementado nesse período pelo Pres. 5.

Na descrição do contexto interno da organização e do conteúdo das mudanças, identifica-se a percepção de cada um dos presidentes da UNIMED de Florianópolis, quanto à sua necessidade de adaptação estratégica.

No Período I (1985 a 1988), a empresa se adapta pela recriação de sua estrutura e processos organizacionais, pela profissionalização de sua gestão e pela adesão à marca do Sistema UNIMED. As condições favoráveis do ambiente contribuíram para os resultados positivos alcançados.

Dentre os principais *stakeholders* que influenciaram as ações da empresa nesse período destacam-se: os médicos cooperados e serviços credenciados - que influenciaram a empresa nas ações de melhoria da remuneração com a adoção da Tabela da AMB; os usuários - por imprimir na empresa o desenvolvimento de ações continuadas quanto à qualidade dos serviços oferecidos; e o Sistema UNIMED - pela influência do crescimento da marca em âmbito nacional e de sua estrutura institucional, proporcionando novas condições para o crescimento da organização.

As mudanças estratégicas implementadas pela empresa nesse período foram totalmente emergentes, destacando-se as estratégias focadas no contexto interno da empresa, com a criação da estrutura organizacional, a profissionalização do quadro funcional e a adesão ao Sistema UNIMED, que proporcionou o compartilhamento de uma estrutura nacional e uma marca forte. A comercialização de planos particulares de saúde, contratos com pessoas físicas, permitiram a

exploração de um novo nicho de mercado, apesar das críticas recebidas de dirigentes de outras cooperativas.

Quanto ao modo de formulação, as estratégias foram emergentes, pois nesse período as características indicam uma empresa nova, onde a necessidade de recursos não é fator determinante e as ações decorrem da visão empresarial do Pres.1 para o futuro da empresa. A ligação da marca UNIMED aos esportes foi à única estratégia formulada no modo adaptativo e, pelo seu forte apelo em relação à saúde, é mantida nas gestões seguintes.

Nesse período, guiada por uma visão empreendedora, a adaptação da organização ao ambiente caracteriza-se pela diferenciação (Quadrante II) onde, apesar do alto grau de determinismo ambiental, a empresa desenvolve alta capacidade de escolha estratégica. Pode-se dizer que tudo estava por fazer. E como os resultados alcançados foram positivos, a gestão da cooperativa obteve a aprovação dos grupos de influenciadores.

No período II (1988 a 2001), a adaptação ocorre de forma incremental, caracterizada pela implementação das mudanças na estrutura organizacional e dos processos operacionais definidos no período anterior e pelo estreitamento das relações com o Sistema UNIMED.

Dentre os principais *stakeholders* destacam-se os médicos cooperados, que influenciaram na criação dos Cursos de Formação Cooperativista cujo objetivo, na visão do Pres.2, era difundir os princípios cooperativistas e sedimentar a relação desses com a cooperativa, transformando-os no principal ponto forte da organização. O Sistema UNIMED influenciou, principalmente, com as ações estratégicas previstas no Projeto UNIMED 2000, na busca por novas oportunidades de mercado e pelas ações compartilhadas em campanhas promocionais.

Outro *stakeholder* importante é o governo que, em consequência do congelamento de preços estabelecido pelo Plano Verão e as freqüentes notificações para a cobrança de tributos, influenciou as ações da empresa para negociar reajuste de preços diretamente com os clientes e as ações judiciais contra a cobrança de tributos. O sentimento do Pres.2 era de perplexidade em relação às questões tributárias, pois contrariavam as normas constitucionais, que preconizam o incentivo às atividades das cooperativas. O PROCON passa a influenciar a empresa a partir desse período.

Não sendo originadas através de um planejamento, as mudanças estratégicas nesse período caracterizam-se como emergentes, sendo mais relacionadas ao contexto interno do que às questões ambientais. Considerando-se ainda como uma organização nova, as estratégias empreendedoras são dominadas por uma ativa procura por novas oportunidades. Crescer e oferecer um maior mercado de trabalho aos cooperados é o principal objetivo dessa gestão. Quanto ao modo de formulação, as estratégias caracterizam-se num misto de emergentes e adaptativas influenciadas, principalmente, pelo Sistema UNIMED.

Atuando num ambiente com alto grau de determinismo ambiental, a organização consegue efetivar algumas escolhas estratégicas, mas concentra suas ações na implementação de processos internos definidos no período anterior, adaptando-se pela seleção natural (Quadrante I), ainda assim, é favorecida pela pouca concorrência do setor.

No Período III (1991 a 1994), com a implementação do primeiro planejamento estratégico, além de melhorar a remuneração do médico cooperado, preocupação constante de todos os presidentes, há uma visão política no sentido de influenciar na renovação da cúpula diretiva do Sistema UNIMED, com o apoio das entidades representativas da classe médica. A estratégia de adotar o cheque-honorário para agilizar os pagamentos dos cooperados, era vista como uma medida de forte impacto, pois essa era uma bandeira defendida pela AMB.

Além dos médicos cooperados, destaca-se como importante *stakeholder* o Sistema UNIMED pois, além das influências anteriores, oferece as condições para a criação da Unicred. A empresa terceirizada e as entidades de classe são dois novos *stakeholders*. O primeiro influencia no processo de vendas mas, segundo o Ger.1, o incremento nas vendas de planos de saúde não justifica o elevado incremento dos custos respectivos. O segundo, ao mesmo tempo em que influencia com apoio político, pressiona os custos da cooperativa pela exigência de melhoria no valor dos honorários médicos, principalmente, num período de inflação elevada.

A maioria das estratégias nesse período é caracterizada na forma deliberada, pois foram decorrentes da elaboração do primeiro plano estratégico na condução das mudanças da empresa. Destacam-se as estratégias de estreitar as relações da empresa com a comunidade e o poder público - cujo objetivo era facilitar o trâmite das ações judiciais contra a cobrança de tributos; buscar apoio das entidades representativas da classe médica, para facilitar as relações com os

cooperados e a mudança da cúpula diretiva do Sistema UNIMED, que provocou alguns aspectos negativos no gerenciamento da empresa; implantar a filial, cujo objetivo era ocupar, antes de possíveis concorrentes, um ponto geográfico do mercado; e fundar a Unicred, uma estratégia do Sistema UNIMED, que contribuiu para o fortalecimento da marca, e aproximação maior dos cooperados do Sistema UNIMED.

Com a crescente complexidade do ambiente, a formulação das estratégias da UNIMED de Florianópolis exigiu planejamento, com ações integradas para o futuro. O planejamento estratégico articulado em conjunto com os demais diretores e conselheiros, principalmente daqueles pertencentes ao grupo de apoio (coalizão dominante), considerou as condições da empresa e do ambiente, previamente.

A adaptação estratégica da UNIMED de Florianópolis, nesse período, destaca-se pela elaboração do seu primeiro plano de gestão, onde exerce sua máxima capacidade de escolha estratégica com baixo grau de determinismo ambiental (Quadrante III). O poder supera a dependência de recursos e a empresa exerce seu domínio sobre o ambiente, encaminhando-se para um outro nível de adaptação.

No Período IV (1994 a 1999), a visão é rever os gastos administrativos e mudar a forma dos contratos de venda de serviços para aumentar as receitas, direcionando os recursos aos médicos cooperantes, cujos critérios de remuneração são alterados com a adoção do CH variável. O planejamento estratégico guia as mudanças.

Nesse período os *stakeholders* são praticamente os mesmos da gestão anterior, porém, ampliam suas influências, com destaque para os médicos cooperados e serviços credenciados, principalmente aqueles prejudicados com a nova forma de remuneração dos serviços. Ao final da gestão, retiram o apoio dado ao Pres.4. A comercialização de contratos na modalidade de pré-pagamento incrementa as receitas da empresa, mas exige medidas restritivas na oferta de serviços ao *stakeholder* cliente. O Sistema UNIMED exerce influências importantes para a empresa, com a criação de novas estruturas e no desenvolvimento de novos negócios, no caso do SOS Unimed e Usimed.

A condição econômica/financeira da empresa no início da gestão favoreceu a implementação das estratégias deliberadas, com destaque para a criação do Prêmio Produção. O programa da campanha eleitoral incluído no

planejamento estratégico, caracteriza as ações conscientes e deliberadas, como a adoção do CH Variável, a reestruturação organizacional e as vendas com equipe própria, cujos objetivos eram reduzir custos e despesas administrativas. As estratégias emergentes foram reações desestruturadas para a empresa, apesar de planejadas pelo Sistema UNIMED, que propiciou a criação da Usimed e do SOS Unimed.

A maior parte das estratégias, baseadas no planejamento e, principalmente, nos propósitos socioeconômicos da organização, dos valores e objetivos da diretoria e na percepção das condições ambientais, enquadrando-se no modo de formulação planejado. A estratégia de fundação da Usimed e do SOS Unimed, em razão da maneira como se estrutura o Sistema UNIMED, caracteriza-se pelo modo adaptativo, pois todo o planejamento dessa ação foi desenvolvido em conjunto com a Federação e assimilado posteriormente pela empresa sendo, portanto, uma ação reativa em relação ao ambiente.

O planejamento estratégico elaborado nessa gestão possibilitou à UNIMED de Florianópolis exercer sua capacidade de escolha estratégica com baixo grau de determinismo ambiental, permanecendo no Quadrante III. A empresa atua com autonomia sobre o domínio organizacional e fatores ambientais. Porém, algumas ações planejadas nesse período proporcionam resultados adversos aos esperados. Outras não foram implementadas, em consequência das características próprias das organizações cooperativas, quando o Pres.4 perde apoio.

No Período V (1999 a 2002), a visão é o desenvolvimento sustentado da empresa através do Programa de Gestão Empresarial, onde o objetivo é manter a autonomia sobre as questões ambientais, principalmente quanto às fortes influências da regulamentação sobre a indústria.

A partir das diretrizes de seu programa de gestão, o Pres.5 atendeu às influências dos médicos cooperados e da rede de prestadores de serviços, dos clientes e da comunidade, principais *stakeholders* da empresa, através da normatização das relações com aos primeiros e, com o projeto de Fidelização e do Programa de Responsabilidade Social. Entretanto, as influências do governo sobre a empresa e o Sistema UNIMED, face à regulamentação, desencadearam as mudanças verificadas na sua estrutura organizacional, nas ações mercadológicas e, principalmente, nas questões econômicas e financeiras.

O Programa de Gestão Empresarial implementado pelo Pres.5, estabeleceu as principais estratégias, deliberadas nesse período, e caracterizaram as intenções previamente estabelecidas. São as mudanças desejadas. A estratégia emergente, apesar de intrinsecamente constarem do plano de gestão, ocorreram pelo surgimento de uma oportunidade.

Enquadra-se no modo planejado a maioria das estratégias formuladas nesse período, tendo em vista a análise formal de cenários e as ações explícitas e integradas para o futuro da organização. Constituem-se, portanto, em um sistema de decisões que considerou os propósitos institucionais da empresa e os valores do Pres. 5 e de sua diretoria. As estratégias formuladas no modo adaptativo decorreram de soluções reativas a uma oportunidade do ambiente específico e à solução de problemas causados pelos *stakeholders* mais importantes.

Nesse período, a UNIMED de Florianópolis exerce sua máxima capacidade de escolha estratégica, situando-se no Quadrante III. Esse posicionamento é sustentado, principalmente, pelo Programa de Gestão Empresarial que define as linhas estratégicas gerais da empresa, e implementação das ações específicas correspondentes, embora os fatores ambientais proporcionem um volume de influências superior, quando comparado aos períodos anteriores.

Nesse sentido, o domínio ambiental e a autonomia da empresa conduzem o processo de adaptação a um nível mais elevado, principalmente com os Programas de Responsabilidade Social e Fidelização de Clientes.

Pode-se conceituar a UNIMED de Florianópolis como uma empresa madura, principalmente quanto ao seu nível de institucionalização de processos e ao seu estágio de crescimento. Portanto, sua adaptação ao ambiente não pode prescindir de planejamento.

### 6.3 RECOMENDAÇÕES

Tem-se que algumas questões evidenciadas nesse estudo são de interesse para a UNIMED de Florianópolis, dentre as quais destacam-se, principalmente, aquelas relacionadas às características das empresas cooperativas, ou seja, a forma como se estrutura o Sistema UNIMED e o processo de alternância do poder e seus reflexos no processo de adaptação estratégica.

Nesse sentido, entende-se como necessária a constante profissionalização do quadro funcional da empresa que, dentre outros aspectos, contribui para preservar os elementos históricos e as repercussões das mudanças estratégicas nas gestões anteriores, considerando-se, principalmente, as crescentes ameaças dos fatores ambientais.

Quanto ao interesse da academia, outra pesquisa poderia ser realizada sob a forma de estudo multicaso, envolvendo as cooperativas médicas existentes no Estado de Santa Catarina, aplicando-se o modelo adotado nesse estudo. Isso possibilitaria comparações entre as evidências coletadas e a elaboração de padrões para comprovar o potencial do modelo de estudo.

Outra pesquisa de interesse do Sistema UNIMED seria a associação desse estudo com um modelo para avaliar a forma como se desenvolveu o Complexo Empresarial Cooperativo Unimed e sua estrutura de poder, ou o processo de diversificação das atividades das cooperativas médicas.

Considerando-se a essencialidade dos serviços de saúde, a carência constante desses serviços, por grande parte da população brasileira, e a inexistência de uma definição clara quanto às políticas públicas em relação à regulamentação dessa indústria, sugere-se um estudo para avaliar as influências do governo sobre o setor .

Tendo-se em vista, ainda, a mudança na relação entre capital e trabalho e a visão do poder público em ampliar a oferta de emprego à sociedade, esses estudos poderiam oferecer referências para um efetivo apoio ao desenvolvimento de empresas cooperativas, cumprindo assim, fielmente, o previsto na Carta Constitucional Brasileira.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO - ABRAMGE- Disponível em: <<http://www.abramge.com.br/>>. Acesso em: dez. 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS AUTOGESTÕES EM SAÚDE PATROCINADAS PELAS EMPRESAS - ABRASPE – Disponível em: < <http://www.abraspe.org.br/>>. Acesso em: dez. 2002.

ALDRICH, H. E. **Organizations and Environments**. New Jersey: Prentice Hall, 1979.

ALLRED, R. U. **Environment and Organization in the Pharmaceutical Industry: a study of organizational adaptation**. Berkley 1989, Tese (Doutorado em Saúde Pública) University of Califórnia.

ANSOFF, H. **Implantando a administração estratégica**. São Paulo: Atlas, 1993.

AUSTIN, J. E. **Managing in Developing Countries: strategic analysis and operating techniques**. New York: The Free Press, 1990.

BAILEY, K. D. **Methods of Social Research**. 2. ed. New York: The Free Press, 1982.

BALBI, S. **Debilidade financeira aflige e enfraquece planos de saúde**. Folha de São Paulo, p. B-1, 03 jan. 2003

BORENSTEIN, C. R. **A Dinâmica de Poder nas Organizações do Setor Elétrico Brasileiro: o caso da Eletrosul**. Florianópolis, 1996. 196f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina.

BOWDITCH, J. L. ; BUONO, A. F. **Elementos de Comportamento Organizacional**. São Paulo: Pioneira, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: ANS, 2001.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 8078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção ao consumidor e dá outras providências. Brasília.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 5.764 de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, Institui o Regime Jurídico das Sociedades Cooperativas, e dá outras Providências. Brasília.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 9.656, 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília.

BUSS, P. M. et al. **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

CALHEIROS, Renan. Discurso quando da aprovação da Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990 no Congresso Nacional. (Ministro de Estado da Justiça)

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

CHAKRAVARTHY, B.S. **Adaptation: a promising metaphor for strategic management**. Academy of Management Review, v.7, n.1, p. 35-44, 1982..

\_\_\_\_\_. **Strategic adaptation to deregulation**. Journal of Organizational Change Management, v.4, n.1, p. 22-32, 1991..

CHILD, J. **Organizational Structure, Environment and Performance: the role of strategic choice**. Sociology, v.6, p.1-22, 1972.

CHILD, J.; SMITH C. **The Context and Process of Organizational Transformation - Cadbury Limited in its Sector**. Journal of Management Studies, v. 24, n. 6, p.555-593, nov. 1987.

COMITÊ DE INTEGRAÇÃO DE ENTIDADES FECHADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – CIEFAS. **A história da autogestão em saúde no Brasil**. São Paulo, 2000.

COHN, A. **As políticas sociais no Governo FHC**. São Paulo: Tempo Social, 1999.

\_\_\_\_\_. **Saúde como direito de cidadania e direito do consumidor**. In: Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde, 2001, Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 36-41.

**COMITÊ DE INTEGRAÇÃO DE ENTIDADES FECHADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2000.**

COSTA, M. G. **Antônio Moniz de Aragão: uma vida e um exemplo.** Porto Alegre: Pallotti, 1999.

COSTA, R. C.; RIBEIRO, J. M. **A política regulatória e o setor saúde: nota sobre o caso brasileiro.** In: Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde, 2001, Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.22-35.

CUNHA, C. J. C.A. **Adaptação Estratégica Organizacional em Ambiente Turbulento.** Trabalho apresentado para concurso de professor titular na área de gestão da produção, 1996.

DOOLEY, K. J. A Complex Adaptative Systems Model of Organizational Change. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Science*, v.1, n.1, p.69-97, 1997.

ETZIONI, A. **Organizações modernas.** São Paulo: Pioneira, 1989.

\_\_\_\_\_. **Organizações Modernas.** 7. ed. São Paulo: Pioneira, 1984

\_\_\_\_\_. **Análise Comparativa de Organizações Complexas.** São Paulo: Zahar, 1974.

FESTINGER, L.; KATZ, D. **Research Methods in the Behavioral Sciences.** Holt, Rinehart and Winston, 1966.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ – FIO CRUZ: vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil, desenvolve ações na área da ciência e tecnologia em saúde, incluindo atividades de pesquisa básica e aplicada, ensino, assistência hospitalar e ambulatorial de referência, formulação de estratégias de saúde pública, informação e difusão, formação de recursos humanos, produção de vacinas, medicamentos, kits de diagnósticos e reagentes, controle de qualidade e desenvolvimento de tecnologias para a saúde. Disponível em: < <http://www.fiocruz.br/>>. Acesso em: dez. 2002.

FÓRUM debate lei de regulamentação. **Diário de Pernambuco**, p. B2, 14 jan. 2003.

GALBRAITH, J. K. **Organizando para competir no futuro.** São Paulo: Makron Books, 1995.

GIBSON, James L. **Organizações: comportamento, estrutura, processos.** São Paulo: Atlas, 1981.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

HALL, R. H. **Organizações: estruturas e processos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984.

A HISTÓRIA da Autogestão em Saúde no Brasil. São Paulo: CIEFAS, 2000.

HREBINIAK, L. G.; JOYCE, W. F. '**Organizational Adaptation: Strategic Choice and Environmental Determinism**. *Administrative Science Quarterly*, v.30, set. 1985.

HUGHES, J. A. **A filosofia da pesquisa social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

IDEC – Instituto brasileiro de defesa do consumidor. Disponível em:<[www.idec.org.br](http://www.idec.org.br)>. Acesso em: dez. 2002.

IRION, J. E. **Cooperativismo e Economia Social**. São Paulo: STS, 1997.

KANITZ, S. C. **O Brasil que dá certo: o novo ciclo de crescimento 1994-2005**. São Paulo: Makron Books, 1994.

KATZ, D.; KAHN, R. **Psicologia Social das Organizações**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

KOTTER, J. P.; SCHLESINGER L. A. **Choosing Strategies for Change**. *Harvard Business Review*. p.67-75, mar./abr.1979.

MALAN, LEON-CHARL. **Perceived Environmental Turbulence and Strategic Responses**: lessons from South Africa. New York, 1984 Tese (Doutorado em Filosofia) – Albany, State University of New York

MAY, N. L. **Pelos (des)caminhos da medicina assistencial brasileira: crônicas e perspectivas**. Porto Alegre: Uni-Prom, 1996.

MEDICI, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: USP, 1994.

MERRIAM, S. B. **Qualitative research and case study applications in education**. San Francisco (CA): Jossey-Bass, 1998.

MILES, R. H. **Coffin nails and corporate strategies**. New Jersey: Prentice-Hall, 1982.

MILES, R. H. **Macro organizational behavior**. Glenview, Illinois: Scott Foresman and Company, 1980.

MILES, R.H.; SNOW, C.C. **Organizational strategy, structure and process**. New York: McGraw-Hill, 1978.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MINAYO, M. C. S. et. al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1995.

MINTZBERG, H. Strategy Making in Three Modes. **California Management Review**, v. 16, n. 2, p.44-53, Winter 1973.

\_\_\_\_\_. **Power in and Around Organizations**. Prentice-Hall, 1983.

\_\_\_\_\_. Crafting Strategy. **Harvard Business Review**, p.66-75, jul./aug. 1987.

MINTZBERG, H.; MCHUGH A. **Strategy Formation in an Adhocracy**. Administrative Science Quarterly, v.30, p.160-197, 1985.

MINTZBERG, H.; QUINN, J.B. & JAMES, R.M. (Eds.). **The Strategy Process**: concepts and contexts. Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall, 1988.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safari da estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 1998.

MINTZBERG, H.; QUINN, J.B. **O Processo da Estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MOHRMAN, S. A.; CUMMINGS, T.G. **Self-Designing Organizations**: learning how to create high performance. Addison-Wesley Publishing Company, 1989.

MORGAN, G. **Imagens da Organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MORGAN, G. **Paradigms, Metaphors, and Puzzle Solving in Organization Theory**. Administrative Science Quarterly, v. 25, 1980.

MOTTA, F. C. P. **Teoria Geral da Administração**: uma introdução. São Paulo: Pioneira, 1986.

NADLER, D. A. et al. **Arquitetura organizacional**: a chave para a mudança empresarial. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

NICZ, L. F. **Managed Care**. São Paulo: USP, 1998.

OLIVEIRA, Francisco E. B. **A regulação dos planos de saúde**. O Estado de São Paulo, 14 de jul. 1999, p. A-2.

OLIVEIRA, G. **Brasil Real**: desafios da pós-estabilização na virada do milênio. São Paulo: Mandarin, 1996.

ORSSATTO, C.H. **A formulação das estratégias da empresa em um ambiente de aglomeração industrial**. Florianópolis, 2002. 223f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina.

\_\_\_\_\_. **Mudança estratégica organizacional**: um caso na agroindústria catarinense. Florianópolis, 1995. 113f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina.

PEREIRA, M. F. **Mudança Estratégica em uma Organização Hospitalar**: um estudo de caso dos últimos 20 anos. Florianópolis 1996. 164f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PETTIGREW, A.M. **Contextualist research**: a natural way to link theory and practice. In: LAWLER III, E. E. et al. (Ed.) *Doing research that is useful in theory and practice*. San Francisco: Jossey Bass, 1985. p. 222-248,

\_\_\_\_\_. **Context and Action in the Transformation of the Firm**. *Journal of Management Studies*, v.24, n.6, p.649-670, Nov. 1987.

PETTIGREW, A. M.; FERLIE, E., McKEE, L. **Understanding change in the NHS**. *Public Administration*, v. 66, p.297-317, outono 1988.

\_\_\_\_\_. **Shaping Strategic Change: making change "in large organization"**. London: Sage, 1992.

PFEFFER, J.; SALANCIK, G. R. **The External Control of Organizations**: a resource dependence perspective. New York: Harper & Row Publishers, 1978.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva**: criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

REAL E BENEMÉRITA SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA. RBSPB - RBSPB – Disponível em: [www.beneficencia.org.br](http://www.beneficencia.org.br). Acesso em: dez. 2002.

ROCHA, J. H. **A saúde e você**: proposta de transformação do setor saúde no Brasil. Nova Friburgo: s.c.p., c., 1992.

RODRIGUES, Karina. Carteiras de clientes podem ser transferidas a outras operadoras. **Folha de São Paulo**, p. B-1, 03 jan. 2003.

ROSSETTO, C. R. **Adaptação estratégica organizacional**: um estudo multicaso na indústria da construção civil - setor de edificações. Florianópolis, 1998. 194f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina.

SCHEIN, E. H. **Psicologia Organizacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1982.

SCHON, D. **Beyond the Stable State**. New York: The Norton Library, 1971.

IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS. Disponível em: [www.scms.com.br](http://www.scms.com.br). Acesso em: dez. 2002.

SILVA, F. A. R.; MAHAR, D. **Saúde e Previdência Social**: uma análise econômica. Rio de Janeiro: IPEA/INPES 1974.

SILVA, P. R. O desenho organizacional - **perspectiva desenvolvida por Mintzberg**. Economia e Sociologia. Évora: Gabinete de Investigação e Ação Social do Instituto Superior de Economia de Évora, n. 69, p. 43 a 93, 2000,.

STONER, J. A. F.; FREEMAN, E. R. **Administração**. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1995.

TAPSCOTT, D.; CASTON, A. **Mudança de Paradigma**. São Paulo: Makron Books, 1995.

TAYLOR, J. S.; BOGDAN, R. **Introduction to qualitative research methods**: the search for meanings. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, 1984.

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

UNIMED – Disponível em: [www.unimed.com.br](http://www.unimed.com.br). Acesso em: dez. 2002.

UNIMED Aliança cooperativista nacional. Disponível em:  
<<http://www.aliancaunimed.com.br/>>. Acesso em: dez. 2002

\_\_\_\_\_. **Informativo**, n. 49, p. 5, abr. 1991.

\_\_\_\_\_. **Jornal da Unimed**. n. 136, p. 8, nov. 2002.

\_\_\_\_\_. **Jornal da Unimed**. n. 124, p. 8, fev. 2001b.

\_\_\_\_\_. **Jornal da Unimed**. n. 74, p. 5, ago. 1993.

\_\_\_\_\_. **Jornal da Unimed**, n. 63, p. 2, ago. 1992a.

\_\_\_\_\_. **Jornal da Unimed**, n. 56, p.5, jan. 1992b.

\_\_\_\_\_. **Jornal da**, n. 61, p.3, jun. 1992c.

\_\_\_\_\_. **Jornal da Unimed**, n. 58, mar. 1992d.

\_\_\_\_\_. **Jornal da Unimed**. out. 2001c – Edição especial.

\_\_\_\_\_. Relatório das atividades da diretoria no ano 2001a.

\_\_\_\_\_. Relatório das atividades da diretoria no ano 1998.

VAN DE VEN, A. H.; DIANE, L. F. **Measuring and Assessing Organizations**. New York: John Willey and Sons, 1986.

VIVEIROS, R. **Ética e solidarismo na saúde**: a trajetória de vida de Edmundo Castilho. São Paulo: Ricardo Viveiros, 1999.

VON BERTALANFFY, L. **General Systems theory**: foundations, development, applications .New York: Braziller, 1968.

YIN, R. K. **Case Study Research**: Design and Methods. Califórnia: Sage Publications Inc., 1984.

ZALTMAN, G.; DUNCAN, R. **Strategies for planned change**. New York: John Wiley & Sons, 1977.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Carta de apresentação

Florianópolis, 18 de fevereiro de 2003.

Ilmo. Dr. Defendente Debiasi

Prezado Senhor,

Cumprimentando-o cordialmente, venho por meio desta solicitar à V. S. que se digne em conceder-me uma entrevista que tem por objetivo a coleta de dados primários para a elaboração de Dissertação de Mestrado que será apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

Essa Dissertação, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Ricardo Rossetto e que tem por título "**O Processo de Adaptação Estratégica: o caso da Unimed de Florianópolis no período de 1990 à 2002**", objetiva estudar as mudanças ocorridas nessa organização em seus aspectos contextuais e processuais, a adaptação estratégica frente às relações e influências do ambiente e o modo de formulação das estratégias. Os efeitos sobre a empresa da recente regulamentação da assistência médica supletiva serão também um foco importante desse estudo.

Todo o conteúdo da entrevista será de aplicação exclusiva para os fins desse trabalho acadêmico, o qual será disponibilizado na íntegra para a empresa estudada e para as pessoas interessadas no assunto, formalmente por ela indicadas.

Desejamos, com a vossa colaboração, contribuir para o sucesso e o desenvolvimento da Unimed de Florianópolis.

Atenciosamente,

Julio Cesar da Rocha de Castro

Mestrando

## APÊNDICE B

### Roteiro de entrevista

**Pesquisador:** Julio Cesar da Rocha de Castro

**Empresa:** UNIMED de Florianópolis

**Pergunta da pesquisa:** "*Como ocorreu o processo de adaptação estratégica da Unimed de Florianópolis no período de 1985 à 2002*"?

1. Qual a sua visão geral/conceito da UNIMED de Florianópolis antes de assumir sua Direção?
2. No início da sua gestão foram implementadas mudanças estratégicas? Quais? Como essas estratégias foram formuladas?
3. Quais foram os períodos de maior dificuldade da empresa desde sua fundação?
4. A empresa teve alguma mudança importante de direção estratégica desde a sua fundação? Quando e como?
5. Quem são os atores dentro da empresa que lideram nos períodos de mudança (Diretores, Conselhos, Gerentes, empregados, AGO)?
6. Ao longo de sua existência, quais foram os elementos (comunidade, consumidores, governo, sindicato, bancos, código de defesa do consumidor, fornecedores, empregados, concorrentes) que mais influenciaram nas decisões estratégicas da empresa? Qual o grau de importância de cada um deles durante os diferentes períodos estratégicos da empresa?
7. Relate as diferentes opções de negócios que a empresa adotou durante a sua existência? Como essas opções foram identificadas?
8. A empresa toma as decisões baseadas em que? Existe um líder que decide sozinho (Diretor, Conselheiro, Gerente ou há um grupo)?
9. As decisões sempre foram tomadas pela direção e comunicadas para os funcionários ou, em

algum período no tempo, houve a participação dos empregados?

10. As mudanças na empresa são tomadas lentamente ou elas ocorrem de forma rápida (de exemplo de mudanças ocorridas na empresa)?
11. Quais os piores problemas que a empresa tem enfrentado nos últimos 17 anos (tecnologia, qualidade, custos, RH, financeiro, legislação, etc.)
12. Quais as principais fontes de recursos utilizados pela empresa para financiar suas atividades/investimentos? Essas fontes mudaram ao longo do tempo?
13. Todas as áreas da empresa são informatizadas?
14. Como tem se comportado a estrutura organizacional (organograma) desde a sua fundação?
15. A lei de defesa do consumidor provocou quais mudanças/atitudes na empresa?
16. Que implicações a lei 9.656 trouxe para a empresa? Houve implicações positivas? Quais?  
Houve implicações negativas? Quais?
17. Quais foram os períodos de crise enfrentados pela empresa, e porque isto aconteceu e o que a empresa fez para superá-los?
18. Qual a sua visão sobre o Sistema Unimed? Como a UNIMED de Florianópolis está inserida nele?
19. Qual a posição estratégica da Unimed de Florianópolis em relação ao Sistema Unimed?
20. Na sua visão quais são os pontos fortes e fracos da Unimed de Florianópolis?
21. Quais os períodos de maior estabilidade vividos pela empresa? Que fator seria o maior responsável por tal estabilidade? Fator interno ou externo?
22. Há empresa terceiriza algum serviço?
23. A empresa implantou alguma ferramenta de qualidade? Tem alguma certificação?

## APÊNDICE C

### Identificação dos entrevistados

Pres. 1: Dr. João Nilson Zunino

Pres. 2: Dr. Defendente Debiasi

Pres. 3: Dr. Euclides Reis Quaresma

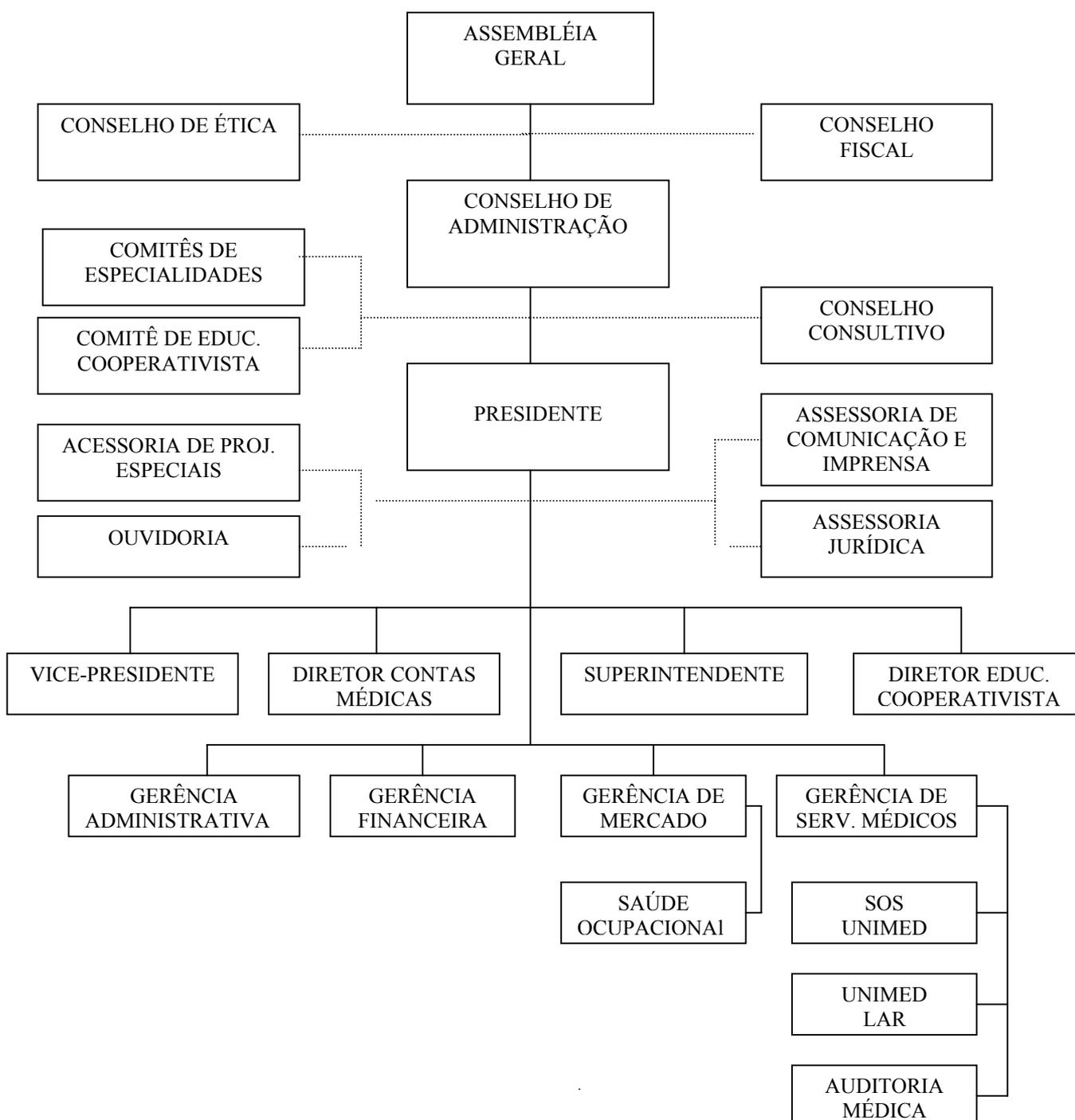
Pres. 4: Dr. Silvio Schmitz

Pres. 5: Dr. Almir Gentil

Ger. 1: Sr. Luiz Ernesto Morales

## ANEXO A

## Organograma da UNIMED de Florianópolis



FONTE - ADAPTADO DA GERÊNCIA ADM. DA UNIMED DE FLORIANÓPOLIS (2003)

## **ANEXO B**

### **Complexo Empresarial Cooperativo Unimed**

I - A vertente trabalho, formada pelas cooperativas Unimed onde se distinguem:

- a) O Primeiro Grau: todas as Unimeds, cooperativas singulares;
- b) O Segundo Grau: as Federações Estaduais;
- c) O Terceiro Grau: a Confederação, Unimed do Brasil.

II - A vertente crédito, formada pelas cooperativas Unicred onde se distinguem:

- a) O Primeiro Grau: todas as Unimeds, cooperativas singulares;
- b) O Segundo Grau: as cooperativas Centrais;
- c) O Terceiro Grau: a Central Nacional.

III - A vertente consumo, formada pelas cooperativas Usimeds, onde existe apenas o primeiro grau;

IV - A vertente empresarial, formada por companhias de capital organizadas nos três graus, compreendendo:

- a) no primeiro grau:
  - a Unimed Participações Ltda.;
  - a Unimed Seguradora S. A.;
  - a Unimed Corretora de Seguros Ltda.;
  - a Unimed Administração e Serviços.
- b) nos segundo e terceiro graus: diversos tipos de companhias, como de transporte aeromédico, hospitais, laboratórios, clínicas e outras.

V - A vertente institucional: constituída pela Fundação Centro de Estudos Unimed (Fundação CEU).

VI - A vertente internacional: constituída pelas cooperativas co-irmãs do Paraguai e Colômbia.

## ANEXO C

### Opiniões especializadas publicadas na mídia

- O gerente da Golden Cross em Santa Catarina, Joaquim Francisco de Souza, revela que a empresa possui hoje 15 mil usuários, mas planeja pelo menos duplicar o volume de segurados até o final do ano. Já o professor da Faculdade de Medicina da USP e diretor do Hospital das Clínicas de São Paulo, João Gilberto Maksoud, acredita que a expansão dos planos de saúde privada demonstra que esse mercado é viável e pode vir a ser, efetivamente, "a redenção da saúde pública do País". Para ele, a privatização vai permitir ao estado investir mais recursos em programas de saúde básica. Ele defende, no entanto, a fiscalização dos planos de saúde para evitar abusos na relação entre clientes e empresas. (Jornal O Estado, 20/06/1993).

- "A regulamentação dos planos de saúde veio para ficar. Pode-se até discutir se o grau e a forma dessa regulação foram adequados. Com efeito, passou-se de uma quase ausência de diretrizes e normas para o setor de saúde supletiva, para uma enxurrada de novas exigências: reservas técnicas, cálculos atuariais, auditorias e muitos outros requisitos, muitas vezes completamente estranhos à uma boa parte do empresariado que opera no setor. Não se pode discutir, entretanto, que o Ministério da Saúde tenha sabido interpretar corretamente os anseios da sociedade, colocando na agenda política e forçando uma rápida aprovação de um aparato regulatório para o setor. ...Para alguns, isso significará, provavelmente, a saída do mercado. Não seria surpresa ver, daqui em diante, uma onda de fusões e incorporações, pois há significativas economias de escala nesse setor. ...Por mais que se possam criticar as novas exigências, os agentes que operam no mercado de saúde supletiva vão ter de se adaptar. Não adianta ter saudades dos velhos tempos que não voltarão mais. A atitude deve ser pró-ativa, no sentido de modernizar e reorganizar o setor. Vai haver, sim, uma certa "purgação pelo fogo", mas, ao fim e ao cabo, pode-se ter a esperança de dias melhores" (Francisco E. B. Oliveira - O Estado de São Paulo, p. A-2, 14/07/1999).

- "A Amico, empresa de medicina de grupo da norte-americana Cygna, anunciará no início do próximo mês a aquisição de uma empresa de plano de saúde de São Paulo. O Presidente da Amico, Peter Rosemberg, disse que esta será a primeira de uma série de aquisições que serão feitas em todo o País, seguindo a estratégia de crescimento da Cygna no ramo de saúde do Brasil" (Gazeta Mercantil, p. B-5, 22/10/1999).

- "Estava escrito e aconteceu: o fim da inflação e a vigilância do governo quebraram a espinha dorsal das operadoras de saúde privada, mal administradas. Na Quinta-feira a Unimed São Paulo reconheceu-se quebrada, defenestrou a diretoria (que precisou de escolta policial) e, no dia seguinte, foi à Brasília pedir ao governo que lhe impusesse uma intervenção branca. ...Desde o início do mês a própria Unimed São Paulo reconhecia que só 23% dos hospitais, 60% dos laboratórios e 73% das clínicas de sua rede credenciada estavam garantindo o atendimento de seus clientes. Era uma versão benevolente. A cooperativa atrasara em até quatro meses o pagamento de seus fornecedores. Deve-lhes R\$ 65 milhões. Vinha perdendo 40 mil clientes por mês. Entre julho e setembro, grandes empresas, como a Parmalat, tiraram seus funcionários do plano. ...Ela endividou-se construindo um hospital, em área nobre da cidade. Criou a Unimed Air, alugando aviões. Pior: tomou dinheiro na taxa de juros do doutor Armínio Fraga. Deve algo como R\$ 80 milhões só à banca. ...Há um ano a Golden Cross esteve à beira da falência. Depois de enterrar US\$ 200 milhões no seu poço, o grupo americano Cygna caiu fora (Elio Gaspari - Diário Catarinense, p. 14, 17/12/2000).

- "Há tempos reclama-se contra a regulamentação excessiva, que engessa as administrações, ...e contra a taxa por usuário cobrada pela ANS, pois onera os planos. Os dirigentes de empresas que oferecem planos de saúde aos seus empregados, assim como os dirigentes de fundos de pensão que os administram, não compreendem a razão das dificuldades impostas pelo governo aos planos autoadministrados, pois eles são, justamente, os mais baratos do mercado, custando entre 30% e 40% menos do que os similares abertos, por não visarem lucro e carregarem taxas de administração muito inferiores" (Revista Seguridade, ano 1 nº 2, 2000).

- No 4º Simpósio Abramge, o seu presidente nacional Arlindo de Almeida discorreu sobre as negociações mantidas com a ANS, sobre aspectos políticos, legais, éticos e comerciais com prestadores de serviços e com o consumidor, além das dificuldades de relacionamento com os Procons. Disse reconhecer que os planos de saúde, intrinsecamente, são injustos, uma vez que a população de baixa renda não tem acesso a eles, se não estiver empregada e em empresas que se preocupem em propiciar assistência médica aos seus trabalhadores. Enfatizando a situação, registrou que, "as empresas ainda são pressionadas pelos prestadores de serviços, médicos e hospitais, hoje dependentes do sistema de planos de saúde". Abordando ainda aspectos legais e éticos, criticou a retroatividade da lei que se estendeu aos contratos já firmados, obrigar à garantias que não tinham provisão econômica para a extensão da cobertura que lhe foi dada, transferindo às operadoras obrigações novas sem aporte financeiro. Chamou a atenção para o controle de preços a que os planos estão sujeitos, sendo esta "a única atividade hoje controlada economicamente" (Informe Abramge p. 1 e 2, jul/ago/2001).

- "O médico-empresário Edson de Godoy Bueno, fundador e presidente da Amil, um dos maiores planos de saúde do País, já sentou à mesa de negociações com interessados em adquirir seu laboratório de análises clínicas carioca Sérgio Franco. Entre outros candidatos, está o Delboni Auriemo, de São Paulo, e um grupo americano interessado numa fusão. Mas até agora, segundo Bueno, não apareceu uma oferta satisfatória. A possível venda do laboratório faz parte de uma reestruturação estratégica que representa uma espécie de volta às origens no setor hospitalar. O grupo está investindo 100 milhões de reais na compra e reforma de quatro hospitais: o Unicor e o Paulistano, em São Paulo, o Brasília, na capital federal e o carioca São Lucas. As compras devem prosseguir. A idéia é transformá-los em centros de excelência para tratamento de pacientes em estado grave, que utilizam equipamentos sofisticados e caros. Segundo Bueno, a Amil detém conhecimento gerencial para operá-los com custos mais baixos. O atual movimento da empresa privilegia o mercado interno. ...O grupo continua em crescimento: de R\$ 1,1 bilhão em 1999, seu faturamento cresceu para R\$ 1,3 bilhão em 2000 e deve chegar à R\$ 1,6 bilhão em 2001. ...cada vez

mais as empresas de seguro médico estão assumindo as próprias redes hospitalares para controlar custos" (Revista Exame, p. 34, 25/07/2001).

- A lei que regulamenta os planos de saúde privados individuais é muito ruim e por conta dela mais de seis milhões de brasileiros já deixaram de ter um atendimento médico hospitalar pagando uma mensalidade para uma operadora de plano de saúde privado assumir seus gastos com problemas de saúde. O grande problema da lei é que ela pretende ser uma lei ampla geral e irrestrita, em vez de se ater aos termos da Constituição Brasileira. Por conta desta visão distorcida, uma lei ordinária acabou impondo aos planos de saúde privados individuais responsabilidades que constitucionalmente não são deles. E "no afã de proteger os fracos e oprimidos, criou planos divorciados da realidade brasileira, exigindo coberturas para tratamentos que alguns operadores, pelo preço que cobram ou pela capacidade operacional, não podem dar" (Antonio Mendonça, O Estado de S. Paulo, p. B2, 03/02/2003).

## ANEXO D

### Resultado de algumas ações do Instituto de Defesa do Consumidor ( IDEC)

- Em iniciativa conjunta com outras entidades civis, o IDEC lançou no dia 04/06/2002, quarto aniversário da regulamentação dos planos e seguros de saúde, um abaixo-assinado solicitando a abertura das planilhas de custos das operadoras do setor;
- Ao decidir várias ações que envolvem conflitos provenientes das relações de portadores do HIV e as empresas que exploram planos de saúde, o Judiciário brasileiro assume importante papel na luta pela preservação do equilíbrio e justiça contratual. Sendo assim, "no âmbito do Superior Tribunal de Justiça está firmado o entendimento de que a cláusula de exclusão do tratamento da Aids é nula, por abusiva, e mais ainda quando sequer atendeu ao requisito do art. 54, parágrafo 4º, do CDC (Código de Defesa do Consumidor), de ser redigida com destaque, de modo a permitir ao segurado a sua devida compreensão". (Recurso Especial 333.169-SP, relator ministro Aldir Passarinho Junior, julgado em 17/09/2002).
- O primeiro Índice de Reclamações da ANS, aferido em novembro do ano passado, revela que, das 136 maiores operadoras de planos de saúde existentes no país, 51 tiveram reclamações. A que apresentou o maior índice foi a Centro Trasmontano de São Paulo, que opera na capital paulista, com índice de 2,10, seguido da Unimed João Pessoa, da capital paraibana, com índice de 0,57, e da Assistência Médica São Paulo S/A, com sede no município paulista de Poa, com o índice de 0,47. Entre as operadoras de porte médio, que tem 22,1% dos consumidores cadastrados, estreou com pior atendimento a Save Assistência Médica e Hospitalar S/C Ltda., com sede na capital do Rio de Janeiro, que obteve o índice de 26,50. Em segundo lugar, com o índice de 4,44, ficou a Unimed Metropolitana de Salvador, com sede na capital da Bahia, e em terceiro, com índice de 2,83, a SIS Sistemas Interativos de Saúde, que opera em Santana de Parnaíba, São Paulo.

FONTE - IDEC (2002).

## **ANEXO E**

### **Os primeiros artigos da Lei 5.764**

Art. 3º Celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que recíprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro.

Art. 4º As cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas a falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características:

I - adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços;

II - variabilidade do capital social representado por quotas-partes;

III - limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de critérios de proporcionalidade, se assim fôr mais adequado para o cumprimento dos objetivos sociais;

IV - inaccessibilidade das quotas-partes do capital a terceiros, estranhos à sociedade;

V - singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade;

VI - quorum para o funcionamento e deliberação da Assembléia Geral baseado no número de associados e não no capital;

VII - retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembleia Geral;

VIII - indivisibilidade dos fundos de Reserva e de Assistência Técnica Educacional e Social;

IX - neutralidade política e discriminação religiosa, racial e social;

X - prestação de assistência aos associados, e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa;

XI - área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, controle, operações e prestação de serviços.

## ANEXO F

### Discurso de posse da primeira diretoria da primeira UNIMED

Até então, cooperativa de trabalho médico era uma coisa inédita no Brasil e no mundo, e seus fundadores não tinham a menor idéia de como operacionalizar suas atividades. Portanto, a teoria existia, o idealismo também. Faltava apenas a materialização técnico-organizacional correta. Havia alguns médicos formadores de opinião que estavam desconfiados das intenções de Castilho, por ele ser médico da Casa de Saúde, o que atrasou a adesão de cooperados à Unimed. Para vencer essa barreira, Castilho e Nestor Biscardi percorreram sindicatos, Maçonaria, Lyons e Rotary, defendendo seu ideal e tentando arregimentar médicos para a formação da cooperativa. "Quem são esses jovens, com ideais revolucionários, querendo mudar tudo que aí está? Nós fomos colocados sob suspeição, acusados de estar criando uma medicina de grupo na Casa de Saúde, com o pretexto de defender a classe via cooperativismo Unimed. Nossa intenção clara sempre foi fazer convênio com a Cosipa para prestar atendimento, nos moldes do que recebia o cliente particular, a seus 30 mil funcionários, impedindo que a Samcil nos roubasse esses clientes".

Depois de muitas palestras, reuniões e discussões, Castilho havia conseguido número significativo de médicos para a formação da cooperativa. O núcleo original era composto de 23 médicos, número igual ao dos pioneiros de Rochdale. Com a grande desinformação sobre o processo, a iniciativa quase foi inviabilizada. Como presidente do sindicato e, com muita honra, membro do corpo clínico da Casa de Saúde, Castilho só queria concretizar o projeto, e jamais passou por sua cabeça ser o presidente. Quando a recém-criada cooperativa estava praticamente se inviabilizando, Castilho falou:

- "Quem é a pessoa adequada para ser o presidente da UNIMED? Vocês me digam. Só peço que seja da Santa Casa".

Assim, Castilho ficou fora da diretoria. "O Dr. José Luiz Camargo Barbosa, emérito cirurgião e querido colega de toda classe, assumiu, com galhardia e competência, o cargo de primeiro presidente".

A UNIMED Santos foi fundada em 18 de dezembro de 1967, mas ficou até o dia 12 de outubro de 68, data da inauguração oficial, em fase de planejamento.

Seu presidente era do corpo clínico da Santa Casa de Santos, primeiro hospital das Américas, fundado por Brás Cubas. "Dr. Camargo Barbosa desencumbiu esta missão com muita habilidade, razão por que a primeira Unimed nasceu sob os auspícios da idoneidade, do idealismo e do sucesso". No discurso que proferiu na solenidade de inauguração, Castilho observou:

- "A classe médica da Baixada Santista, neste momento, tem a satisfação de entregar à comunidade a Unimed, organização que pelo seu conteúdo, consubstancia teses defendidas pelas nossas entidades de classe. Medicina sem fins lucrativos, com livre escolha de médicos, principais condicionantes para que o padrão assistencial seja alto, a ética respeitada e o doente, a doença e o médico sejam as preocupações precípuas. Este empreendimento significa o nosso esforço e a nossa contribuição à comunidade para a luta, no sentido de se conseguir a solução de um problema que aflige, já lendariamente, o povo brasileiro, qual seja o da saúde. Entendemos que o momento histórico é de reformulação estrutural da ordenação da saúde social, que deve ser alterada na sua aplicação, dando-lhe uma maior amplitude, estendendo cada vez mais a um número mais significativo da população, sem se sacrificar, porém, o padrão e a ética. Os problemas sócio-econômicos são gerais, englobando também a medicina, que deve se enquadrar nas soluções gerais, mas nunca perdendo a sua peculiaridade científico-cultural, que exige, acima das normas econômicas comuns, um equacionamento próprio, estribado fundamentalmente em cânones deontológicos. Isso não quer dizer que devemos nos abstrair da realidade, perdendo-nos em devaneios ingênuos e abstratos. Partindo desse realismo consciente e responsável, foi que a classe médica da Baixada Santista, arrostando enormes sacrifícios, resolveu por si própria reestruturar a sistemática já anacrônica. Saiu a campo, pondo-se à frente do movimento que, pelas suas implicações, precisa ser liderado por quem tem reputação ilibada, firmada para se evitar o desvirtuamento do processo que poderia tomar a vereda do mercantilismo que desrespeita o doente e ofende a ética. O médico não poderia abrir mão dessa prerrogativa e entregar a leigos ou mesmo médicos não-escrupulosos as mudanças estruturais que, embora envolvendo questões econômicas, só a si e ao doente dizem respeito. Terceiros com idéias lucrativas não cabem no esquema reformulatório, pois a industrialização da doença aviltaria o doente e despiria o médico de toda e qualquer consideração, ao tornar-se peça de uma máquina geradora de dinheiro. A medicina só pode servir a quem a

presta ou a quem a recebe, nunca a terceiros, diz o nosso Código de Ética. A realidade brasileira nos mostra um país de extensão territorial continental, com os mais variados matizes socioeconômicos. Querer, com uma única fórmula, resolver a todos os problemas médicos nacionais seria meta inviável. Cada região deve ser estudada de acordo com suas particularidades, criando soluções próprias e evoluindo-se daí para o plano geral, com coordenação pela classe médica, levando-se em consideração o interesse de todas as parcelas participantes. Esses pressupostos foram para a Unimed as normas básicas, daí resultando um plano equânime e exequível. A Baixada Santista, pela vivência de livre escolha e pela vocação pioneira, pode, como nenhum outro local, partir para uma experiência reformulatória, com esta ambição e tamanho. A classe médica oferece a Unimed, à comunidade, e convida as outras partes interessadas no assunto para conosco aprofundar, a partir dela, o equacionamento do problema, podendo sair deste estudo a solução definitiva. Convidamos especificamente o INPS, os sindicatos, as empresas, as autoridades estaduais e municipais para, unidos, e com a soma de esforços e concessões, chegarmos à sistemática adequada à Baixada Santista (Viveiros, 1999).

## **ANEXO G**

### **Seção de artigos da Lei 5.764**

Art. 6º As sociedades cooperativas são consideradas:

I - singulares, as constituídas pelo número mínimo de 20 (vinte) pessoas físicas, sendo excepcionalmente permitida a admissão de pessoas jurídicas que tenham por objeto as mesmas ou correlatas atividades econômicas das pessoas físicas ou, ainda, aquelas sem fins lucrativos;

II - cooperativas centrais ou federações de cooperativas, as constituídas de, no mínimo, 3 (três) singulares, podendo, excepcionalmente, admitir associados individuais;

III - confederações de cooperativas, as constituídas, pelo menos, de 3 (três) federações de cooperativas ou cooperativas centrais, da mesma ou de diferentes modalidades.

1º - Os associados individuais das cooperativas centrais e federações de cooperativas serão inscritos no Livro de Matrícula da sociedade e classificados em grupos visando à transformação, no futuro, em cooperativas singulares que a elas se filiarão.

2º - A exceção estabelecida no item II, in fine, do caput deste artigo não se aplica às centrais e federações que exerçam atividades de crédito.

Art. 7º As cooperativas singulares se caracterizam pela prestação direta de serviços aos associados.

Art. 8º As cooperativas centrais e federações de cooperativas objetivam organizar, em comum e em maior escala, os serviços econômicos e assistenciais de interesse

das filiadas, integrando e orientando suas atividades, bem como facilitando a utilização recíproca dos serviços.

Parágrafo único. Para a prestação de serviços de interesse comum, é permitida a constituição de cooperativas centrais, às quais se associem outras cooperativas de objetivo e finalidades diversas.

Art. 9º As confederações de cooperativas têm por objetivo orientar e coordenar as atividades das filiadas, nos casos em que o vulto dos empreendimentos transcender o âmbito de capacidade ou conveniência de atuação das centrais e federações.

**ANEXO H****Estrutura do Sistema Unicred**

<b>Centrais</b>	<b>Número de cooperativas</b>
Santa Catarina	11
Minas Gerais	30
São Paulo	15
Rio de Janeiro	08
Rio Grande do Sul	21
Norte Nordeste	19
Mato Grosso do Sul	04
Brasil Central	06
Amazônia Ocidental	05
Paraná	08
Total	128
Unicred do Brasil - Confederação	-

FONTE - UNICRED DO BRASIL (2002).

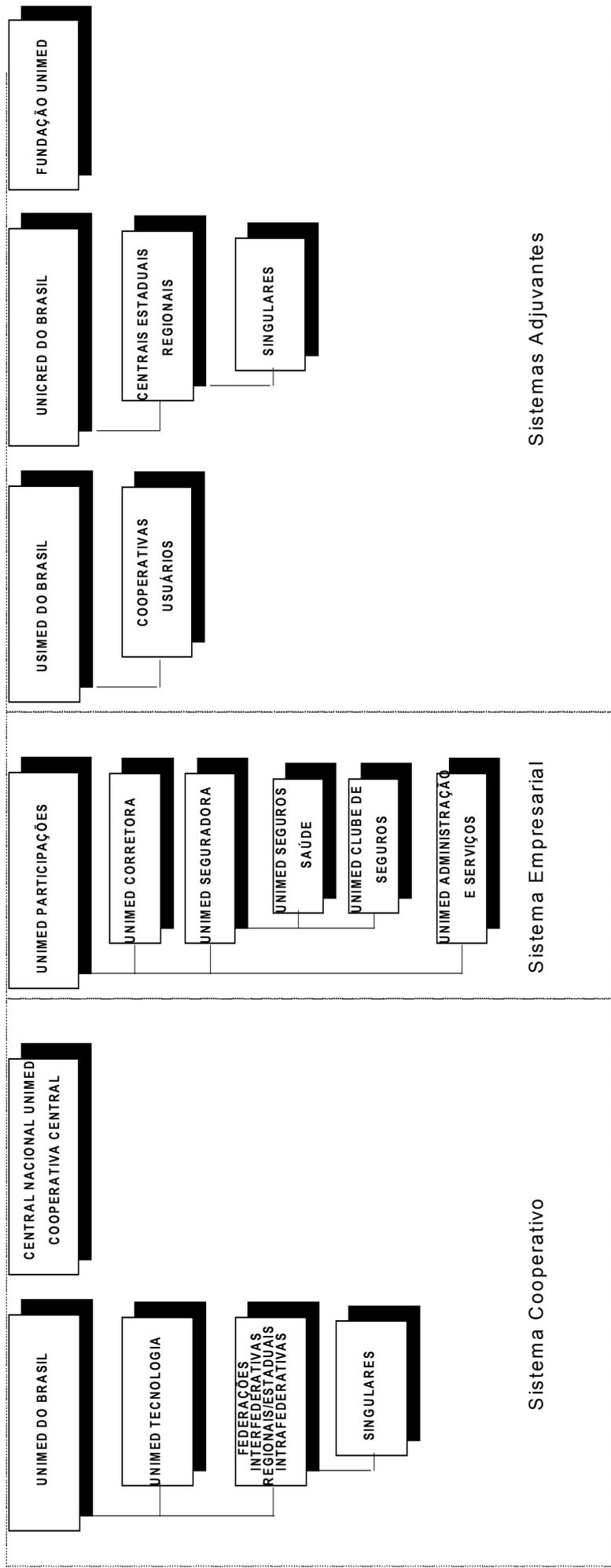
## ANEXO I

### Dados atuais do Sistema Unimed

- 25% de participação no mercado nacional de planos de saúde (11 milhões de clientes);
- 364 cooperativas com abrangência em mais de 80% do território nacional - 4.000 municípios;
- 93 mil médicos cooperados;
- Conjunto das cooperativas somou em 2001, faturamento superior a R\$ 5 bilhões; Mais de 70 mil empresas contratantes;
- 63 hospitais próprios e 3.560 hospitais credenciados, além de mais de 2.700 leitos próprios;
- Mais de 11 mil recursos credenciados;
- Realização de 42 milhões de consultas/ano; 1,2 milhão de internações/ano; e 75 milhões de exames complementares/ano;
- 16 mil empregos diretos e 260 mil empregos indiretos;
- 11 mil leitos permanentemente ocupados;
- Por nove anos consecutivos a Unimed é a marca *Top of Mind* em Plano de Saúde, de acordo com pesquisa nacional do Instituto Datafolha;
- Detentora pela 15ª vez consecutiva do Prêmio Mérito Lojista, como plano de saúde preferido dos sócios da Confederação Nacional dos Diretores Lojistas;
- A UNIMED foi a escolhida, na categoria convênio e assistência médica, para receber o “Oscar” da área de recursos humanos: o Prêmio *Top of Mind* – Fornecedores de RH do ano 2002. Esta foi a segunda vez que a premiação teve caráter nacional, e a Unimed confirmou a liderança que conquistara no ano passado e em 2000 e 1999, quando ganhou o prêmio regional.

FONTE - UNIMED (2002).

**ANEXO J**  
**Organograma Complexo Empresarial UNIMED**



## ANEXO K

### - Ata Constituição Aliança Nacional Unimed

Aos vinte e cinco dias do mês de setembro, do ano de mil novecentos e noventa e oito, na sala de convenções do Hotel Castro's, sito à Av. República do Líbano Nº 1520 - Setor Oeste, Goiânia-GO, reuniram-se as seguintes federações de cooperativas: 1) UNIMED NORTE NORDESTE - CONFEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO, com sede em João Pessoa-PB; 2) UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO - CONFEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, com sede em São Paulo; 3) UNIMED CONFEDERAÇÃO DAS COOPERATIVAS MÉDICAS DO CENTRO OESTE E TOCANTINS, com sede em Brasília; 4) UNIMED DO RIO GRANDE DO NORTE - FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO LTDA., com sede em Natal; 5) UNIMED PARAÍBA - FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS MÉDICAS DO ESTADO DA PARAIBA, com sede em João Pessoa/PB; 6) UNIMED ALAGIPE - FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES DAS COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO DOS ESTADOS DE ALAGOAS E SERGIPE, com sede em Maceió/AL; 7) UNIMED DA AMAZÔNIA OCIDENTAL - FEDERAÇÃO DAS COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO DA AMAZÔNIA, RONDÔNIA, RORAIMA E ACRE, com sede em Manaus/AM; 8) UNIMED DO AMAZÔNIA ORIENTAL - FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO DO PARÁ E AMAPÁ - UNIMED DO PARÁ E AMAPÁ LTDA, com sede em Belém/PA; 9) UNIMED PIAUÍ - FEDERAÇÃO DAS COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO DO ESTADO DO PIAUÍ, com sede em Teresina; 10) UNIMED INTRAFEDERATIVA - FEDERATIVA DO OESTE PAULISTA, com sede em São José do Rio Preto; 11) UNIMED INTRAFEDERATIVA - FEDERAÇÃO DO CENTRO OESTE PAULISTA, com sede em Bauru; 12) UNIMED INTRAFEDERATIVA - FEDERAÇÃO DO NORDESTE PAULISTA, com sede em Ribeirão Preto; 13) UNIMED INTRAFEDERATIVA - FEDERAÇÃO DO CENTRO PAULISTA, com sede em Piracicaba; 14) FEDERAÇÃO DAS UNIMEDS DO ESTADO DE GOIÁS E TOCANTINS, com sede em Goiânia - GO; 15) UNIMED DO ESTADO DE MATO

GROSSO DO SUL - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, com sede em Mato Grosso do Sul; 16) FEDERAÇÃO DAS UNIMEDS DO ESTADO DO MATO GROSSO, com sede em Cuiabá e, a fim de tratar da constituição de uma confederação de cooperativas médicas, organizada na conformidade das normas compostas da Lei Federal nº. 5.764/71, a fim de coordenar em âmbito nacional, as confederações de cooperativas, federações de cooperativas e cooperativas singulares associadas... A seguir transmitiu aos presentes que o motivo da reunião era a constituição da Aliança Confederativa Nacional Unimed, em face dos sucessivos e anteriores entendimentos de confederações, federações e cooperativas singulares, do âmbito do Sistema Unimed, que entendiam necessária a sua congregação nacional, a fim de representá-las junto aos poderes constituídos, as entidades e outras pessoas jurídicas, nas atividades que transcendiam à competência de cada cooperativa individualmente. ...aprovado o estatuto da "Aliança Cooperativista Nacional Unimed - Confederação das Cooperativas Médicas".

FONTE - UNIMED ALIANÇA (2002).

## ANEXO L

### A liquidação da Unimed São Paulo

A insolvência da Unimed de São Paulo expôs a fragilidade de um pedaço significativo do setor privado de serviços de saúde. Há uma crise em curso nos segmentos das empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas, que vendem planos individuais de assistência apoiadas em redes de hospitais e laboratórios conveniados. ...Na maioria dos casos não possuem administração profissional nem trabalham com adequadas reservas financeiras. Acomodaram-se à prosperidade fácil dos tempos de inflação alta, quando recebiam de clientes à vista e pagavam fornecedores a prazo. Acostumaram-se, também, a um mercado sem lei, em que regras mínimas de proteção dos clientes surgiram há apenas dois anos. ...Na noite da quinta-feira 14, Castilho precisou de duas dezenas de seguranças particulares para escapar da fúria de médicos sócios da cooperativa Unimed São Paulo. Perdeu o poder de decisão durante uma assembléia. Sete médicos foram escolhidos para coordenar nova eleição, marcada para janeiro. A crise teve origem em uma política de endividamento crescente para sustentar investimentos de retorno duvidoso. ...No dia 24 de novembro, Castilho havia resumido a situação de insolvência financeira para os sócios. Propôs um plano emergencial. ...Eles não somente se recusaram a pôr a mão no bolso, como produziram uma pancadaria no local. Castilho saiu sob escolta. No caminho, atiraram-lhe um pesado cinzeiro.” (Revista Época, p. 85 e 86, 18/12/2000).