

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO

**“IMPACTOS DA REGULAMENTAÇÃO ESTATAL
NA GESTÃO ORGANIZACIONAL:
o caso de uma cooperativa médica Unimed
no Estado de Minas Gerais”**

Fátima Ferreira Roquete

Belo Horizonte

2002

Fátima Ferreira Roquete

IMPACTOS DA REGULAMENTAÇÃO ESTATAL
NA GESTÃO ORGANIZACIONAL:
O CASO DE UMA COOPERATIVA MÉDICA UNIMED NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de concentração: Organizações e Recursos Humanos.

Orientadora: Prof^a. Dra. Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo.

Belo Horizonte
Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG
2002



UFMG

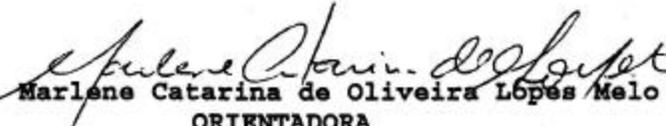
**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração**

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **FÁTIMA FERREIRA ROQUETE**, REGISTRO N° 289/2002. No dia 27 de fevereiro de 2002, às 10:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 23 de janeiro de 2002, para julgar o trabalho final intitulado "Impactos da Regulamentação Estatal na Gestão Organizacional: O Caso de uma Cooperativa Médica UNIMED no Estado de M.G.", requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Administração, área de concentração: Organização e Recursos Humanos. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, Prof^a. Dr^a. Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

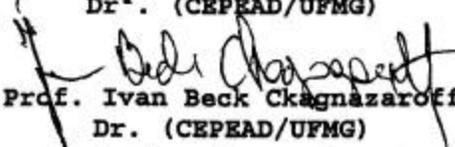
Prof ^a . Dr ^a . Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo	APROVADA
Prof. Dr. Ivan Beck Ckagnazaroff	APROVADA
Prof. Dr. Nilton Alves de Rezende	APROVADA
Prof. Dr. Mauro Calixta Tavares	APROVADA

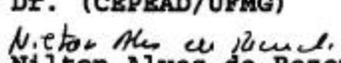
Pelas indicações, a candidata foi considerada **APROVADA**.

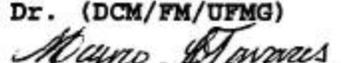
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Senhora Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2002.


Prof^a. Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo
ORIENTADORA

Dr^a. (CEPEAD/UFMG)


Prof. Ivan Beck Ckagnazaroff
Dr. (CEPEAD/UFMG)


Prof. Nilton Alves de Rezende
Dr. (DCM/FM/UFMG)


Prof. Mauro Calixta Tavares
Dr. (Faculdade de Ciências Humanas de Pedro Leopoldo/MG)

AGRADECIMENTOS

Emocionada manifesto meus agradecimentos a todos aqueles que participaram da realização deste trabalho. Esta experiência traz a dupla riqueza de oportunizar o aprendizado de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e de contribuir significativamente para o crescimento e o amadurecimento pessoais.

Desejo especialmente manifestar, com muito carinho, meu reconhecimento e gratidão àqueles que acreditaram em mim e compartilharam os momentos de alegrias e de tristezas que permearam a realização deste acalentado projeto profissional. A vocês que foram meus cúmplices, amigos e parceiros.

Aos meus pais agradeço pela bênção da vida. À minha mãe, com saudades, por ensinar-me a alegria, a delicadeza e a gratidão. Ao meu pai, pelo exemplo de ética, determinação, disciplina e coragem e, particularmente, pela convivência suave e alegre no recanto de paz que sua casa significou para mim, nesse período do curso.

Esta dissertação não seria possível sem a orientação sábia e segura da Prof^ª. Dr^ª. Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo. Profissional madura e experiente, que me levou a trilhar caminhos que sequer havia imaginado existirem. Sua competência profissional, seu carinho e sua amizade merecem todo o meu respeito, admiração e gratidão.

Aos Professores do CEPEAD, pela riqueza de conhecimentos e experiências compartilhadas, em especial, ao Prof^º. Marco Aurélio Rodrigues, pelo singular incentivo e apoio à realização deste projeto, e ao Prof^º. Dr^º. Reynaldo Maia Muniz, pelas ricas discussões, pelo interesse e pela oportunidade de me fazer enxergar com um novo olhar as políticas públicas e a Administração Pública do Brasil.

Aos colegas da turma de mestrado, especialmente, à Luciana Sperling, ao Márcio Maia de Castro e à doutoranda Prof. Maria José M. Brito, pelo apoio, carinho e amizade.

À CAPES/CNPq, pela bolsa de pesquisa, fundamental para a realização deste estudo.

Ao Presidente da Associação Médica de Minas Gerais, Dr. José Guerra Lages, por facilitar o contato com a organização em que foi realizada a pesquisa.

À administração 1998-2002 da cooperativa médica Unimed estudada, em especial, ao Diretor Médico Social, ao Diretor Presidente, ao Assessor para Relações Interinstitucionais, ao Superintendente de Provimento em Saúde, ao jornalista Sr. Pablo e à Srta. Rozilda, que facilitaram o acesso à organização e aos entrevistados. A todos aqueles que entrevistei, meus sinceros agradecimentos. Sem a disponibilidade de vocês, este estudo não teria sido possível. E aos três médicos cooperados, fundadores da cooperativa, minha gratidão pelo interesse e disposição em ajudar-me a recuperar a história da organização.

À Edna e demais funcionários da secretaria do CEPEAD/UFMG, pela presteza com a qual, inúmeras vezes, facilitaram a solução de dificuldades; à Alaíde, bibliotecária da FACE/UFMG, pela gentileza em fazer a revisão de normalização deste trabalho; à equipe da biblioteca da FACE, em especial, à Catarina e Marialice, pela atenção e ajuda no sentido de localizar e organizar aquilo de que precisei para realizar este estudo; à Mirtes, da biblioteca do CEDEPLAR/UFMG que, com delicadeza, flexibilidade e profissionalismo, sempre atendeu às minhas constantes demandas, e à Adriana e funcionários do xerox do 6º andar da FACE/UFMG, por poder contar com a qualidade do trabalho que realizam.

Aos membros do NURTEG/CEPEAD/FACE/UFMG, obrigada pelo carinho e apoio.

Aos meus familiares e amigos, que acompanharam os momentos de tensão, cansaço, tristezas e muitas alegrias, próprios desta trajetória, minha sincera gratidão. Espero que me compreendam e me desculpem por tantas ausências. À Lourdinha, meu carinho e amizade. Sua responsabilidade e comprometimento com o trabalho foram valiosos neste período de estudo. Ao José Nogueira, meu respeito e sincero muito obrigado. Seu apoio e incentivo foram de importância inestimável durante este percurso.

Ao Jusmar e às minhas filhas Raquel e Renata, obrigada por apoiarem e incentivarem este meu projeto. Em especial, à Raquel meu reconhecimento e gratidão pelo amor e dedicação ao seu tio, meu querido irmão, durante a enfermidade. Sem você, eu não teria tido a tranquilidade e o tempo necessários para finalizar este estudo e iniciar uma nova etapa profissional. Carinhosamente, muito obrigada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REFORMA DO ESTADO.....	20
2.1 Aspectos gerais.....	20
2.2 Características do Estado e da Administração Pública no Brasil.....	26
2.3 Papel do Estado e da Administração Pública no Brasil nas últimas décadas....	33
2.4 Construindo a Reforma do Estado no Brasil.....	37
2.5 A reforma regulatória dos anos 90.....	46
3 SEGMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR.....	50
3.1 Sistema de saúde no Brasil.....	50
3.2 Trajetória do segmento de assistência médica suplementar.....	55
3.3 Modalidades empresariais.....	59
3.3.1 Medicina de grupo.....	59
3.3.2 Planos próprios de empresas.....	60
3.3.3 Seguro-saúde.....	62
3.4 Cooperativas médicas no segmento.....	64
3.4.1 Cooperativismo.....	64
3.4.2 Cooperativismo de trabalho.....	72
3.4.3 Cooperativismo médico – a Unimed do Brasil.....	76
4 REGULAMENTAÇÃO ESTATAL DO SEGMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO BRASIL (jul./1998 a nov./2001)	85
4.1 Antecedentes.....	85
4.2 Reforma da saúde no Brasil nos anos 90 – A Lei n. 9.656/98.....	88
4.3 Agência Nacional de Saúde Suplementar.....	93
4.4 Um novo contexto para o segmento de assistência médica suplementar.....	96
4.5 Perspectivas para uma análise da gestão organizacional.....	103
4.5.1 Perspectiva estratégica.....	105
4.5.2 Perspectiva estrutural.....	106
4.5.3 Perspectiva tecnológica.....	108
4.5.4 Perspectiva humana.....	111

4.5.5	Perspectiva cultural.....	114
4.5.6	Perspectiva política.....	116
5	IMPACTOS DA REGULAMENTAÇÃO ESTATAL: O CASO ESTUDADO	121
5.1	Procedimentos metodológicos.....	121
5.1.1	Caracterização da pesquisa	121
5.1.2	Definição do universo e seleção da amostra	123
5.1.3	Sobre a coleta dos dados	125
5.1.4	O tratamento dos dados	126
5.2	A Unimed-Alfa	127
5.3	Impactos da regulamentação estatal na Unimed-Alfa.....	135
6	GESTÃO DA COOPERATIVA MÉDICA UNIMED-ALFA FACE À REGULAMENTAÇÃO ESTATAL.....	151
6.1	Mudanças na estratégia.....	152
6.2	Uma nova estrutura organizacional.....	164
6.3	Inovações em tecnologia.....	169
6.4	Impactos na perspectiva humana.....	173
6.5	A construção de uma nova cultura organizacional.....	179
6.6	A questão política na cooperativa.....	182
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	190
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	196
	ANEXOS E APÊNDICES	214
	Anexo A: Primeira estrutura organizacional da Unimed-Alfa.....	215
	Anexo B: Estrutura organizacional da Unimed-Alfa anterior à reestruturação (1998).	216
	Anexo C: Estrutura organizacional da Unimed-Alfa (set./ 2001)	217
	Apêndice A: Roteiro da entrevista.....	218
	Apêndice B: Planilha temática.....	221
	Apêndice C: Questionário.....	224

LISTA DE GRÁFICOS

1: Distribuição do percentual de entrevistados quanto ao tempo de trabalho na Unimed-Alfa	136
2: Distribuição dos entrevistados quanto à realização de curso de formação gerencial, no geral, e por tempo de trabalho na Unimed-Alfa	138

LISTA DE TABELAS

1: Proporção de Medidas Provisórias (editadas e reeditadas) por Presidente	44
2: Número de clientes e variação no período 1987-1998, segundo modalidades empresariais	57
3: Distribuição de clientes por modalidade empresarial – Brasil – 1998	63
4: Distribuição das cooperativas brasileiras por ramo, número de cooperados e número de empregados, em junho de 2001	71
5: Percentual de beneficiários e número de operadoras por segmento	102
6: Distribuição dos entrevistados quanto à formação profissional, no geral, e por tempo de trabalho na Unimed-Alfa	137
7: Conseqüências que a regulamentação estatal provoca na Unimed-Alfa	140
8: Dificuldades enfrentadas pela Unimed-Alfa com a regulamentação estatal	143
9: Facilidades da Unimed-Alfa para adequar-se à regulamentação estatal	146
10: Mudanças na gestão da Unimed-Alfa	148
11: Tarefas e serviços terceirizados pela Unimed-Alfa após a regulamentação.....	155
12: Parcerias e alianças estratégicas da Unimed-Alfa após a regulamentação.....	156
13: Justificativas para parcerias e alianças estratégicas.....	157
14: Mudanças no relacionamento com o médico cooperado após a regulamentação	159

15: Mudanças no relacionamento da Unimed-Alfa com os clientes após a regulamentação.....	162
16: Diversificação dos produtos da Unimed-Alfa após a regulamentação.....	163
17: Áreas criadas (ou extintas) na Unimed-Alfa	165
18: A reestruturação da Unimed-Alfa	167
19: Razões da revisão de tarefas e processos após a regulamentação.....	170
20: Justificativas para a utilização da tecnologia da informação.....	171
21: Razões para mudar a forma de tratar dados e disponibilizar informações.....	171
22: Novos instrumentos para acompanhamento de resultados.....	173
23: Mudanças na relação com os funcionários.....	174
24: Avaliação da utilização do Gerenciamento Pelas Diretrizes.....	175
25: Treinamentos realizados na Unimed-Alfa.....	176
26: Atual forma de recrutamento e seleção de funcionários na Unimed-Alfa	177
27: Como a atual forma de gestão mudou o jeito de ser da Unimed-Alfa.....	180
28: Dificuldades para efetuar mudanças nas práticas de gestão.....	183
29: Mudanças para auxiliarem a construção de uma nova cultura na Unimed-Alfa.....	185
30: Dificuldades existentes na gestão de uma cooperativa médica.....	188

LISTA DE QUADROS

1: Comparação entre Sociedade Cooperativa e Empresa Mercantil – algumas características.....	68
2: Objetivos e instrumentos da regulação.....	95

LISTAS DE SIGLAS

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ABRASPE – Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas

ACI – Aliança Cooperativa Internacional

AIDS – *Acquired Immune-Deficiency Syndrome* (Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida)

AIS – Ações Integradas de Saúde

AMB – Associação Médica Brasileira

AMIL – Assistência Médica Internacional Ltda.

AMMG – Associação Médica de Minas Gerais

ANATEL – Agência Nacional de Telecomunicações

ANEEL – Agência Nacional de Energia Elétrica

ANP – Agência Nacional do Petróleo

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BNDS – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CACEX – Carteira de Comércio Exterior do Banco do Brasil

CADE – Conselho Administrativo de Defesa do Consumidor

CAP's – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAPFESP – Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos

CEPEAD – Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID – Código Internacional de Doenças

CID – Conselho de Desenvolvimento Industrial

CIEFAS – Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNSP – Conselho Nacional de Seguros Privados

CONAMGE – Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo

CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde do Sistema de Previdenciária Social

CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar

CPT – Cobertura Parcial Temporária.

CRM – *Customer Relationship Management* (Administração do Relacionamento com o Cliente)

CRMMG – Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais

CSS – Câmara de Saúde Suplementar

EUA – Estados Unidos da América

FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros e Capitalização

FHC – Fernando Henrique Cardoso

GEAP – Fundação de Seguridade Social Grupo Executivo Assistência Patronal

GPD – Gerenciamento Pelas Diretrizes

IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IAPI – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários

INAMPS – Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MP – Medida Provisória

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NURTEG – Núcleo de Relações de Trabalho e Tecnologias de Gestão

OCB – Organização das Cooperativas Brasileiras

OCEMG – Organização das Cooperativas do Estado de Minas Gerais

OCESP – Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo

PACTI – Programa de Apoio à Capacitação Tecnológica da Indústria Brasileira

PBQP – Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade

PCI – Programa de Competitividade Industrial

PETROS – Fundação de Seguridade Social da Petrobrás

PFL – Partido da Frente Liberal

PIB – Produto Interno Bruto

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PND – Programa Nacional de Desestatização

PROCON – Proteção ao Consumidor

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira

PSF – Programa de Saúde da Família

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RH – Recursos Humanos

SANDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência da Previdência Social

SINAMGE – Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo

SM – Salário Mínimo

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

UNIMED – União dos Médicos

UT – Unidade de Trabalho

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo analisar impactos da regulamentação estatal na gestão de uma cooperativa médica Unimed do Estado de Minas Gerais. No contexto de Reforma do Estado no Brasil, com a promulgação da Lei n. 9.656, em junho de 1998, foram regulamentadas as atividades das empresas que operam com planos e seguros privados de saúde (ou segmento de assistência médica suplementar) no País. Para realizar este estudo, utilizou-se uma abordagem sistêmica de análise organizacional, que contemplou seis perspectivas, quais sejam, estratégica, estrutural, tecnológica, humana, cultural e política. Foi escolhida, como unidade de análise, uma cooperativa médica Unimed. Esta opção se justificou, particularmente, pelo fato de tal modalidade empresarial estar presente na maioria das regiões e estados do Brasil e ser uma alternativa às organizações do mercado competitivo. O estudo realizado teve um caráter exploratório-descritivo-analítico, sendo adotada uma abordagem de análise qualitativa. Os resultados demonstraram que os entrevistados têm consciência das forças ambientais desse novo contexto, às quais a cooperativa está exposta. Relataram que a organização respondeu às mudanças do ambiente de forma relativamente rápida, especialmente, porque uma nova administração, com visão de gestão profissional, havia assumido a direção da cooperativa em abril de 1998. A regulamentação foi, portanto, um impulso para que esta cooperativa médica mudasse radicalmente sua forma de gestão, transformando-se em uma empresa profissionalizada e moderna. Adotou-se o planejamento estratégico como ferramenta gerencial, modificaram-se as estratégias organizacionais, uma nova estrutura foi implementada, inovou-se, profunda e amplamente, no campo tecnológico e transformaram-se as relações com as pessoas. A montagem de uma equipe gerencial altamente qualificada com executivos recrutados no mercado dotou a gestão da cooperativa médica Unimed estudada de racionalidade administrativa, implicando a construção de uma nova cultura. A reestruturação desta organização, impulsionada por demandas provocadas pela regulamentação do setor, está viabilizando não somente sua adaptação a este novo contexto como também a sua sobrevivência e, até mesmo, seu crescimento.

SUMMARY

The present study's objective was to analyze the impact of Government regulations on the managing of a Unimed health care co-op in the State of Minas Gerais. Within the context of Government Reform in Brazil, with the approval of Law n. 9.656, in June 1998, the activities of the companies that run private health care plans and insurance (or the segment of supplementary health care) in the Country were regulated. For such a study, a systemic approach to organizational analysis was used, and it dealt with six perspectives, that is, strategic, structural, technological, human, cultural and political. A Unimed health care co-op was chosen to be analyzed. This option was justified, particularly, by the fact that this kind of company is present in most regions and states in Brazil, and it is an alternative to the organizations of the competitive market. The study that was held was exploratory-descriptive-analytic, and the approach adopted was that of qualitative analysis. Results demonstrated that those interviewed are aware of the environmental forces within this new context, to which the co-op is exposed. They reported that the organization has responded relatively quickly to environmental changes, mainly because a new administration, with a professional outlook, had taken over running the co-op in April 1998. Therefore, regulation offered the chance for this health care co-op to radically change its management style, thus becoming a professional and modern company. Strategic planning was adopted as a management tool, organizational strategies were altered, a new structure was implemented, deep and sweeping innovations were introduced in the technological area, and human resources relations were also changed. A highly qualified managerial team was set up, thus making administrative rationality available to the Unimed health care unit studied, which implied in the building a new culture. The restructuring of this organization, made necessary by the demands brought about by the regulation of the industry, has made viable not only its adaptation to this new context but also its survival and even its growth.

1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas do século XX foram marcadas por importantes mudanças políticas, econômicas, sociais e tecnológicas que provocaram transformações expressivas no cenário mundial. A necessidade de adaptação a esse contexto, que se modifica rápida e intensamente, tem implicado a busca de alternativas tanto para a administração pública, de forma geral, quanto para a administração de organizações privadas, em particular.

No que tange à administração pública, o governo de diversos países apresentaram, como item predominante de suas agendas políticas, propostas de reforma do Estado, com foco na mudança do seu papel na economia. Particularmente, após a Segunda Grande Guerra Mundial, estados com importante grau de participação na economia passaram a reduzir sua ação enquanto produtores de bens e serviços, assumindo um caráter mais regulador do mercado.

No caso do Brasil, tal processo se apresentou de forma mais intensa, a partir do início da década de 90, com a abertura do mercado e a privatização de setores do segmento de infraestrutura, primeiramente, comunicação, energia elétrica e petróleo. Em função dessas medidas, as primeiras agências reguladoras brasileiras foram criadas: Agência Nacional de Telecomunicações – ANATEL –, Agência Nacional de Energia Elétrica – ANEEL – e Agência Nacional de Petróleo – ANP. Segundo Abranches (1999b), a criação dessas agências pode ser considerada marco da mudança na forma de atuação do Estado no País.

No bojo desse processo, em junho de 1998, aconteceu a regulamentação estatal das empresas que operam com planos e seguros privados de saúde no Brasil, nesta pesquisa, denominada segmento de assistência médica suplementar, com a promulgação da Lei n. 9.656/98. Desde então, empresas que atuavam no País sem regras claras, desde a década de 60, passaram a ter as suas atividades regulamentadas pelo Estado.

A regulamentação desse segmento de saúde pode ser considerada como um processo conturbado, haja vista variáveis, tais como a criação de uma agência reguladora, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS –, não prevista na Lei n. 9.656/98, e a edição de 44 Medidas Provisórias – MP's –, no período de junho de 1998 a novembro de 2001.

Dessa forma, o segmento de assistência médica, responsável por atender quase 40 milhões de brasileiros, passou a fazer parte de discussões tanto do meio acadêmico quanto político. Em parte, isso se justifica porque, até recentemente, esse segmento privado de saúde era pouco estudado e conhecido, conforme constataram Andreazzi (1991), Vianna (1995), Almeida (1998) e Bahia (1999) dentre outros autores.

Considerando-se que se sabe pouco sobre as empresas que operam nesse segmento de saúde, que a regulamentação realizada pelo Estado no Brasil é recente e, conseqüentemente, também pouco conhecida, a questão deste estudo foi analisar *o que a regulamentação estatal provocou na gestão das empresas do segmento de assistência médica suplementar*.

Deseja-se, portanto, que o presente trabalho contribua para a construção do conhecimento sobre essa nova forma de atuação estatal e, especialmente, as possíveis implicações que a mesma tem trazido para a gestão das organizações que atuam no segmento de assistência médica suplementar no Brasil.

O trabalho foi dividido em sete capítulos, sendo que o primeiro refere-se a essa introdução. O capítulo 2 trata da Reforma do Estado, partindo de seus aspectos gerais, e examinando, em seguida, as características do Estado e da Administração Pública brasileira, o papel do Estado e da administração pública, nas últimas décadas do século XX, a construção da Reforma do Estado no País, para se chegar à reforma regulatória dos anos 90.

Caracteriza o capítulo 3 o segmento de assistência médica suplementar no Brasil, partindo-se de uma revisão do sistema de saúde do País como um todo. A seguir, analisam-se a trajetória desse segmento e as modalidades de empresas que operam no mesmo, com destaque para o cooperativismo médico Unimed.

O capítulo 4 aborda a regulamentação estatal com enfoque no período de julho de 1998 a novembro de 2001. Recuperam-se os antecedentes dessa regulamentação, abordando-se a Lei n. 9.656/98 enquanto uma referência para a reforma do setor de saúde no Brasil, nos anos 90, verificando aspectos relevantes da criação e ações da ANS. Considerando-se que tais políticas públicas delineiam um novo cenário interno para as empresas que atuam no setor, utiliza-se para estudá-las uma abordagem organizacional sistêmica que contempla as variáveis de análise estratégia, estrutura, tecnologia, humana, cultural e política (MOTTA, 2000).

O capítulo 5 apresenta primeiramente a metodologia utilizada para a condução deste estudo. Em seguida, caracteriza-se a empresa estudada, no caso, uma cooperativa médica Unimed, analisando-se impactos que a regulamentação estatal provocou na sua gestão. São examinadas também dificuldades enfrentadas por essa organização com a referida regulamentação.

Mostra o capítulo 6 os resultados obtidos por meio da abordagem de análise organizacional proposta, que se referem às perspectivas: estratégica, estrutural, tecnológica, humana, cultural e política.

As Considerações Finais e Recomendações são apresentadas no capítulo 7, retomando-se os objetivos do estudo e propondo-se sugestões para o desenvolvimento de pesquisas futuras.

Completam o trabalho as Referências Bibliográficas e ANEXOS e APÊNDICES, de que fazem parte os instrumentos utilizados para a coleta de dados desta pesquisa.

2 REFORMA DO ESTADO

2.1 Aspectos gerais

Nas duas últimas décadas do século XX, a questão da Reforma do Estado passou a ser tema das agendas¹ governamentais e a ocupar lugar de destaque tanto nas discussões teóricas quanto políticas. A expressão Reforma do Estado tem sido utilizada para abrigar um conjunto amplo de modificações que vêm ocorrendo no âmbito de Estados, em diversos países do mundo, assim como também no Brasil. Estas se referem à mudança do papel do Estado, envolvendo suas relações com a sociedade e como o mercado.

O Estado é definido como a Administração Pública, em sentido amplo, ou seja, a estrutura organizacional do Estado em seus três poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário e três níveis – União, Estados-Membros e Municípios. O Aparelho do Estado é constituído pelo governo, isto é, pela cúpula dirigente dos três poderes, por um corpo de funcionários e pela força militar (BRASIL, 1995).

Certamente que a Reforma do Estado, em qualquer país do mundo, implica conseqüências tanto para a sociedade como para o mercado. Portanto, para estudar os efeitos dessas mudanças nas organizações, é importante primeiro situar que Estado é esse cuja crise tem sido apontada. Para tal, faz-se uma retrospectiva na história.

Voltando ao século XIX, constata-se que há um significativo consenso mundial em torno dos ideais do liberalismo². Na doutrina do *laissez-faire*³, está embutida a idéia de que o Estado deve interferir o mínimo possível nos assuntos econômicos. O modelo foi utilizado por diversos governos do mundo, e a orientação do liberalismo predominante tinha como base a valorização do indivíduo. No entanto, nessa época, o Brasil apresentava suas particularidades: um regime liberal em que se convivia com a escravidão humana (DULCI, 1997).

¹ Agenda governamental é “o processo através do qual certos problemas ou questões passam a chamar a atenção séria e ativa do governo como possíveis assuntos de política pública” (ELDER, Charles D.; COBB, Roger W. Formación de la agenda: el caso de la política de los ancianos. In: **Problemas públicos y la agenda del gobierno**. México, DF: Aguilar Ed., 1991, p.77). Tradução da autora desta dissertação.

² De acordo com Bobbio et al. (2000, p.686), não há consenso entre historiadores e estudiosos de política, no que se refere a uma definição comum do Liberalismo como fenômeno histórico. A definição estrutural do Liberalismo compreende “interpretar as estruturas, sejam elas institucionais (o Estado) ou sociais (mercado, a opinião pública)”.

³ Pode ser traduzido como deixar fazer ou deixe-nos em paz.

O princípio que norteava o modelo é a chamada *mão invisível*, de Adam Smith⁴, discutido no livro **A riqueza das nações**. De acordo com o mesmo, o indivíduo é guiado por uma *mão invisível*, no sentido de realizar o melhor para a coletividade, em que pesem seu egoísmo e seu interesse em buscar vantagens pessoais.

A Primeira Grande Guerra Mundial (1914-1918) deixou transparecer os primeiros sinais de fragilidade do sistema então vigente. Importantes transformações políticas, econômicas e ideológicas aconteceram, na medida em que a guerra propiciou a implantação de dois sistemas estatistas, com fortes características antiliberais: o socialismo soviético e o fascismo italiano. Os Estados Unidos, a Grã-Bretanha e a França, dentre outros países, tentaram resguardar os princípios liberais. No entanto, a Grande Depressão de 1929 alcançou toda a economia mundial. Sendo a crise imputada à desordem do mercado auto-regulado, o *laissez-faire* foi substituído por políticas de intervenção estatal (DULCI, 1997).

Durante o século XX, pode-se dizer que os projetos políticos tinham em comum uma outra característica – apoiavam-se em Estados ativos e intervencionistas. Essa mudança dos projetos políticos, em função de transformações na economia, pode ser compreendida, levando-se em conta a premissa de que

parte considerável do cálculo político se faz em função do desempenho macroeconômico da sociedade, e parte considerável das decisões de política econômica e das expectativas dos agentes econômicos é condicionada e afetada pelo desempenho do sistema político (ABRANCHES, 1991, p.57).

Isso porque, no entender do mesmo autor, o Estado é um importante mediador entre o sistema político e o mercado, na medida em que o sistema político funciona regulando o aparelho técnico-burocrático, e este último é regulado pelo sistema político. O aparelho técnico-burocrático sofre influência do mercado e, ao mesmo tempo, lhe impõe condições, estimula ou restringe.

O Estado intervencionista, conhecido como Estado de Bem-Estar (*Welfare State*), pode ser definido como o Estado que garante “tipos mínimos de renda, alimentação, saúde, habitação, educação, assegurados a todo cidadão, não como caridade mas como direito político” (BOBBIO et al., 2000, p.416).

⁴SMITH, Adam. **A riqueza das nações**. Trad. Norberto de P. Lima. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

Os principais estudos sobre o Estado de Bem-Estar, no entender de Ashford (1986), não são facilmente categorizáveis. No entanto, podem ser resumidos em quatro principais grupos, quais sejam:

1. os estudos políticos e sociológicos, que consideram o Estado de Bem-Estar como uma consequência da demanda. Nesses, o ritmo histórico e os vínculos institucionais entre o incremento da demanda e o da proteção social variam amplamente, de acordo com a realidade de cada país;
2. as teorias do Estado de Bem-Estar baseadas na oferta e associadas à teoria econômica. Em uma perspectiva global e das políticas setoriais do Estado de Bem-Estar, o governo não pode ser mais que um sistema, sempre obscuro, para tratar de estabelecer a melhor relação possível entre oferta e demanda;
3. um terceiro grupo é composto pelos estudos estatísticos dos Estados de Bem-Estar. Estes estudos não permitem uma aproximação direta das normas que têm regido os diferentes graus de redistribuição. Também não possibilitam uma avaliação dos méritos relativos aos diferentes métodos utilizados pelos governos para o cálculo de custos e benefícios de programas específicos. Nesses estudos quantitativos, o papel das idéias e das instituições não é contemplado; e,
4. por fim, os estudos sócio-históricos, que destacam a incidência da mudança social na estrutura do Estado e, com menor clareza, o desenvolvimento das instituições. A controvérsia mais importante que há sobre esses estudos incide sobre a questão da autonomia do Estado e, em última instância, sobre a possibilidade de se estabelecer uma distinção entre Estados fortes e frágeis.

Observa-se, portanto, que há uma ampla produção teórica sobre o Estado de Bem-Estar. Sendo assim, a opção foi por sublinhar algumas características gerais desse modelo de Estado, de forma a facilitar a compreensão do cenário que vai se delinear, a partir dos anos 70.

A priori, ressalta-se que, durante um período de tempo, que se inicia depois da Segunda Grande Guerra Mundial (1938-1945), as economias dos países industrializados, que

influenciam os demais, viveram uma fase de prosperidade (CASTELLS et al., 1989; DULCI, 1997).

Nessa fase, nota-se um consenso em torno das idéias de progresso e igualdade; as entidades representativas dos trabalhadores e dos empresários desenvolveram formas de pacto social, e o Estado passou a exercer um papel ativo, por meio dos serviços públicos, na busca do progresso e da igualdade (CASTELLS et al., 1989).

Conforme ressalta o mesmo autor, o Estado de Bem-Estar utilizou quatro mecanismos básicos para atuar, quais sejam:

1. as políticas macroeconômicas;
2. a prestação de serviços públicos, como forma de transferências;
3. a presença na produção, através das empresas estatais e de economia mista;
4. a adoção de políticas redistributivas.

Assim, o Estado intervencionista passou a controlar a vida econômica mais diretamente, em princípio, para equacionar os problemas da crise. Posteriormente, assumiu novos papéis, como o planejamento, o financiamento de projetos e, até mesmo, o investimento direto na produção de bens e serviços (DULCI, 1997). É importante notar que os mecanismos de intervenção estatal visavam preservar, não somente o equilíbrio social, baseado no progresso e na igualdade, mas também muitas vezes, o Estado substituiu a iniciativa privada no setor de infra-estrutura e na produção de serviços coletivo (FADUL, 1999).

O Estado de Bem-Estar conseguiu consolidar-se, no pós-guerra, em particular, nas economias industrializadas avançadas, cujos sistemas de proteção social fortemente estatizados se desenvolveram (VIANNA, 1995).

No entanto, a partir dos anos 70, a ordem econômica mundial começou a alterar-se. Os dois choques do petróleo (1974/1979), a crise da dívida externa dos países do Terceiro Mundo e as rivalidades econômico-financeiras entre os países centrais chamaram a atenção para debilidades do sistema vigente (DULCI, 1997).

A crise do Estado de Bem-Estar emergiu, vinculada à crise fiscal dos Estados e à crise econômica que também se estabeleceu. Boa parte dos mecanismos que sustentavam o *Welfare State* começaram a ser questionados. As políticas macroeconômicas de regulação da demanda aparentemente não foram suficientes para fazerem face ao desemprego e à recessão. O Estado, considerado como ineficiente e excessivamente intervencionista, passou a ser tratado como um obstáculo às melhorias de produtividade necessárias ao novo modo de produção capitalista. Os serviços públicos produziram um aumento do gasto público, que deu lugar ao *deficit*, ou a uma pressão fiscal considerada excessiva. Além disso, por uma série de razões, boa parte dos setores produtivos, em crise, estavam nas mãos de empresas públicas que, conseqüentemente, também passaram a ser criticadas (ASHFORD, 1986).

Vianna (1995), analisa essa crise do Estado de Bem-Estar sobre três ângulos. O primeiro é o da crise econômica, que se manifestou em termos de recessão, redução do Produto Interno Bruto – PIB – e o aumento do desemprego, que significou menos receitas e maiores despesas para o Estado. O segundo diz respeito às mudanças na relação entre população ativa e inativa. Há uma diminuição da taxa de natalidade e um aumento da longevidade, com a conseqüente elevação dos gastos com os idosos, aposentados, doentes crônicos etc.. O terceiro ângulo é o político, que se manifestou por meio da insatisfação dos eleitores com a atuação do Estado de Bem-Estar. Citam-se como exemplos dessa insatisfação as derrotas sucessivas do Partido Trabalhista Inglês e as dos democratas americanos em duas eleições que precederam a do presidente Clinton.

É nesse contexto de crise do Estado de Bem-Estar que começaram a emergir propostas para se reformar o Estado. A idéia geral dos programas que surgiram, em diversos países do mundo, pode ser resumida na expressão “menos Estado, mais mercado” (DULCI (1997, p.11).

Isso significa que as proposições tinham como perspectiva reduzir a ação do Estado na economia e expandir o mercado. Face à nova realidade econômica, política, social e ideológica que se instalou, a necessidade de rever o papel do Estado tornou-se um desafio para a sociedade contemporânea.

Nesse contexto, há que se considerar que cada nação tem características políticas, econômicas, sociais, culturais e tecnológicas próprias. Em princípio, é possível presumir que os programas de Reforma do Estado deveriam levar em conta tais especificidades. Assim,

reformular o Estado, em que pese ser uma necessidade, é uma questão que pode ser considerada difícil e complexa. Sobre essas reflexões, pondera-se que

tanto a definição das funções legítimas do Estado quanto a adoção de critérios para adaptá-lo ao exercício delas, e garantir seu desempenho, variarão significativamente, dependendo da posição conceitual e doutrinária que se adote. Uma postura típica e puramente liberal produzirá um paradigma muito diferente daquele decorrente de visões que consideram a organização capitalista contemporânea uma economia mista, na qual convivem o regime de mercado e a intervenção estatal (ABRANCHES, 1991, p.56).

Muitas vezes, tal posição conceitual e doutrinária leva a determinados preconceitos quanto à natureza e aos papéis do Estado. Assim, uma proposta de reforma deve levar em conta que há uma interdependência ativa entre Estado, mercado e sistema político, e que estes mostram diferentes lógicas de operação, enquanto mecanismos distributivos. Nota-se no comportamento do capitalismo contemporâneo que “nem a lógica pura do mercado, nem o rigor técnico da burocracia estatal constituem remédio adequado para as irracionalidades do sistema” (ABRANCHES, 1991, p.57).

Considerando-se o desenvolvimento capitalista, constatam-se fases de desajustes no relacionamento entre Estado, mercado e sistema político. No entanto, a interdependência entre esses segmentos se pauta em princípios de relativa autonomia. Isso significa que, de forma geral, cada segmento opera com uma lógica própria, mas sem trazer prejuízos graves à racionalidade geral do sistema social. Porém, situações de bloqueio recíproco ocorrem em determinados momentos. Nesse caso, as instituições políticas, com sucesso que pode ser considerado relativo, são mobilizadas no sentido de encontrar alternativas redistributivas pactuadas, a fim de quebrar o bloqueio e restabelecer a ordem (ABRANCHES, 1991).

No entanto, os sistemas capitalistas apresentam suas especificidades. No capitalismo chamado tradicional, caso do Brasil, a lógica de clientelas é que predomina. Esta lógica privatiza o Estado, compromete a eficiência do mercado e enfraquece as instituições políticas. Nesse contexto, qualquer ajuste necessário implica custos sociais altos, em especial, porque estes são determinados por uma estrutura de privilégios (FADUL, 1999).

Mais uma vez, observa-se que é importante compreender a realidade de cada país, ao se tratar da Reforma do Estado. Interessa, em especial, salientar que, no sistema social brasileiro, “mercado, Estado e sistema político não operam em moldes modernos, todos os três ainda

presos ao padrão paternalista e cartorial que caracterizou a implantação de nossas instituições econômicas, sociais e políticas” (ABRANCHES, 1991, p.58).

Sendo assim, buscar-se-á resgatar algumas especificidades do Estado e da Administração Pública, no Brasil, para, em seguida, examinar o papel que vêm desempenhando, nas últimas décadas.

2.2 Características do Estado e da Administração Pública no Brasil

O Estado brasileiro foi estruturado sob a influência de um *etos* fortemente patrimonialista, que faz parte da herança cultural lusitana. O patrimonialismo é definido, de forma simples e sintética, por Martins (1997, p.14) “como a confusão entre o que é público e o que é privado”. O termo patrimonialismo serve, portanto, para designar, em um sentido amplo, a cultura da apropriação daquilo que é público pelo privado (JAGUARIBE, 1958; RAMOS; 1983).

Em obras clássicas sobre o patrimonialismo do Brasil no período imperial (URICOECHEA, 1978; FAORO, 1984), conceitua-se o poder político patrimonial como aquele que é exercido historicamente unindo dominantes e dominados por meio de consenso, sendo que este se fundamenta na convicção de que o poder, exercido, por tradição, pelo *senhor*, constitui um direito legítimo deste.

Segundo os mesmos autores, a administração patrimonial, no Brasil, adaptou-se originariamente às características e exigências do próprio *senhor*, na medida em que obedecia às normas de organização e funcionamento da propriedade privada (engenho). Esse modelo de administração monopoliza cargos administrativos no Estado, e deles se apropria não distinguindo a esfera pública da privada e, ao confundi-las, privilegia o benefício de interesses pessoais em detrimento do interesse coletivo.

Dessa forma, tanto o Estado quanto as instituições brasileiras, em geral, nasceram patrimonialistas. Tal constatação importa para a compreensão do que ocorre no âmbito do sistema social, como um todo, no País. Além do mais, o traço patrimonialista traz em seu bojo outros dois elementos que, de forma conjunta, contribuem para a configuração da realidade das instituições brasileiras: o paternalismo e o nepotismo (URICOECHEA, 1978; FAORO, 1984).

O paternalismo pode ser definido como

uma forma de dominação social ou política porque é aquele que detém o poder, quem outorga benefícios, atribui direitos ou facilita situações para outros, sem considerações de tipo legal e muitas vezes até sem ser justo e sem obrigação alguma, a não ser o simples sentido de ajuda, comisseração ou quaisquer outras pessoais e voluntárias para quem recebe os benefícios (DICIONÁRIO ..., 1987, p.871).

Por nepotismo entende-se a

prática pela qual uma autoridade pública nomeia um ou mais parentes próximos para o serviço público e lhes confere outros favores a fim de promover o prestígio da família, aumentar a renda da família ou ajudar a montar uma máquina política, em lugar de cuidar da promoção do bem-estar público (DICIONÁRIO ..., 1987, p.815).

É importante recuperar este conjunto de conceitos para compreender, de forma mais abrangente, algumas características importantes das instituições brasileiras, em geral, e da administração pública do País, em particular. Conforme verificam Cunha (1963), Nascimento (1967/1972), Ramos (1981), Wahrlich (1984) e Nunes (1992), esses traços apontados dificultam, historicamente, a implantação do *modelo burocrático weberiano* na administração pública do Brasil.

O modelo de administração proposto por Weber, no início do século XX, ressalta a relevância e pertinência de administrar profissionalmente as organizações. A teoria da organização burocrática propõe mecanismos que permitem às organizações serem funcionais, evitando ao máximo erros ou desvios de seus objetivos finais. Fundamentada nos princípios da autoridade hierárquica e da competência técnica, a administração burocrática é apresentada como o modo de organização próprio do Estado Moderno, tendo como características a precisão, a velocidade, a clareza, o conhecimento técnico, a continuidade, a discricção, a unidade, a subordinação rigorosa, a redução do atrito e dos custos de material e pessoal (WEBER, 1982)⁵.

A teoria *weberiana* propõe um sistema social racional que tem como base o formalismo⁶, a disciplina, a competência técnica e a impessoalidade. Acredita-se que estes elementos,

⁵ A obra *Ensaio de sociologia* de Max Weber (1864-1920) foi publicada originalmente no ano de 1946, pela Oxford University Press.

⁶ O formalismo concebe as organizações como “conjuntos de funções a serem cumpridas e de recursos a serem alocados para a obtenção de objetivos” (KLIKSBERG, 1992, p.47).

incorporados à gestão das organizações tanto públicas quanto privadas, garantem um patamar diferenciado das mesmas, na medida em que a previsibilidade do comportamento das pessoas permite um maior controle dos resultados e, conseqüentemente, possibilita maior eficiência organizacional.

Essa racionalidade sugerida, muitas vezes, não atinge o grau indispensável de aplicação quando os elementos apontados, como fundamentais ao modelo, sofrem alguma interferência negativa. Como Weber (1982) assinala, a burocracia pressupõe democracia, e a democracia pode se apresentar em diversos estágios de desenvolvimento.

Segundo o mesmo autor, em democracias plenas, a sociedade apresenta um grau de desenvolvimento da *solidariedade orgânica*⁷ que provavelmente a torna capaz de controlar a máquina pública e garantir que esta cumpra seu objetivo final que é o de atender aos interesses da população como um todo. O mesmo não se poderia dizer de democracias incipientes – caso do Brasil – em que a sociedade ainda não é capaz de atingir um certo grau de solidariedade que lhe permita controlar a administração pública. Nesses casos, a maior probabilidade é de se ter implantada uma burocracia pública *disfuncional*.

A *disfuncionalidade* burocrática fica caracterizada quando a organização não atinge o grau de eficiência desejado, ou seja, não alcança seus objetivos finais. Diversas são as causas da ineficiência da organização burocrática e estas passam, por exemplo, pelo excesso de burocratização, pelo exagero da impessoalidade e do formalismo. Segundo a teoria *weberiana*, outra razão que leva a organização pública burocrática a ser ineficiente diz respeito ao privilégio que pode ser auferido por algum grupo, em detrimento da maioria da sociedade (WEBER, 1982).

As organizações públicas brasileiras, em especial da administração direta⁸, são conformadas como burocracias disfuncionais. O conjunto de traços da cultura brasileira – patrimonialismo, paternalismo e nepotismo – influencia sua formação e dificulta a implantação de burocracias

⁷ Solidariedade orgânica é a solidariedade própria das sociedades modernas. Está fundamentada na divisão do trabalho, sendo o valor moral da divisão do trabalho capaz de gerar coesão social. Diferente da solidariedade mecânica, típica das sociedades tradicionais, nas quais o amálgama social vem da tradição. A sociedade tradicional é regida por leis e normas repressivas, não tendo a divisão de trabalho como valor social (DURKHEIM, 1989, p.64).

⁸ “Administração pública direta é a que compete a órgão de qualquer dos poderes do Estado” (MINAS GERAIS, 1989, p. 11).

com maior grau de funcionalidade. Dentre outras razões, deve-se considerar que a democracia brasileira é um processo em construção e não atingiu ainda o estágio que poderia ser denominado como democracia plena.

Os esforços empreendidos para tornar o Estado no Brasil mais eficiente e eficaz, tais como, a implementação do Estado intervencionista na era Vargas (1938-1945), a modernização *daspeana*⁹, a redemocratização (1945-1964), com a estratégia da *administração indireta*¹⁰, e a *administração para o desenvolvimento* do período militar (1964-1986), na qual se destacou o Decreto Lei 200¹¹, obtiveram méritos pontuais, mas não foram capazes de modificar o Estado de forma substancial, em função, especialmente, da cultura patrimonialista (NASCIMENTO, 1967; RAMOS, 1981; WAHRLICH, 1984; MARTINS, 1997).

No caso da experiência de reforma administrativa no regime militar, em que pese ter sido promovida uma racionalização funcional da administração pública, especialmente por meio da administração indireta, esse processo, segundo Martins (1997, p. 178), aconteceu graças “à ruptura promovida entre política e administração”, o que favoreceu a diminuição da capacidade de articulação e *feedback* entre a sociedade e o Estado.

Tendo em vista o caráter autoritário do regime, o diálogo com a sociedade civil se interrompeu, uma forte tecnoestrutura¹² se consolidou, e os mecanismos de decisão tornaram-se centralizados. Com isso, o processo de formulação de políticas públicas deixou de ser resultado de um processo de negociação com os diferentes setores da sociedade e forças políticas e passou a depender muito mais da iniciativa e proposta de grupos técnicos e funcionários de confiança (OSZLAC, 1982).

A ruptura entre política e administração, associada à implementação de um formato institucional tecnocrático, introduziu um *modus operandi* entre o Estado e a sociedade alheio

⁹ Modernização *daspeana* refere-se à fase que se identifica com o chamado modelo clássico de administração pública, no Brasil, que se inicia com a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP –, em 1938, e vai até 1967 (HOLANDA, 1993, p. 165).

¹⁰ “A administração pública indireta é a que compete à autarquia, à sociedade de economia mista, às empresa pública, à fundação pública às demais entidades de direito privado, sob controle direto ou indireto do Estado” (MINAS GERAIS, 1989, p.11).

¹¹ O Decreto Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967, agrupou como princípios fundamentais da reforma o planejamento, a coordenação, a descentralização, a delegação e o controle (RAMOS, 1981).

¹² Tecnoestrutura é “o *staff* dos técnicos, dos programadores e de outros peritos que constitui a inteligência diretora – o cérebro – da empresa e na qual está localizado o efetivo poder de decisão”, segundo definição de John Kenneth Galbraith (BOBBIO et al, 2000, p.1233).

à política, em parte pela força do regime, em parte, pelo esvaziamento das representações políticas. Se, por um lado, a estratégia utilizada retirou do Estado o patrimonialismo originário da política, não conseguiu preservá-lo da influência patrimonialista tecnocrática (MARTINS, 1997).

A ação da tecnocracia por meio dos *anéis burocráticos*¹³ foi um exemplo de como se manteve acesa a chama do patrimonialismo na definição das ações governamentais. Nesse sentido, pode-se pensar a tecnocracia, de vários setores do Estado, como “facções em luta política, cada um deles ligado a interesses sociais distintos. [...] poderiam ser pensados como aparatos [...] a serviço de interesses políticos [...] entre eles o econômico” (CARDOSO, 1975, p.182).

Percebe-se então que os esforços para modificar o traço brasileiro de administração patrimonial não atingiram os resultados esperados. Pelo contrário, por meio do entrosamento entre os *anéis burocráticos*, com sua forma própria de reorganização e de redistribuição do poder, se “fundem interesses privados e públicos” (CARDOSO, 1975, p.184). Estas estruturas enlaçaram a tecnocracia estatal com a sociedade civil, e o patrimonialismo originário não desapareceu.

No entanto, na medida em que avançou a liberação¹⁴ do regime, especialmente, no governo do presidente Geisel (15/03/74 – 15/03/79), com a liberdade de imprensa e a ampliação do debate político, ocorreu uma diminuição do espaço de manobra da tecnocracia (SADER, 1990).

Nesse governo, em decorrência dos altos investimentos necessários para colocar as indústrias em funcionamento, ao se transferir o pólo dinâmico da economia do setor de bens de consumo para o de bens de produção, por meio da substituição das importações, tornou-se imprescindível centralizar a destinação de recursos federais. Criou-se, assim, o Conselho de Desenvolvimento Econômico, cujas decisões finais passaram a ser subordinadas diretamente ao presidente da República. O presidente da República adquiriu força na estrutura de decisões das políticas econômicas, e a divisão de trabalho entre os militares e a tecnocracia, que permitiu aos tecnocratas grande autonomia decisória sobre as políticas governamentais,

¹³ Anéis burocráticos entre empresários e organizações públicas pode ser definido, de forma sintética, como um mecanismo de articulação entre a tecnocracia pública e os interesses privados, o que caracterizou a vinculação entre o Estado e a sociedade, no período do regime militar no Brasil (CARDOSO, 1975).

¹⁴ O sonho inicial de uma transição de cima para baixo foi proposto pelo presidente General Golbery do Couto e Silva (15/03/67 – 31/08/69). A idéia é que se desse por meio de um processo de abertura gradativa, desativando os focos de tensão acumulados durante a ditadura militar (SADER, 1990).

sofreu uma ruptura. A ação dos anéis burocráticos, a partir de então, iniciou o seu declínio, como mecanismo central de formulação de políticas públicas (MUNIZ, 1998).

No entanto, os anéis burocráticos só perderam realmente sua condição como importantes atores na formação de políticas públicas, nos primeiros anos da década de 80, com a abertura política do governo João Batista Figueiredo (15/03/79 – 15/03/85), quando foi possível que a sociedade brasileira tivesse uma forma de expressão organizada, por meio do surgimento de uma nova estrutura partidária, resultado da revogação dos atos institucionais que caracterizaram o Estado de exceção (SADER, 1990; MUNIZ, 1998).

Com o Presidente Sarney (15/03/85 – 15/03/90), a proposta de reforma administrativa redundou em um esquema de formação de políticas conhecido como *administração eleitoral*, na qual a racionalidade técnica nas decisões foi substituída por uma lógica de política fácil, que visava agradar a população de forma mais imediata. Um exemplo desse tipo de administração foi a manutenção do congelamento de preços no Plano Cruzado, por tempo inadequado, do ponto de vista técnico, mas que atendia a interesses eleitorais nas eleições de novembro de 1986 (MUNIZ, 1998).

Segundo o mesmo autor, o presidente Sarney, carecendo de apoio político no Congresso Nacional, formou uma base política própria com a cooptação do apoio de parlamentares em troca de favores: recursos e cargos na administração federal. Essa prática potencializou a irracionalidade administrativa desse governo com o aumento de gastos, especialmente, com pessoal (MUNIZ 1998).

O governo Sarney havia herdado dos militares um modelo de administração pública com sinais de exaustão; por um lado, pelas condições decrescentes de operação (fruto da desaceleração econômica) e, por outro, em especial, pela inexperiência de lidar com a racionalidade da política e dos partidos políticos. Como um regime presidencialista não governa sem o Legislativo, para conseguir superar as dificuldades da instabilidade política do período, fez-se um loteamento de áreas e cargos públicos em busca do apoio necessário à transição, o que dificultou a possibilidade de reforma efetiva do Estado (MARTINS, 1997; MUNIZ, 1998).

Os Constituintes de 88 adotaram o presidencialismo como forma de governo, e este sistema apresenta dificuldades estruturais básicas pois

o presidente carrega toda a responsabilidade da execução das ações de governo, porém é o Legislativo que possui o monopólio de decisão sobre grande parte dos instrumentos que autorizam a ação governamental (legislação constitucional, complementar e ordinária) (MUNIZ, 1998, p.82).

Assim, tem-se como conseqüência a necessidade de pressão e alianças para conseguir se manter a cooperação entre o Executivo e Legislativo e garantir que as demandas da sociedade possam ser transformadas em políticas públicas e que estas sejam, em seguida, implementadas.

Paralelamente às questões que se referem ao processo de transição política, constata-se que, durante os anos 80 e estendendo-se até o final do governo do presidente Itamar Franco (01/01/1995), ocorreu o pior desempenho da produção pública num processo crescente de deterioração da Administração Pública. A política econômica, no limiar dos anos 90, com a finalidade de conter o processo inflacionário e evitar maiores problemas no balanço de pagamentos¹⁵, reduziu a capacidade produtiva da economia e a arrecadação de impostos, potencializando a crise financeira do setor público no Brasil. Com menor arrecadação, inviabilizou-se a continuidade de projetos em curso e a realização de novos investimentos necessários ao atendimento das demandas da sociedade (SANTOS e RIBEIRO, 1993; MARTINS, 1997).

O avanço da crise econômica, a prática de ajustes na economia e a adoção de um modelo de ajustamento do setor público de natureza, basicamente, fiscal tiveram como conseqüência uma crescente desarticulação do sistema de formulação e implementação de políticas públicas, por meio do sucateamento da *intelligentsia*¹⁶ administrativa do Estado, sucateamento este que se manifestou, desde o final dos anos 70, e se tornou mais evidente no contexto de agravamento da crise (SANTOS e RIBEIRO, 1993).

Essas são algumas características significativas do Estado e da Administração Pública no Brasil. Características que podem ser observadas nas ações empreendidas ao longo de sua trajetória. Esse Estado e Administração Pública foram moldados com particularidades

¹⁵ Balanço de pagamentos “[...] é o registro de todas as transações internacionais (importação e exportação) do país” (CARDOSO, 1993, p.152).

¹⁶ *Intelligentsia* é o “corpo técnico capaz de moldurar a administração governamental de um padrão de excelência compatível com o novo e singular papel assumido pelo Estado no processo de desenvolvimento da sociedade brasileira. Essa *intelligentsia* começa a se formar no instante em que o governo Vargas cria o Conselho de Comércio Exterior e, ali reuniu, [...] os principais quadros disponíveis no país. Entretanto, o passo mais consistente nessa direção foi a criação do Departamento de Administração do Serviço Público – DASP, em 1938” (SANTOS e RIBEIRO, 1993, p.126).

próprias da cultura nacional, em função das influências em sua formação. Assumiram um papel também singular, nos últimos anos, no que tange, especialmente, à formulação e implementação das políticas públicas, conforme se vê a seguir.

2.3 Papel do Estado e da Administração Pública no Brasil, nas últimas décadas

Historicamente, as agências estatais e a burocracia pública desenvolveram uma atuação importante na construção das ações governamentais. Se, por um lado, possa parecer óbvio que ocorra dessa forma, por outro, é necessário compreender melhor qual o papel que, de fato, esses agentes vêm desempenhando no processo.

Como já relatado, o modelo burocrático *weberiano* foi implantado com características disfuncionais marcantes, na Administração Pública no Brasil. Convém lembrar que a concepção de burocracia tradicional nesses moldes, identificada com o que mais recentemente Mintzberg (1995) denomina de *burocracia mecanizada*, é uma estrutura que se baseia na precisão, na ausência de ambigüidade, na unidade de comando, na subordinação e continuidade e pressupõe uma clara distinção entre cúpula decisória e núcleo operacional, sendo que este último opera de forma mecânica, por meio de procedimentos formais, com o objetivo de atender às metas fixadas no âmbito da cúpula decisória.

Nas últimas décadas, constata-se que ocorreram importantes mudanças políticas, econômicas, sociais, culturais e tecnológicas e que a nova realidade impôs às organizações a necessidade de flexibilidade para que estas se adaptassem às rápidas transformações ambientais. Desse modo, estruturas, como a burocrática mecanizada, vêm sendo questionadas mesmo quando implantadas de forma mais funcional em empresas privadas.

Nesse contexto, as organizações públicas, que apresentam natureza particular, são afetadas de forma distinta. De acordo com Subirats (1989), a separação entre cúpula decisória e núcleo operacional é um fator que afeta a capacidade de as estruturas burocráticas públicas se adaptarem aos compromissos assumidos pelo Estado democrático, em especial, em função de sua característica fragmentação de interesses. No caso do Brasil, esse é mais um elemento a ser considerado no contexto da Reforma do Estado.

Em linhas gerais, o desenho organizacional público brasileiro é o clássico, entendido como portador de formatos complexos e múltiplos níveis hierárquicos. Apresenta também como característica marcante estruturas estáveis, e que resistem, de forma geral, às mudanças de procedimentos e à implantação de novas tecnologias (ROSSETO, 1999).

A burocracia pública do Brasil se estruturou, após os anos 30, com uma forte tradição patrimonialista, conforme mencionado no capítulo anterior. Os *burocratas* que compunham os quadros das agências estatais foram escolhidos segundo critérios de interesses particulares da elite agrária, e a lógica era a de servir ao *senhor* e não à sociedade (MARTINS, 1997).

No trajeto desta fase inicial até os primórdios do século XXI, a situação modificou-se. Entre as revoluções de 30 e 64, formou-se um novo segmento da burocracia que ocupava lugar de destaque na formulação e implementação das políticas econômicas dos diversos governos do período (LIMA et al., 1998).

Na fase compreendida entre 1956 e 1964, quando a economia do País viveu o maior avanço da história, o modelo desenvolvimentista, adotado no governo de Juscelino Kubitschek, possibilitou o surgimento de grupos executivos setoriais destinados a coordenar o processo de substituição das importações, compostos de representantes da tecnocracia governamental e do empresariado. Tais grupos tornaram-se os canais de comunicação entre a elite burocrática do governo e o empresariado tanto nacional quanto estrangeiro, responsável pela demanda (LIMA et al., 1998).

De acordo com os mesmos autores, outros atores sociais, tais como a classe trabalhadora representada por sindicatos e os profissionais liberais, foram alijados do processo e não tiveram assento no planejamento, apesar de serem um dos principais interessados no projeto como um todo.

O movimento militar de 1964 representou uma racionalização funcional da administração pública, embora concentrada na administração indireta, portadora de disfuncionalidades próprias. “A idéia de tecnoestrutura implementada leva a supor uma relação funcional entre Estado e sociedade, alheia à política, em parte, pelo espaço preenchido pela força do regime, em parte, devido a um processo de esvaziamento da elite política” (MARTINS, 1997, p.178).

Durante este período, os grupos executivos do governo de Juscelino foram substituídos pelo Conselho de Desenvolvimento Industrial – CID –, pela Carteira de Comércio Exterior do Banco do Brasil – CACEX – e por Núcleos Executivos. Só a título de exemplo, o CID, com o papel de substituir importações e favorecer as exportações, tornou-se responsável por avaliar também os projetos de nacionalização de produtos sob a ótica de potencial exportação do mesmo. A defasagem tecnológica foi um fator crítico, e a tecnocracia pública para aprovar, rejeitar ou propor ajustes aos projetos aprofundou-se em informações privativas das empresas. Dessa forma, “a burocracia governamental nunca esteve tão dentro da vida das empresas como nesse período” (LIMA et al., 1998, p.6).

Como o País é dependente de capital e tecnologia externa, criou-se a CACEX com o objetivo de monitorar o balanço de pagamentos. Os analistas de núcleos técnicos, então estabelecidos, passaram a ter amplo poder de veto a planos desenhados pelas empresas e pelo grupo executivo setorial, articulando com eles o incentivo à fabricação local de componentes, de acordo com as disponibilidades da balança de pagamentos. Constatou-se que os poderes regulador e discricionário da CACEX superou, até mesmo, os de Ministros de Estado. A classe empresarial, para conseguir concretizar as demandas, dependia de adequada articulação com essa instituição (LIMA et al., 1998).

Pode-se notar que a Administração Pública no Brasil exerceu papel importante na formulação e implementação das políticas públicas, desde a Revolução de 30, tendo em vista ter sido, historicamente, responsável pela operacionalização de demandas da sociedade consubstanciadas em programas de governo. Dessa forma, esses núcleos da elite burocrática do País passaram a ser mais que agentes públicos, pois assumiram, em alguma medida, o papel de outros representantes de interesses da sociedade.

As decisões desses grupos eram impregnadas de forte poder, baseado especialmente no aspecto técnico, constituindo importante força que se contrapunha aos interesses da classe empresarial. Esses grupos, que tiveram origem na Revolução de 30, foram formados por membros da *intelligentsia* nacional, oriundos da oligarquia rural exportadora. Por convicções filosóficas e formação de origem, posicionaram-se contra o capitalismo e a economia liberal, criando um pacto social. Este pacto, baseado na criação/operacionalização do Estado desenvolvimentista e intervencionista que permaneceu até recentemente, no entender de Fiori

(1993), tem como característica principal o fato de a estrutura fundiária ficar intocável, com as seguintes conseqüências:

1. participação do Estado nas relações trabalhistas – industrialização com baixos salários;
2. manutenção de oligarquias regionais sólidas;
3. submissão da cidadania urbana a processos alienantes de participação política;
4. manutenção da estrutura patrimonialista – impedindo a separação entre o público e o privado.

Como decorrência desse pacto, a burocracia se tornou forte (no sentido de poder decisório) e frágil (no que tange à eficácia em obter conformidade e consentimento às decisões tomadas). Observou-se o inchamento da classe, feito a partir da ocupação da camada inferior do serviço público por apadrinhamento político, sem critério de qualificação e, por outro lado, da camada mais alta que foi formada por pessoas sem vínculo direto com a administração pública – os cargos de confiança – de livre nomeação, dando continuidade aos chamados currais eleitorais (FIORI, 1993).

No entanto, no final da década de 80, o pacto social da década de 30 parece que começou a ser rompido. As pressões por redução ou eliminação da atividade econômica do Estado e a proposta de um novo papel para o mesmo, segundo Lima et al., (1998), poderiam indicar uma redução no poder da burocracia e seu esvaziamento.

Nesse sentido, há que se lembrar que o fato de a classe ter sua origem na *intelligentsia* (originária da oligarquia rural), a elite da burocracia “tende a desprezar a camada inferior, ao mesmo tempo em que julga dominar a camada superior (que detém o poder) tomando por base sua elevada capacidade intelectual e sua formação acadêmica” (LIMA et al., 1998, p.86).

Em 1990, com a posse do presidente Collor, as ações tornaram-se mais contundentes, no sentido de se tentar viabilizar uma transformação estrutural profunda do Estado e da Administração Pública no Brasil. É importante lembrar que esta se desenvolveu em um contexto democrático.

2.4 Construindo a Reforma do Estado no Brasil

Considerando-se as características peculiares que fazem parte do Estado e da Administração Pública no Brasil, em sua trajetória, propõe-se, assim, verificar a proposta de Reforma do Estado no País, desenvolvida nas décadas de 80/90.

A crise que impulsionou o movimento no sentido dessa reforma manifestou seus primeiros sinais quando o País foi atingido, em 1974, durante o chamado *milagre econômico*, pelo primeiro choque do petróleo. Este fato trouxe graves conseqüências para o Brasil, pois sua economia encontrava-se baseada na indústria automobilística e nos transportes rodoviários. Naquele momento, o Brasil vivia os estágios iniciais do processo de transição política, e esse processo se sustentava na prosperidade econômica (CARDOSO, 1993).

A estratégia de ajuste gradual da economia, adotada pelo governo, à custa do rápido crescimento da dívida externa, colocou o País vulnerável às mudanças no cenário internacional. A denominada *crise dos anos 80* se instalou com o segundo choque do petróleo (1979) e o aumento das taxas de juros internacionais, sinalizando o fim do milagre econômico (CARDOSO, 1993).

Essa crise pode ser traduzida como uma crise do Estado, na medida em que o mesmo se tornou incapaz de coordenar o sistema econômico. É uma crise de Estado que envolveu o aspecto fiscal, administrativo e político. Face a essa situação, a sociedade brasileira respondeu, em primeiro lugar, à crise política. Em 1985, o movimento pelas eleições – *diretas já* – delimitou importante etapa da transição democrática, transição¹⁷ esta que começou a se consolidar com a promulgação da Constituição de 1988 (PEREIRA, 1996).

É importante ressaltar que a redemocratização do País, a partir da Assembléia Nacional Constituinte (1987 e 1988), possibilitou que a sociedade brasileira retornasse ao cenário político, como ator social. Até então, seu papel era obscuro no processo decisório governamental. Com as características e fragilidades próprias dos que ficam, durante muito tempo, nos bastidores, diversos grupos que compunham a sociedade passaram, então, a

¹⁷ Essa transição política vai se completar com a eleição, em 1989, do Presidente da República e, em 1990, com as eleições para a Câmara dos Deputados, parte do Senado Federal, governadores e Assembléias Legislativas dos estados (ALBUQUERQUE, 1991).

manifestar seus interesses sob a forma de Grupos de Pressão, Grupos de Interesse, *Lobby* e Partidos Políticos (MUNIZ, 1998; BOBBIO et al., 2000).

No que se refere à crise econômica, a chamada Nova República, instalada em 1985, durante os dois primeiros anos, não priorizou a problemática fiscal nem a necessidade de rever, de maneira mais radical, a forma de intervenção do Estado na economia (PEREIRA, 1996).

Em um segundo momento, temas como “desestatização, reinserção no sistema internacional, abertura da economia, desregulamentação e privatização” (DINIZ, 1997, p.12) passaram a dominar a agenda governamental. Nessa fase, o Estado foi então considerado como o principal obstáculo ao crescimento. O modelo intervencionista se esgotou, e o modelo liberal começou a emergir como alternativa.

Nesse contexto, características específicas do mercado, do Estado e da política, no Brasil, foram constatadas. Estudando os programas de estabilização e ajuste, implementados, a partir da mudança de regime político, em 1985, Diniz (1997) focalizou os governos da Nova República e mostrou a dinâmica que envolveu os processos de formulação e implementação das políticas públicas, no referido período. Tal particularidade merece ser destacada, em especial, porque os planos Cruzado (1986), Bresser (1987) e Verão (1989), que aconteceram no período em questão, foram tentativas frustradas de estabilizar a economia e somente contribuíram para agravar, ainda mais, a situação econômica na qual o País se encontrava, conforme atesta Cardoso (1993).

Segundo Diniz (1997), na Nova República, os líderes empresariais, utilizando os partidos políticos, candidataram-se a cargos executivos e legislativos, como forma de ocupar espaços disponíveis e ampliar recursos de poder. Nessa época, houve também a expansão do lobby¹⁸ empresarial, não só em função da importância assumida pela atividade parlamentar, mas também em decorrência de uma diminuição crescente dos espaços de representação corporativa na burocracia governamental.

¹⁸*Lobby* é o “processo por meio do qual os representantes de grupos de interesses, agindo como intermediários, levam ao conhecimento dos legisladores ou dos *decision-makers* os desejos de seus grupos. *Lobby* é, portanto, e sobretudo uma transmissão de mensagens de grupos de pressão aos *decision-makers*, por meio de representantes especializados (em alguns casos, como no Estados Unidos, legalmente autorizados), que podem ou não fazer uso de sanções” (BOBBIO et al., 2000, p.564).

Constatou-se uma continuidade no que se refere ao funcionamento do Executivo e às concepções dominantes sobre a eficiência e a eficácia da ação estatal, no período da Nova República. A alta burocracia continuou dominando o processo de tomada de decisão, e o Legislativo, apesar da liberalização política, manteve-se marginalizado das decisões estratégicas (DINIZ, 1997).

O governo Sarney adotou o estilo tecnocrático de gestão, como modelo mais eficiente de administração da crise. Prioridade absoluta foi atribuída ao saber técnico e à especialização. Estes foram critérios adotados para preencher os cargos responsáveis por formular a política econômica. No entanto, essa postura não se adequava à lógica da competição e pluralista do jogo democrático e era um mecanismo inofensivo para eliminar as pressões, pois a politização das decisões, nesse contexto, tornava-se impossível de ser evitada (DINIZ, 1997).

O governo Collor (15/03/90 – 29/12/92) inaugurou uma nova fase, marcada por uma orientação que visava atribuir prioridade à liberalização da economia, com ênfase na abertura comercial, e a redução da intervenção do Estado na esfera econômica. Introduziu incentivos importantes à competitividade por meio de três programas básicos: o Programa de Apoio à Capacitação Tecnológica da Indústria Brasileira – PACTI –, de 12/09/1990; o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade – PBQP –, de 07/11/1990; e o Programa de Competitividade Industrial – PCI –, de 28/02/1991 (DINIZ, 1997).

Porém, esse governo herdou uma máquina pública destroçada pela prática patrimonialista da Nova República. As propostas de reforma foram fechadas ao debate político, formuladas mediante baixo grau de consenso e implementadas nos moldes *top-down*. A relação entre o Executivo e o Legislativo chamou a atenção. As mudanças propostas, em um contexto de baixo consenso, foram viabilizadas, no início do governo, por meio da edição de inúmeras MP's¹⁹ (NUNES, 1992).

No que tange à edição de MP's, considera-se que as mesmas têm o efeito de “natureza ritual, [...] de estimular o Congresso Nacional a instaurar o adequado procedimento de conversão em

¹⁹ A Medida Provisória “encontra-se enumerada no art. 59 da Carta vigente, na sessão denominada Do Processo Legislativo. [...] é um ato de competência do Presidente da República, com força de lei, e não carece de delegação por parte do Congresso. [...] No caso de a Medida Provisória não ser convertida em lei [...], ela perde a eficácia desde a sua edição. [...] No entanto, não há limites quanto ao número de vezes que pode ser editada” (MARSHALL, 1999, p.75).

lei” (MARSHALL, 1999, P.75). Em sua análise, Marshall (1999) chama a atenção para o fato de que a utilização do mecanismo de edição e reedição de Medidas Provisórias, como forma de legislar, se tornou uma prática que substituiu os procedimentos comuns de formação de leis. Sendo assim, o Executivo estaria assumindo a função de legislar, própria do Legislativo.

As reformas propostas pelo governo Collor sofreram influência da orientação que considerava o gigantismo do Estado e o excesso de gastos como o grande problema a ser enfrentado na Reforma do Estado. Essa influência foi fruto da ascensão de governos conservadores nos Estados Unidos, na Inglaterra e no Canadá, países que ocupam papel estratégico no jogo de poder mundial. Sendo assim, suas propostas de Reforma do Estado tornaram-se referência e foram fundamentadas na idéia de que a solução estaria na “drástica redução do tamanho do Estado, paralelamente ao esforço para restaurar a primazia do livre mercado nas decisões relativas a alocação de recursos” (DINIZ, 1997, p.177).

Kliksberg (1992, p.31) afirma que as discussões passaram então a girar em torno do tamanho do Estado e sua suposta incapacidade congênita. Esse autor denomina tais discussões “debates-ardis” e as considera inócuas. Em estudo que realizou sobre a Reforma do Estado nos países da América Latina, no qual incluiu o Brasil, o autor buscou responder à questão “o problema é realmente o tamanho?”. Constatou que a visão da opinião pública sobre o Estado seguia um esquema: a) o Estado latino-americano havia crescido de forma anormal; b) atingiu proporções desproporcionais; c) oprimia-se a sociedade; d) a questão era reduzir os gastos públicos, eliminar órgãos e privatizar; e) o Estado mínimo é que seria eficiente, e o Estado gigante denota um traço de subdesenvolvimento.

No entanto, os aspectos apontados nesse esquema carecem de “requisitos epistemológicos mínimos: verificação empírica, historicidade, comparação. São de fato verdadeiros dogmas” (KLIKSBERG, 1992, p.32). Assim, a sugestão do mesmo autor é que o debate se volte para questões como o papel do Estado e sua capacidade de gestão, por ser esta uma escolha mais produtiva, em termos de possibilidades, do que o simples debate sobre o tamanho do Estado.

No que tange à suposição corrente de que há uma incapacidade estrutural congênita da administração pública nos países da América Latina e, portanto, também no Brasil, Kliksberg, 1992, p.40) discorda e propõe que as discussões contemplem outra afirmação – “se a eficiência é possível, a questão é como alcançá-la”.

No que tange aos movimentos no sentido de aumentar a eficiência, pode-se afirmar que a gestão no governo Collor foi considerada como dissociativa e centralizadora. As tentativas de modernização da administração pública foram alheias, senão mesmo, contra a política. O lema da moralização, que legitimou esse governo, foi rapidamente corrompido “por evidências de privatização, no bojo da maior estrutura patrimonialista da história da República, o conhecido esquema PC”. A crise moral instaurada acabou no *impeachment* do presidente Fernando Collor (MARTINS, 1997, p.180).

O governo seguinte, do presidente Itamar Franco (29/12/92 – 01/01/95), pela sua transitoriedade e composição política heterogênea, manteve-se incapacitado para apresentar uma agenda de reformas consistente e iniciar um ajuste estrutural do Estado (PEREIRA, 1996; MARTINS, 1997).

O programa de campanha eleitoral *Mãos à obra Brasil*, de Fernando Henrique Cardoso – FHC –, preconizou uma agenda de reformas estruturais, que passava também pela redefinição constitucional do papel do Estado na sociedade. Este governo se elegeu com ampla coalizão mas a condição inicial foi a aproximação entre o Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB – e o Partido da Frente Liberal – PFL – (MARTINS, 1997; JESUS, 1998).

No bojo da crise econômica, com um importante *deficit* público, e sob a influência do movimento mundial em prol da reforma do Estado, o governo do presidente FHC (01/01/95 – 01/01/99) apresentou o Plano Diretor de Reforma do *Aparelho de Estado*. Com as reformas econômicas, iniciadas nos governos Collor e Itamar Franco, em particular o Plano Real (01/07/94), iniciou-se um processo mais amplo de reestruturação do Estado, no qual se inseriam as propostas de reformas no campo administrativo, previdenciário e político.

Bresser Pereira foi o principal formulador das idéias e proposições, inspiradas, segundo ele, na obra de Osborn e Gaebler, **Reinventando o Governo**. No primeiro mandato do presidente FHC, Bresser foi o principal executor da proposta, como titular do Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE –, criado para coordenar o processo.

Ganhou força o discurso de que a crise do Estado implicava a necessidade de reformar e reconstruir o Estado e de que a globalização da economia tornava obrigatória a redefinição de suas funções. A proposta apoiava-se na necessidade de aumentar a governança do Estado, ou

seja, “dar meios financeiros e administrativos para que ele possa intervir efetivamente sempre que o mercado não tiver condições de coordenar adequadamente a economia” (PEREIRA, 1996, p.56).

O Plano Diretor foi o documento síntese criado para orientar o governo quanto à fundamentação teórica, apreciação histórica e estrutural e proposições para a reformulação do Estado brasileiro. Apresentou como alternativa a implantação da Administração Pública Gerencial. Esta forma de administração, de acordo com Pereira (1996), foi uma concepção também inspirada na obra **Reinventando o Governo**, e preconiza: a) a descentralização política; b) descentralização administrativa; c) organizações com poucos níveis hierárquicos; d) pressuposto da confiança limitada e não da desconfiança total; e) controle por resultados, *a posteriori*; f) administração voltada para o atendimento do cidadão.

Segundo o Plano Diretor, a Administração Pública Gerencial tem o objetivo de responder às crises econômica, política, fiscal e burocrática. A proposta de Reforma Administrativa visava, em especial, recuperar a capacidade do Estado brasileiro de formular, implementar e avaliar as políticas públicas (BRASIL, 1995).

Conforme atesta Diniz (1997, p.180), a implementação das políticas públicas, no caso das políticas econômicas do Brasil, na década de 90, apresentou dificuldades relacionadas ao “contraste entre a hiperatividade decisória da cúpula governamental e a falência executiva do Estado”. No entender da mesma autora, a principal dificuldade do governo brasileiro foi a incapacidade de implementar essas políticas.

Sobre essa questão, é importante salientar que os estudos sobre a implementação de políticas públicas²⁰ desenvolveram-se, especialmente, na década de 70, nos Estados Unidos, em função dos fracassos de programas concebidos como “brilhantes obras de engenharia social”, durante os governos de Kennedy e Jonhson (SUBIRATS, 1989, p.101).

O primeiro problema apontado foi o entendimento equivocado de que a implementação é um procedimento automatizado, no qual os administradores, de forma mecânica, executam as

²⁰Sobre a Implementação de Políticas Públicas ver : PRESSMAN, J. I.; WILDAVSKY, A. (1973); BARDACH, E.. (1977); METTER, Donald S. e HORN, Carl E. (1975).

políticas formuladas por especialistas. Outro aspecto verificado foi a complexa *ação conjunta* que envolve os inúmeros órgãos da administração pública, níveis de governo e os grupos que são afetados pela política pública, direta e indiretamente, positiva e negativamente. Sobre essa questão, SUBIRATS (1989, p.9) afirma que

a democracia é um regime político que [...] permite o aperfeiçoamento constante do sistema graças aos recursos plurais de que dispõe e graças também aos mecanismos corretivos que incorpora. À medida que a democracia vai se consolidando [...] aparecem novos atores, grupos e associações que reclamam sua participação nos mecanismos de decisão e nos resultados da ação dos poderes públicos.

Essa reflexão permite a constatação de uma outra abordagem para a análise dos processos de implementação de políticas públicas. Em um sistema democrático, parece ser comum, natural e previsível que as políticas públicas, depois de formuladas, sejam modificadas por força dos interesses plurais da sociedade, durante a fase de implementação. Assim, torna-se mais complexo o processo de implementação.

Nessa abordagem, a atenção se volta para o componente – *negociação* – (tanto formal quanto informal), intrínseco à fase de implementação. Tem-se observado que, mesmo em países em que a atuação governamental é autoritária e hierarquizada, há uma crescente utilização dos mecanismos de negociação no processo de implementação das políticas. Esta é a arte de *ir se arranjando*²¹, que emerge como uma modalidade típica de ação governamental, a partir da década de 80, especialmente, nos contextos em que os diversos níveis de governo, os atores sociais mais diretamente envolvidos, os políticos e a burocracia pública respondem a lógicas e racionalidades bem distintas (SUBIRATS, 1989).

E a proposta de Reforma do Estado no Brasil gerou muitas polêmicas. As alianças partidárias que sustentaram o primeiro mandato de FHC chamaram a atenção. Como o programa de reformas exigia significativas alterações constitucionais e estas necessitavam a aprovação por 60% do Congresso Nacional, em votações separadas na Câmara e no Senado, uma ampla aliança com os partidos políticos era necessária. No entanto, foi difícil concretizá-la com os partidos de esquerda, em especial, porque havia uma forte tendência dos mesmos a se oporem, por exemplo, às reformas da Previdência e Administrativa (REVISTA ..., 1998).

²¹ Definida anteriormente como – *muddling through*, por LIMDBLOM, Charles (1959, p.81).

Esta dificuldade foi enfrentada, ao longo da década de 90, com a utilização da peculiar âncora institucional, já citada, a emissão de MP's. Examinando-se o volume de MP's editadas por Presidente da República, desde a criação desse mecanismo, em 1988, até novembro de 2001, é possível verificar como tem sido a relação entre o Executivo e o Legislativo no Brasil (TAB. 1).

Os dados indicam o grau em que o Executivo tem exercido a função legislativa, o que, de certa forma, significa também transformar o Congresso em uma instância subordinada à iniciativa da burocracia governamental. Ressalta-se que, até novembro de 2001, os dois mandatos de FHC foram responsáveis pela edição e reedição de 5.299 MP', ou seja, 86,8% das MP's editadas em treze anos de existência desse mecanismo.

TABELA 1
 Proporção de Medidas Provisórias (editadas e reeditadas) por Presidente

<i>Itens discriminados</i>	<i>N.º</i>	<i>%</i>
José Sarney	142	2,33%
Fernando Collor	159	2,60%
Itamar Franco	505	8,27%
Fernando Henrique (1º Governo)	2609	42,74%
Fernando Henrique (2º Governo, até novembro de 2001)	2690	44,06%
TOTAL	6105	100,00%

FONTE – Governo Federal²².

Conforme apontado anteriormente, o regime presidencialista tem suas particularidades, sendo uma delas a necessidade de permanente integração e alianças entre os Poderes Executivo e Legislativo, a fim de que se alcance o objetivo comum que é atender às demandas e necessidades da sociedade, formulando e implementando as políticas públicas.

Esse fator coloca em destaque a questão do sistema político brasileiro. Se a responsabilidade do governo é do Presidente da República, o mesmo pode se ver impossibilitado de assumi-la, por carecer do recurso básico necessário: as leis. No contexto de multipartidarismo²³ do País, com uma evidente fragmentação do mesmo, pode se considerar como impossível que um presidente consiga governar somente com o apoio do seu partido. As alianças tornam-se, portanto, elementos imprescindíveis, para que o Executivo governe (MUNIZ, 1998).

²² Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Quadro/Governo_novo.htm>. Acesso em: 12 nov. 2001.

²³ Em agosto de 2001, existiam no País 21 partidos políticos, de acordo com dados da Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://camara.gov.br>>. Acesso em: 03 ago. 2001.

No entanto, é importante ressaltar que, na Constituição de 1988, a forma e composição dos três poderes implicaram a atuação de forças políticas bem diferentes. O Presidente da República é eleito por maioria absoluta de votos (Art. n. 77). Isso significa que devem preponderar em sua eleição os votos predominantes do Sudeste e do Sul do País, especialmente, das regiões urbanas, onde se concentra a maior população do Brasil (ALBUQUERQUE, 1991), ou seja, 57,43%²⁴.

Porém, na Câmara dos Deputados, o peso dos votos está nas regiões Norte (7 estados), Centro-Oeste (3 estados) e Nordeste (9 estados), sendo o número de deputados, por estado, proporcional à população²⁵, não podendo ser inferior a oito nem superior a setenta (Art. n. 45, parágrafo 1º). No Senado Federal predominam as regiões Norte e Nordeste (61,54% de sua composição, pois são eleitos três senadores por estado). Os onze ministros integrantes do Supremo Tribunal Federal são nomeados pelo Presidente da República, depois de aprovada sua escolha pela maioria absoluta do Senado Federal (Art. n. 101, Parágrafo Único) (ALBUQUERQUE, 1991).

Segundo o mesmo autor, dessa forma, tende a haver conflitos entre os Poderes da União, mais em consequência das forças políticas e interesses que os mesmos representam, do que de suas relações institucionais. A maior probabilidade também é de que os conflitos aconteçam entre o Executivo e o Legislativo (ALBUQUERQUE, 1991).

Em parte, esses conflitos foram resolvidos, durante a década de 90, com a utilização do mecanismo de edição e reedição de MP's pelo Presidente da República. Nesse período, observa-se que o governo presidencialista brasileiro, para aprovar várias propostas, utilizou-se de maneira expressiva do mecanismo de MP's, o que foi questionado. Marshall (1999, p.75) atesta que “o abuso é fragante, não só pelo número de MP's editadas, mas também pelas reedições, quando as mesmas não são apreciadas pelo Congresso Nacional”.

²⁴ Disponível em: <<http://www.ibge.net/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelagrandesregioes231.shtm>> Acesso em: 22 out. 2001. Os percentuais foram calculados pela autora da dissertação.

²⁵ Os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste congregam 42,57% da população do País. Disponível em: <http://www.ibge.net/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelagrandes_regioes231.shtm>. Acesso em: 22 out. 2001. Os percentuais foram calculados pela autora da dissertação.

Tais aspectos permitem vislumbrar a complexidade inerente ao processo de Reforma do Estado no Brasil. Há uma dificuldade intrínseca na condução desse processo, pois, aos traços patrimonialistas das instituições sociais, somam-se as particularidades do sistema democrático brasileiro. No entender de Muniz (1998, p.96), este sistema apresenta uma “ingovernabilidade endêmica, por não contar com partidos políticos suficientemente eficazes para racionalizar as demandas da sociedade para o Estado”.

Nesta sessão foram analisados fatores relevantes inerentes ao processo de Reforma do Estado no Brasil. Constatou-se que há duas fases da reforma. A primeira aconteceu nos governos Sarney, Collor e Itamar Franco e predominava a idéia de redução do tamanho do Estado, e a agenda governamental foi ocupada basicamente pelos temas desestatização, reinserção no sistema internacional, abertura da economia, desregulamentação e privatizações.

Na segunda fase, durante o governo FHC, o Plano Diretor propôs a redefinição do papel do Estado, enfatizando a função do mesmo como indutor e regulador do desenvolvimento do País. Considerou-se que este devesse ser um Estado ágil, inovador e democrático. Esta fase foi denominada Reforma Regulatória. Alguns aspectos da concepção e operacionalização dessa reforma são examinados a seguir.

2.5 A reforma regulatória dos anos 90

A partir da década de 90, nota-se que passou a ganhar destaque, no Brasil, a idéia de que o Estado não tinha condições de ser provedor direto de riquezas e serviços. Por outro lado, havia um reconhecimento de que o mesmo não poderia se omitir e deixar que o mercado e a sociedade se responsabilizassem pelo desenvolvimento econômico e pela justiça social.

Em parte, isso ocorreu porque as propostas de reforma dos anos 90 suavizaram o discurso ideológico dos anos 80, criticando posições extremas de opção pelo livre mercado. Entretanto, estas não significaram uma retomada das proposições do Estado de Bem-estar. O discurso sinalizava no sentido de que o Estado devesse assumir o papel regulador, deixando para o mercado a provisão de bens e serviços.

Sobre esse aspecto, é importante ressaltar que o governo brasileiro não tem ainda uma política regulatória para a reforma do Estado. A idéia do governo FHC tem sido a de que o Estado intervencionista deva ser substituído por um Estado regulador. Não há, porém, uma concepção clara do modo de regulação que deve caracterizar este novo Estado, nem de como essa regulação deve ser operacionalizada. O Plano Diretor da Reforma do Estado apresentou apenas uma política de regulação setorial (ABRANCHES, 1999).

No Plano Diretor (BRASIL, 1995) fez-se a distinção da forma de propriedade e definiram-se quatro setores:

1. o *núcleo estratégico* de propriedade estatal, responsável pela edição de leis, por fazer cumpri-las e pela elaboração e execução de políticas públicas, em que se situam os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário;
2. as *atividades exclusivas*, também propriedade estatal, que são aquelas não delegáveis a terceiros, e por meio das quais se exerce o poder de tributação, arrecadação e fiscalização de impostos, a polícia, forças armadas e serviços de trânsito dentre outros;
3. os *serviços não-exclusivos* compreendidos como aqueles que não se caracterizam pelo exercício do poder do Estado, mas que são serviços de caráter público. Podem ser executados por entidades privadas, ou organizações públicas não-estatais. Como exemplo, citam-se as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus;
4. o setor de *produção de bens e serviços para o mercado*, no qual a propriedade privada está indicada, como regra geral. Ressalta-se que a gestão do setor privado é mais adequada, quando se faz acompanhar por um sistema de regulação seguro.

Os objetivos do plano, no que se refere à produção para o mercado foram: a) dar continuidade ao processo de privatização, por meio do Conselho de Desestatização; b) reorganizar e fortalecer os órgãos de regulação dos monopólios naturais privatizados; e c) implantar Contratos de Gestão nas empresas que não estavam em condições para serem privatizadas.

O Programa Nacional de Desestatização – PND –, criado por lei em 1990, e fomentado por meio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDS –, amadureceu na

década de 90. Sua magnitude pode ser avaliada pela quantidade de transferências do controle estatal para o setor privado. Na década de 90, “116 empresas, compreendendo a totalidade das empresas da grande siderurgia brasileira (8), da petroquímica (27), do setor ferroviário (7) e do segmento de telecomunicações (24) foram transferidas para o setor privado” (ABRANCHES, 1999 a, p.1).

No entanto, é polêmica a discussão com relação ao efeito no desempenho, quando há mudança de controle, de estatal para privado. Abranches (1999a) afirma que não há evidências sobre a relação entre estrutura do Estado e desempenho das empresas que permitam conclusões nesse sentido. O autor baseia esta afirmação na literatura sobre as economias mistas da Europa e sobre a economia privada dos EUA e conclui que a simples transferência de empresas estatais para o setor privado não garante uma melhor prestação dos serviços.

Partindo-se desse princípio, compreende-se a nova fase que foi inaugurada no processo de Reforma do Estado no Brasil. A Lei de Concessões n. 8.987, de 1995, juntamente com a figura da concessão, previu a criação das agências reguladoras, no formato de autarquias²⁶, com o objetivo de facilitar o processo de concessão dos serviços públicos e proteger o consumidor. A criação das agências reguladoras, porém, não tem sido decorrente de uma discussão do modelo de regulação em si. Primeiramente, as leis são encaminhadas e, em um segundo momento, os conceitos básicos do modelo, discutidos (PECI, 1999).

As primeiras agências reguladoras foram criadas no setor de infra-estrutura, sendo estas: a ANEEL, em dezembro de 1996, a ANATEL²⁷, em julho de 1997, e a ANP, em agosto de 1997. A ANP é uma autarquia que integra Administração Pública Federal, sendo vinculada ao Ministério de Minas e Energia. De acordo com Azevedo (1998) *apud* Peci (1999, p.4), “esta agência difere das demais, porque não regula nem controla ou fiscaliza um serviço público, mas, sim, atividades econômicas monopolizadas pela União” e, apesar de não se constituir em um serviço público, a exploração da indústria do petróleo é essencial à economia da sociedade.

²⁶ Autarquia “é uma entidade autônoma [administrativa e financeiramente], auxiliar da administração pública. (FERREIRA, 1994, p.56).

²⁷ A ANATEL tem uma particularidade que a diferencia de outras agências reguladoras. Segundo Peci (1999, p.4), “o modelo é amplamente discutido antes da privatização do setor”.

Essa prática de criação de agências reguladoras tem evidenciado que “cada nova proposta de regulação é feita sem um esforço de uniformização de visões (sobre o novo Estado e a nova sociedade imaginada pelo grupo governante), de macros objetivos e de princípios” (ABRANCHES, 1999b, p.22).

Entretanto, Abranches não preconiza a adoção de princípios doutrinários. Pelo contrário, acredita que o pressuposto seja a flexibilidade. Para tal, considera que existe a necessidade de um conjunto mínimo de princípios gerais e estratégicos, de forma a enquadrar as iniciativas governamentais de regulação no que tange à “natureza, escopo, objetivo, formato institucional e administrativo da regulação” (ABRANCHES, 1999b, p.22). Acredita que assim seja possível regular menos no início e ir regulando mais, na medida do que for necessário. Dessa forma, evita-se gerar resultados desfavoráveis.

A experiência de agências reguladoras é recente no Brasil. Isso significa que ainda não se tem a clara noção dos limites e possibilidades do modelo utilizado, em termos de resultados para a sociedade, em geral, e para as organizações que operam no mercado sob regulação estatal, em particular.

O setor saúde também entrou nessa agenda de reformas dos anos 90, com a criação de duas agências reguladoras. Foram criadas a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – em janeiro de 1999, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS –, em janeiro de 2000, ambas vinculadas ao Ministério da Saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar foi uma agência criada no bojo do processo de regulamentação do mercado de Planos e Seguros Privados de Saúde, processo esse que se iniciou com a promulgação da Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998. Assim a ANS passou a ser responsável por regulamentar as atividades do segmento de assistência médica suplementar, segmento relevante na composição do sistema de saúde brasileiro, e que será analisado no capítulo seguinte.

3 SEGMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

3.1 Sistema de saúde no Brasil

A história do sistema de saúde no Brasil tem início na década de 20 e é interessante examiná-la para que se compreenda o formato que o mesmo vai adquirindo na trajetória, desde essa época até o início do século XXI.

Esse sistema, no começo do século XX, era composto por duas áreas de atuação. De um lado, estavam as ações chamadas de preventivas, que eram o caso, por exemplo, das campanhas sanitárias, destinadas, em tese, a toda a sociedade. De outro, estava a assistência médica individualizada, prestada tanto a particulares como aos trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho. Para estes últimos, foi uma estrutura que se organizou no interior das fábricas, por meio dos serviços médicos das empresas, com a finalidade básica de melhorar suas condições de saúde. Sendo assim, esses serviços apresentavam características eminentemente curativas (POSSAS, 1981).

Até a reforma sanitária da década de 80, basicamente, dois órgãos governamentais assumiam as responsabilidades pela atenção à saúde, no Brasil: o Ministério da Saúde – MS –, as ações preventivas, e o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS –, a atenção individualizada para os trabalhadores formalmente empregados. A reforma da saúde dos anos 80 propôs a universalização do atendimento e atribuiu a responsabilidade pela atenção integral à saúde da população ao Ministério, às Secretarias estaduais e municipais de saúde.

No Brasil, a medicina individualizada para os trabalhadores teve início com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAP's –, em 1923, quando foi promulgada a Lei Eloi Chaves²⁸. As CAP's tinham como finalidade básica criar um fundo para garantir renda ao trabalhador, quando este se desligasse da produção (por velhice, invalidez, ou tempo de serviço), ou aos seus dependentes, em caso de morte. Tais fundos eram constituídos com a contribuição dos empregadores, dos empregados e do Estado, e um colegiado paritário, representado por empregadores e empregados, os administrava (SANTOS, 1987).

²⁸ Decreto-Lei n. 4.682, de 24 jan. 1923. Cria a Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários (SANTOS, 1987, p.21)

As CAP's, ao lado dos benefícios de seguro social, ofereciam também serviços médico-assistenciais e medicamentos aos trabalhadores. No entanto, as limitações que apresentavam na área de assistência médica propiciaram a criação e expansão dos serviços médicos de fábrica, após a revolução de 30 (POSSAS, 1981).

Nessa época, a demanda por saúde havia aumentado em decorrência das mudanças socioeconômicas que aconteciam na sociedade brasileira. A aceleração do processo de industrialização promoveu o crescimento do contingente de trabalhadores e expandiu os núcleos urbanos. As cidades se desenvolveram, o número de empregados assalariados aumentou e os operários se concentraram nas regiões urbanas. Tais fatores determinaram profundas modificações sociais e políticas e também a reorganização dos serviços de saúde (SIQUEIRA, 1987).

Assim, na década de 30, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP's –, na forma de autarquias. Essa foi a opção do governo para a reestruturar o sistema, e a mesma visava incorporar o maior número de segurados em torno de instituições de âmbito nacional. A atividade da empresa era a base para a criação dos IAP's, ou seja, cada instituto incorporava todos os empregados que exerciam a mesma atividade profissional (POSSAS, 1981).

No entender de Santos (1987), a criação dos IAP's marcou o início de uma inflexão estatal cujo resultado foi a junção, no âmbito do Estado, de duas ordens de problemas: o da acumulação capitalista e o da equidade. Esta união foi consagrada pela Constituição de 1934, que introduziu, pela primeira vez, no texto constitucional, um capítulo sobre a ordem econômica e social, reconhecendo a existência de direitos sociais que competiam à União preservar. Ao mesmo tempo, delegou aos poderes públicos a competência para intervir e regular os contratos, anteriormente privados, que se processavam na esfera da produção.

A clivagem entre os IAP's as CAP's foi resolvida em favor das organizações governamentais, com a criação, em 1953, da Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos – CAPFESP. Esta entidade representou a unificação das caixas dos ferroviários em um único organismo, similar aos demais IAP's. Todas as demais categorias profissionais passaram a receber benefícios e serviços de instituições sob o patrocínio, majoritariamente estatal, em sua administração e política. Permaneceu em vigor o

mesmo formato contratual de financiamento: partes iguais para empregadores e empregados e o governo entrando com uma contribuição residual para garantir a operação da agência (SANTOS, 1987).

Na década de 60, foram identificados os primeiros sinais importantes do surgimento de uma nova modalidade de prática médica no Brasil. Alegando a ineficiência dos serviços médico-previdenciários, a *Volkswagen*, seguida da Acesita e, posteriormente, da Companhia Siderúrgica de Volta Redonda estabeleceram os primeiros contratos com grupos médicos para cobertura assistencial a seus empregados (SIQUEIRA, 1987).

Em 1960, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social que uniformizou os benefícios e serviços prestados pelos diversos IAP's e veio estabelecer a unificação geral da Previdência Social, destinada a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime de Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Ficaram excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e os servidores civis e militares da União, Estados e Municípios, assim como os das autarquias, sujeitos a regimes próprios de previdência. Ainda, em 1960, o Ministério do Trabalho passou a ser denominado Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Em 1966, com o agravamento da situação financeira dos institutos, aconteceu uma uniformização com a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social – INPS. Porém, se os IAP's ofereciam níveis diferenciados de serviços, em função do nível de renda das categorias que os compunham, a criação do INPS acarretou um padrão menos meritocrático e mais universal dos serviços, mantendo, entretanto, grande parte da força de trabalho brasileira excluída dos benefícios (FILHO, 1996).

A criação do INPS, ao mesmo tempo em que unificou as instituições da previdência social proporcionando um avanço administrativo-organizacional pela racionalidade e produtividade do sistema, pagou um preço ao afastar da gestão os interesses privados tanto dos empregados quanto dos empregadores. Diferentemente dos IAP's, que eram administrados de forma colegiada, com igual participação de empregados e empregadores, as instituições da previdência social, agrupadas no INPS, passaram a ser administradas diretamente pelo Estado (SANTOS, 1987).

Em 1971, foi criado o PRORURAL, executado pelo FUNRURAL, que estendeu aos trabalhadores rurais uma legislação efetiva de previdência e assistência médica

individualizada, pois definiu a forma pela qual os recursos para sustentar os programas seriam obtidos: transferência de renda das áreas urbanas para as rurais (SIQUEIRA, 1987).

Em 1972, os benefícios da previdência social, até então reservados às ocupações reguladas pela CLT, foram estendidos às empregadas domésticas; em 1973, aos trabalhadores autônomos, ficando, assim, todos os trabalhadores do mercado formal assistidos pela Previdência Social (SIQUEIRA, 1987).

Com a criação, em 1974, do Ministério da Previdência e Assistência Social, o processo de conciliação entre políticas de acumulação e equidade atingiu um ponto alto, pois estendeu os serviços a toda a sociedade e permitiu maior racionalidade na alocação de recursos, independentemente da categoria profissional (SANTOS, 1987).

Um novo cenário começou a se configurar no mundo, a partir do início da década de 80: a necessidade de equilíbrio entre os requisitos naturais da acumulação capitalista e a promoção de políticas sociais. No caso do Brasil, a crise de Estado, embora presente desde os anos 70, conforme já mencionado, somente adquiriu contornos mais nítidos a partir da segunda metade dos anos 80.

O quadro econômico repercutiu no sistema previdenciário e de saúde do Brasil com uma crise que se traduziu como importante problema político e levou o governo a criar um mecanismo, paralelo ao então Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS –, com o objetivo de estudar e propor soluções para as despesas da Previdência Social, em especial da atenção médica. Foi criado então o Conselho Consultivo de Administração de Saúde do Sistema de Previdenciária Social – CONASP – (ANDRADE et al, 1993).

O CONASP impulsionou, por meio de convênios trilaterais entre o Ministério da Previdência, da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, a reordenação dos serviços, dando origem às Ações Integradas de Saúde – AIS. Este foi um mecanismo impulsionador da reforma da saúde, nos anos 80. A proposta visava universalizar o direito à saúde, descentralizar o sistema público, regionalizar e hierarquizar as ações, com vistas a oferecer assistência integral à saúde da população, ou seja, tentar romper com o modelo segmentado em vigor.

O processo de reforma da saúde aconteceu de forma gradual. Em 1987, foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Esta implantação, realizada pelo Ministério da Previdência/INAMPS, teve como objetivo a descentralização dos serviços via de repasses de recursos financeiros aos estados. O SUDS fortaleceu o apoio político à reforma do sistema de saúde no Brasil. Conforme constata Médici (1991b, p. 23), “entre 1981 e 1989 os recursos repassados para as esferas descentralizadas passam de menos de 6% para quase 60% do total de recursos do INAMPS”.

As atenções estavam mobilizadas no sentido de viabilizar a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS –, que se propunha a garantir a universalização da assistência à população brasileira. No entanto, nessa mesma época, o contingente da população coberta pela assistência médica suplementar já apresentava sinais de crescimento. De acordo com Médici (1991a), incentivos governamentais como o abatimento no imposto de renda das despesas com a assistência médica privada tanto de pessoas físicas quanto jurídicas favoreceu a expansão do setor.

A proposta de reforma da saúde venceu na Constituinte, e foi criado o SUS. Em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080²⁹, que previu o comando único em cada esfera de governo, até que os sistemas municipais pudessem ser implantados. A Lei n. 8.142³⁰ promoveu algumas alterações na legislação anterior: assegurou mecanismos automáticos de repasse de recursos, garantiu o caráter paritário dos Conselhos de Saúde e definiu os pré-requisitos para que os estados e os municípios recebessem os recursos federais. Destacam-se, entre esses pré-requisitos, a criação e implantação do Conselho Municipal de Saúde, do Fundo Municipal de Saúde e a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

O Conselho de Saúde, com composição colegiada, foi um mecanismo idealizado com a finalidade de favorecer a negociação entre os representantes de diversos interesses sociais e o aumento do controle social sobre o setor de saúde. Cabe ressaltar que, com a unificação dos IAP's e a criação do INPS, o Estado centralizou a gestão do sistema. O SUS promoveu a

²⁹ BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1980.

³⁰ BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

descentralização. A gestão foi unificada, incorporando os serviços de saúde da União, dos estados e dos municípios e a rede privada conveniada com o setor público.

Durante a década de 90, as políticas de saúde contemplaram a elaboração e a implementação de instrumentos legais e normativos, dos quais se destaca a Norma Operacional Básica do SUS – NOB. O propósito central dos referidos instrumentos foi a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, fundamentada na perspectiva de ampliação da autonomia dos municípios, enquanto base da estrutura político-administrativa do Estado (TEIXEIRA; PAIM e VILAS BOAS, 1998).

A partir da descentralização, a preocupação se voltou para a *organização do sistema*, especialmente no que se referia à redefinição das competências e funções de cada esfera de governo. O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, ex-Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE –, propôs também a redefinição das relações do Estado com o setor privado de saúde, por meio das Organizações Sociais. Estas são entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que, por meio de um programa de *publicização*, têm autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e assim ter dotação orçamentária (BRASIL, 1995).

As políticas de saúde, formuladas e implementadas, a partir na década de 80, não contemplaram, como um todo, o sistema de saúde do País, de forma global. Em que pese o discurso da reforma sanitária tratar o sistema de saúde no Brasil como um sistema único, este sistema é historicamente segmentado, composto por três segmentos, conforme denomina Mendes (1998): o público, a medicina liberal e a medicina supletiva ou assistência médica suplementar, de acordo com Almeida (1998).

3.2 Trajetória do segmento de assistência médica suplementar

Apesar de a assistência médica suplementar compor o sistema de saúde do Brasil, sabe-se ainda pouco sobre esse segmento de saúde, pois “os aspectos problematizadores desse mercado, da mesma forma que a construção conceitual e analítica do mesmo, encontram-se no nível basicamente exploratório” (ALMEIDA, 1998, p. 5). Uma das grandes dificuldades para se estudar o setor é “a precariedade de informações sobre seus usuários, e sobre as características dos vários modelos de prestação de serviços” (BAHIA, 1999, p. 45).

A assistência médica complementar³¹ iniciou sua atuação no Brasil, na década de 60, com a utilização do convênio-empresa entre o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários – IAPI – e a Previdência Social. Isso ocorreu em função, especialmente, da necessidade de o IAPI solucionar problemas decorrentes da massa de trabalhadores a ele vinculados e não dispor de serviços próprios suficientes para atender a demanda (CORDEIRO, 1984).

A primeira empresa médica do Brasil foi criada em 1964 e destinava-se ao atendimento de empregados da *Volkswagem* de São Paulo. Assim, teve início, por meio do convênio empresa-Previdência Social, a participação do Estado junto a essa modalidade de assistência médica. A partir da criação do INPS, em 1964, quando se fundiram os IAP's e o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência da Previdência Social – SANDU –, generalizou-se a opção pela prestação de assistência médica por particulares (CORDEIRO, 1984).

A Previdência Social transformou-se no maior comprador de serviços médicos do País, até que, em 1979, o convênio-empresa foi extinto. Segundo Bahia (1999), naquela época, observava-se que já existia um número significativo de convênios de empresas com grupos médicos, sem a mediação da Previdência. A criação da Assistência Médica Internacional Ltda. – AMIL³² –, empresa da modalidade de medicina de grupo, em 1979, demonstrou a viabilidade da comercialização de planos de saúde de forma autônoma.

Sendo assim, quatro diferentes modalidades empresariais de assistência médica complementar desenvolveram-se no Brasil: a medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos próprios de empresas (autogestão) e o seguro saúde, que serão examinados individualmente na sessão seguinte.

Esse segmento privado de assistência médica cresceu de forma vertiginosa no País, a partir da década de 80, a ponto de, em 1989, cobrir 31.140.000 pessoas (MENDES, 1994). A TAB. 2

³¹ Em seus primórdios, tal modalidade de assistência médica era chamada de medicina empresarial (CORDEIRO, 1984; SIQUEIRA, 1987).

³² A AMIL iniciou suas atividades em 1978, na Baixada Fluminense. Um grupo de médicos se organizou e passou a vender planos individuais de saúde. Desde o início, utilizou rede credenciada (ANDREAZZI, 1991). Em 2001, a empresa estava presente no Rio de Janeiro, em São Paulo, no ABC Paulista, em *Alphaville*, em Brasília e em Curitiba, além de todas as regiões do País por meio do seu sistema de *franchising*. No exterior, possuía sedes em Buenos Aires, em Miami e no Texas (Disponível em: <<http://www.newlifesequros.com.br/amil.htm>> Acesso em: 18 out. 2001).

mostra a proporção na qual a população aderiu à assistência médica suplementar, no período 1987-1997, por modalidade empresarial (BAHIA, 1999).

TABELA 2
Número de clientes e variação no período 1987-1998, segundo modalidades empresariais
Brasil - 1987, 1989, 1994/5 e 1997/8

Modalidade empresarial	1987	1989	1994/5	1997/8	Varição 87/97
Medicina de grupo	13.000.000	15.000.000	16.800.000	17.800.000	36,92
Cooperativas médicas	3.500.000	7.300.000	8.500.000	10.671.000	204,89
Planos próprios de empresas	5.100.000	7.900.000	8.000.000	8.000.000	56,86
Seguradoras	800.000	940.000	5.000.000	5.000.000	525
Total	22.400.000	31.140.000	38.300.000	41.471.000	85,18

FONTE- BAHIA (1999, TAB. 13, ANEXO II).

Nesse período de dez anos, houve um crescimento de 85,18% no número de pessoas assistidas por esse segmento de assistência médica. Pode-se dizer que esse aumento aconteceu após a reforma da saúde, da década de 80. Entretanto, o crescimento não foi proporcional nas quatro modalidades empresariais existentes. A medicina de grupo cresceu 36,92%; os planos próprios de empresas, 56,86%; o crescimento das cooperativas médicas atingiu 204,89% e o seguro-saúde cresceu 525,00%.

É importante lembrar que os dados utilizados nos estudos sobre a trajetória da assistência médica suplementar no Brasil foram aqueles fornecidos pelas próprias entidades representativas das empresas que compõem esse segmento. Sendo assim, há possibilidades de equívocos, pois se desconhece a metodologia que as referidas entidades utilizaram para tal fim.

Trabalhos publicados na década de 90 procuraram explicar o crescimento desse segmento de assistência médica. Médici (1991c) afirma que o mesmo foi decorrente de fatores tais como a queda na qualidade do atendimento público, o aumento das classes médias da população, a intensificação de relações formais no mercado de trabalho, o deslocamento de capital para as empresas de planos de saúde e seguradoras, e o modelo idealizado com o SUS X modelo real implantado no País.

Favaret e Oliveira (1990) atribuem o crescimento do setor a inovações financeiras que viabilizaram o acesso a planos privados (individual para camadas médias, empresa e caixas de empresas estatais), a baixa qualidade dos serviços públicos somada à eficiente ação das

empresas de planos de saúde e a universalização excludente promovida pelo SUS dentre outros fatores.

Já Mendes (1994) acredita que tal expansão acontece em função da crise econômica, da recessão, da ruptura de alianças que sustentam o Estado desenvolvimentista, e também porque somente os prestadores de serviços tradicionais (segmento dependente do Estado) permaneceram vinculados ao sistema público, enquanto os prestadores modernos migraram para as empresas operadoras de planos e seguros privados de saúde.

Costa (1996) considera que a assistência médica suplementar cresceu em decorrência do movimento sindical e da organização de interesses, da tendência estrutural do sistema brasileiro (atendimento diferenciado para setores organizados), de a medicina de empresa passar a ser item da agenda de discussões sindicais e do deslocamento do lugar do Estado, pois a negociação passou a acontecer de forma direta entre sindicatos e empresários.

Esses estudos apontam diversas razões para o crescimento do segmento de assistência médica suplementar, a partir da década de 80. Elas estão relacionadas a diferentes grupos sociais como a classe média, as empresas operadoras, o Estado, os prestadores de serviços, os sindicatos, os setores de baixa renda e o movimento sanitário. Assim, há um amplo leque de interesses que direta ou indiretamente vem incentivando o crescimento desse segmento de assistência à saúde.

Essa é uma modalidade de assistência que apresenta como característica fundamental, segundo Almeida (1998, p.6), a “natureza mercantil-contratual das relações entre atores, que por sua vez confere à demanda caráter seletivo”. O modelo se baseia no pagamento pela utilização dos serviços, ou seja, na sua compra.

O segmento de assistência médica suplementar não é um conjunto homogêneo de empresas. Quatro diferentes modalidades empresariais o compõem. Estas vão desde formas tradicionais, ou seja, aquelas nas quais o usuário compra diretamente do prestador de serviços, até aquelas mais complexas que envolvem a intermediação de terceiros, e os contratos são estabelecidos entre indivíduos-famílias/empresas com as empresas prestadoras de serviços. Há também os sistemas suplementares de saúde autogeridos por empresas públicas e privadas ou planos

próprios de empresas (ALMEIDA, 1998). Essas quatro modalidades empresariais são apresentadas a seguir.

3.3 Modalidades empresariais

3.3.1 Medicina de grupo

A medicina de grupo foi a primeira modalidade de assistência médica suplementar que se constituiu no Brasil. Surgiu e prosperou, nos anos 60, com o desenvolvimento industrial quando a indústria automobilística e com ela o setor de autopeças instalaram-se no ABC paulista, região Metropolitana de São Paulo. Inicialmente, essa modalidade visava atender às necessidades de assistência médico-hospitalares de trabalhadores, por meio de convênio-empresa. Em 2001, estava presente em quase todas as cidades brasileiras com mais de 40 mil habitantes e era responsável por atender cerca de 18,4 milhões de pessoas, das quais 78% (14,3 milhões) estavam vinculadas a planos coletivos, ou seja, aqueles patrocinados por empresas, e 22% (4,2 milhões) a planos individuais/familiares³³.

Caracteriza-se por ser um sistema de atendimento médico-hospitalar com estrutura composta por médicos e serviços de apoio e diagnóstico credenciados. Em agosto de 2001, contava com 225 hospitais próprios/coligados, 3.850 hospitais credenciados, 23.500 leitos próprios e 354.000 leitos credenciados. Entre próprios e credenciados, possuía 2.850 serviços de apoio e diagnóstico. A medicina de grupo é a modalidade que tem dominado o mercado no País. Em 2001, havia 860 grupos médicos atuando no território nacional. O Estado de Minas Gerais dispunha de 47 empresas de medicina de grupo, o que significava 5,5 % do sistema nacional⁶.

Tais empresas são predominantemente contratadoras de serviços de terceiros. O acesso dos assistidos à rede própria e/ou credenciada é livre. Os planos mais caros possibilitam a utilização de serviços não credenciados, sendo tais gastos ressarcidos. Os planos coletivos, ou seja, aqueles destinados às pessoas jurídicas, caracterizam-se pela adesão automática dos empregados, no caso em que o empregador arca com os custos. A adesão ao plano de saúde é opcional, quando o custo é dividido entre empregado e empregador. Em alguns casos, o empregador obriga a vinculação a um plano mínimo (ALMEIDA, 1998).

³³ Informações disponíveis em: <<http://www.abramge.com.br/default.htm/>> Acesso em: 11 jan. 2000 e 19 ago. 2001. Percentuais calculados pela autora da dissertação.

Essa modalidade de assistência se faz representar em nível institucional pelo sistema ABRAMGE/SINAMGE/CONAMGE, ou seja, pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE –, criada em 1966 e sediada em São Paulo; pelo Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – SINAMGE –, criado em 1987 e pelo Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo – CONAMGE –, criado em 1990.

3.3.2 Planos próprios de empresas

Os planos próprios das empresas compõem a segunda modalidade de assistência médica suplementar. Essas empresas surgiram no Brasil, na década de 70, sendo sua expansão incentivada pela criação da previdência suplementar. A Fundação de Seguridade Social da Petrobrás – PETROS –, criada em 1976, foi modelo para outras empresas (ANDREAZZI, 1991).

Essa modalidade empresarial se refere aos planos de saúde que são próprios de empresas, ou seja, aqueles nos quais as próprias empresas oferecem planos de saúde a seus empregados. A modalidade se subdivide em dois tipos: os planos que são administrados pelas próprias empresas para seus funcionários, denominados autogestão, e o tipo no qual as empresas contratam terceiros para administrar os planos de saúde de seus empregados e é denominado co-gestão ou plano de administração (ALMEIDA, 1998).

Em 1998, a maior empresa/entidade brasileira do grupo de autogestão era a Fundação de Seguridade Social Grupo Executivo Assistência Patronal – GEAP –, sucessora da entidade patronal dos previdenciários. Após estender seus serviços aos funcionários de outros órgãos públicos federais, passou a contar com cerca de 1 milhão e 300 mil associados. Em termos de empresas especializadas na co-gestão, a Med-Service era a maior do País, tendo sido criada a partir de capital internacional. Estava sediada em São Paulo e contava com oito filiais no País (BAHIA, 1999).

A partir dos anos 80, Médici (1991c, p. 8) constatou uma mudança no que tange à concepção da assistência médica de empresas. Se quando esse tipo de assistência surgiu, a preocupação era voltada para a “saúde ocupacional e medicina do trabalho em seus aspectos preventivos e assistenciais”, a partir dos anos 80, as empresas passaram a considerar a assistência médica

hospitalar integral (extensiva a dependentes e aposentados), e a assistência complementar (odontológica, psicológica, fisioterapêutica etc.) como ações de saúde importantes associadas à medicina do trabalho.

O mesmo autor aponta fatores que influenciavam as decisões das organizações sobre as políticas de saúde para seus empregados. Dentre estas, destaca: o porte da organização, a relação empregado-empregador, as características socioeconômicas e culturais dos trabalhadores, a cultura organizacional, a organização sindical dos empregados, a legislação vigente, a natureza jurídica da empresa (pública, privada ou mista) e a localização da mesma.

Além desses aspectos, Médici (1991c) chama a atenção para o fato de que as empresas que tendiam a investir em melhor padrão de assistência médica para seus empregados eram aquelas que contavam com mão-de-obra mais qualificada, rotatividade menor e utilização de alta tecnologia.

O financiamento dessa assistência médica acontecia basicamente de três maneiras: por meio de recursos da própria empresa, das contribuições do empregado ou da co-participação entre empresas e empregados (MÉDICI, 1991c). Esse financiamento tendia a ser proporcional à remuneração do trabalhador, independentemente do número de dependentes que o mesmo tinha, os planos eram iguais para todos os níveis hierárquicos da organização (BAHIA, 1999).

Em 1998, os planos próprios de empresas eram representados em nível nacional por duas entidades. Esta divisão estava condicionada pela separação entre estatais, empresas de administração direta do governo federal e empresas privadas. A Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas – ABRASPE – foi criada, em 1980, em São Paulo. Até 1990, esta entidade congregava empresas públicas e privadas. Em 1990, foi fundado o Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS – com o objetivo de representar as empresas estatais e públicas, assim como as entidades sindicais, caixas e fundações constituídas por funcionários públicos da União. A partir de então, o CIEFAS passou a absorver a representação de várias empresas anteriormente vinculadas à ABRASPE (BAHIA, 1999).

3.3.3 Seguro-saúde

O seguro-saúde é a modalidade em que há classicamente a “intermediação financeira de uma entidade seguradora que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica, ao prestador ou ao segurado, segundo condições estabelecidas em contrato” (ALMEIDA, 1998, p. 9). Sendo assim, as empresas seguradoras não são prestadoras de serviços. Operam cobrindo custos, de acordo com a apólice do segurado, quando há *sinistros* relativos à saúde. Os produtos das seguradoras são apólices. Estas se transformam em prêmios que são pagos aos beneficiários conforme o valor estabelecido em contrato.

As seguradoras entraram no setor saúde do Brasil impulsionadas por um instrumento legal da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP³⁴. Este instrumento permitiu que as mesmas oferecessem cobertura aos segurados por meio de *referenciamento* dos serviços, o que favoreceu para que pudessem atuar no ramo saúde, diversificando atividades e expandindo mercado. A resolução n. 16/88 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP –, e a circular n. 5/89 da SUSEP, que definiu normas para o seguro grupal de assistência médica e hospitalar, formaram mecanismos que impulsionaram a comercialização do seguro-saúde no Brasil, no final dos anos 80 (BAHIA, 1999).

Em 1998, duas grandes seguradoras comercializavam o seguro-saúde no Brasil: a Sul América Aetna e a Bradesco Seguros. Em conjunto, as duas eram responsáveis por 60% do volume de prêmios do ramo saúde. De acordo com Pedro Fazio, entrevistado por BAHIA (1999), a Sul América mais que triplicou o número de clientes, na segunda metade da década de 90. Em 1994, a empresa contava com cerca de 600.000 usuários; em 1998, com aproximadamente 2 milhões.

Nessa época, as empresas que atuavam no Brasil no ramo de previdência privada aberta são representadas em nível institucional pela Federação Nacional das Empresas de Seguros e Capitalização – FENASEG –, fundada em 1951, ou seja, por uma entidade que já atua no País há 50 anos. Em outubro de 2000³⁵, havia 37 empresas associadas à FENASEG, tendo esse

³⁴SUSEP, autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, era responsável pelo controle e fiscalização do mercado de seguros, previdência privada aberta, capitalização e planos privados de assistência a saúde. Disponível em: <<http://www.susep.gov.br/>> Acesso em: 11 jan. 2000.

³⁵ Disponível em: <<http://www.fenaseg.org.br/>> Acesso em: 18 out. 2000.

contingente aumentado para 45, em outubro de 2001³⁶, o que representa um crescimento de 21,6% em um ano.

É importante ressaltar que, dentre as modalidades empresariais do segmento de assistência médica suplementar, somente as seguradoras tiveram sua atuação regulamentada pelo Estado, desde 1966. Nessa época, por meio do Decreto-Lei n. 73/66, foi instituído o Sistema Nacional de Seguros Privados³⁷. Torna-se relevante lembrar que as seguradoras somente passaram a comercializar o seguro saúde no final da década de 80.

Apesar de ser a modalidade mais recente da assistência médica suplementar no Brasil e a que apresenta o menor número de clientes, o seguro-saúde tem uma importância nesse segmento de saúde que vai além desses dois aspectos. No entender de Bahia (1999, p. 212), a entrada das seguradoras no mercado de saúde “modificou a divisão anteriormente estabelecida das clientela, trouxe a público o debate sobre a necessidade de regulamentação do segmento e o impôs na agenda governamental”.

De acordo com dados disponíveis, o mercado de planos e seguros privados de saúde estava configurado, até 1998, quando ocorreu a regulamentação estatal do setor, conforme apresenta TAB. 3.

TABELA 3

Distribuição de clientes por modalidade empresarial – Brasil – 1998

Itens discriminados	N.	%
Medicina de grupo	17.800.000	42,9
Cooperativas médicas	10.671.000	25,7
Planos próprios de empresas	8.000.000	19,3
Seguradoras	5.000.000	12,1
TOTAL	41.471.000	100,00

FONTE: BAHIA (1999, TAB. 13, ANEXO II).

³⁶ Disponível em: <<http://www.fenaseg.org.br/prevabert/emppretxt.htm/>> Acesso em: 30 out. 2001.

³⁷ Fazem parte do Sistema Nacional de Seguros Privados o Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, o Instituto de Resseguros do Brasil – IRB, as sociedades autorizadas a operar em seguros privados e capitalização, as entidades de previdência privada aberta e os corretores habilitados. Disponível em: <<http://www.susep.gov.br/susep5.htm>> Acesso em: 11 jan. 2000.

Na época, esse segmento de saúde do Brasil congregava uma população de 41.471.000 pessoas distribuídas nas quatro modalidades empresariais. Constatou-se que a medicina de grupo liderava o mercado com 42,9% dos clientes, seguida pelas cooperativas médicas com 25,7%, pelos planos próprios de empresas com 19,3% e, por fim, pelas seguradoras com 12,1%.

A assistência médica suplementar encontrava seu melhor mercado no Sudeste do Brasil. Nesta região, todas as modalidades atingiam, em relação ao País, mais de 43% de pessoas cobertas. A região sudeste era seguida pela região sul. As cooperativas médicas, no cômputo do País se encontravam em segundo lugar, mas apresentavam maior número de usuários na maioria das regiões e estados brasileiros (BITTAR, 1999).

Nota-se que as modalidades de assistência suplementar investiam em mercados diversificados, apesar de se concentrarem na região sudeste. Observa-se que o cooperativismo médico, em que pese estar em segundo lugar no cômputo geral do País, era a modalidade empresarial do segmento de assistência médica suplementar que contava com o maior número de clientes na maioria das regiões e estados brasileiros. Isto leva a supor que seja um modelo de organização que tem se adaptado e sobrevivido em ambientes diversificados. É um tipo de organização que apresenta características próprias por ser uma sociedade cooperativa.

3.4 Cooperativas médicas no segmento

É importante conhecer primeiramente as bases da forma de sociedade que caracteriza as cooperativas médicas do segmento de assistência médica suplementar – o cooperativismo, como também o ramo do cooperativismo de trabalho, do qual, historicamente, tais cooperativas fazem parte, para, em seguida, analisar as cooperativas médicas propriamente ditas.

3.4.1 Cooperativismo

Ao se abordar a questão do cooperativismo, os estudiosos chamam a atenção para a importância que há em se compreender o tipo de organização da qual se está falando (CARNEIRO, 1981; BENATO, 1997; QUEIROZ, 1998). Para tal, inicialmente é fundamental rever o significado do próprio termo cooperativismo.

Aulete (1958, p.1.139) afirma que o cooperativismo é um “sistema dos que preconizam o princípio cooperativo”, e entende como cooperativo aquele que coopera. No entender de Ferreira (1994, p. 146) “o cooperativismo é uma doutrina econômica que atribui às cooperativas um papel primordial”.

As cooperativas são uma forma de economia coletiva na qual as bases econômicas totais ou parciais dos associados ficam sob a responsabilidade da cooperativa. E a cooperação significa reunir forças para alcançar objetivos comuns. Essa atitude implica a solidariedade social, em oposição à concorrência (PINHO, 1977).

Tal concepção da cooperação abriga dois campos de análise: o sociológico e o econômico. Sob o ponto de vista sociológico, cooperação significa “uma ação comum que visa à realização de metas desejadas por todos os interessados, quer organizacionais, quer distributivas”. E sob a ótica econômica

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

Na evolução do cooperativismo, observa-se que há idéias fundamentais que dizem respeito à questão do *homem* como elemento central da doutrina. Essas idéias, apontadas por Pinho (1977), fazem parte do processo histórico de formação do cooperativismo e, assim, podem ser resumidas:

1. *cooperação*, que é a reunião de forças dos trabalhadores para o alcance de objetivos comuns, implicando a solidariedade social, em oposição à concorrência;
2. *organização do trabalho* como forma de melhoria do padrão de vida dos trabalhadores e sua emancipação;
3. *livre iniciativa* dos interessados, diferentemente da filantropia e do paternalismo estatal;
4. *prestação de serviços sem interesse exclusivo de lucro* ou associação dos trabalhadores para a prestação de serviços, sem interesse lucrativo;
5. *o capital é apenas um meio* para realização dos fins da instituição;
6. *a cooperativa é uma forma de economia coletiva* na qual as fundações econômicas totais ou parciais dos associados ficam sob responsabilidade da cooperativa;

7. *a concentração cooperativista*, ao considerar-se cada cooperativa não como uma comunidade isolada, mas como célula de uma ampla organização federativa, colocada a serviço do interesse socioeconômico coletivo;
8. *a continuidade da instituição*, cujo capital acumulado no decorrer dos anos é um fundo coletivo que tem como finalidade desenvolver a organização dos trabalhadores;
9. *a reforma social* através de associações de trabalhadores, mas que acontece de forma gradual e pacífica.

Essas são idéias básicas contidas nos instrumentos normalizadores do cooperativismo, estabelecidos quando da formação da cooperativa pioneira de Rochdale, na Inglaterra, em 1844 (PINHO, 1977).

No século XVIII, a revolução industrial trouxe conseqüências sérias para a Inglaterra. As mudanças econômicas afetavam as classes menos favorecidas, com o advento das 10 horas de trabalho para as crianças e 14 horas para os adultos, além de se alterar a forma de produção que geralmente acontecia, até então, em família. A sobrevivência dos trabalhadores ficou assim comprometida (CARNEIRO, 1981).

Nesse contexto, em 1830, no bairro de Rochdale, em Manchester (Inglaterra), foi criada a Sociedade dos Amigos de Rochdale. Na época, a utilização da máquina a vapor implicou o desemprego para vários tecelões da localidade. Esses trabalhadores reuniram-se em uma associação, com vistas a encontrar soluções para a crise da época. Os problemas como os baixos salários, as condições de trabalho, a competição entre a industrialização e a manufatura de flanela, a industrialização do algodão e, em especial, o alto índice de desemprego, todos foram fatores que provocaram a reação dos tecelões (CARNEIRO, 1981; OCESP³⁸, 2001).

Em 11 de agosto de 1844, 27 tecelões e uma tecelã fundaram a Sociedade dos Equitáveis de Rochdale, que se tratava, na realidade, de uma alternativa econômica para os mesmos continuarem a atuar no mercado. Em 1852, foi promulgada a legislação sobre as *Industrial Provident Societs Acts* (Sociedades Industriais e Mutuais), o que possibilitou a criação da Cooperativa de Rochdale. A consolidação dessa cooperativa influenciou os padrões

³⁸Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.ocesp.org.br/jcprtvsmo.htm>> Acesso em: 06 ago. 2001.

econômicos da época, e foi o marco inicial do movimento cooperativista mundial (PINHO, 1977; CARNEIRO, 1981).

O Cooperativismo evoluiu e conquistou espaço próprio, definido como uma nova forma de pensar o homem, o trabalho e o desenvolvimento social. Por sua forma igualitária e social, é aceito e reconhecido como uma alternativa democrática para a solução de problemas socioeconômicos. O sucesso da iniciativa dos tecelões de Rochdale inspirou a criação de outras cooperativas que se espalharam pela Europa e pelo mundo (OCESP, 2001).

Para uma melhor compreensão do cooperativismo, comparam-se as características de uma Sociedade Cooperativa, sob a ótica de um sistema social organizado que atua no mercado por meio do trabalho desenvolvido por seus associados, com as características de uma Sociedade Mercantil que atua no mercado por meio da produção e venda de seus produtos e/ou serviços, mas em que o vínculo do trabalhador é como empregado e não associado (DIAS, 2000).

No entender de Dias (2000), algumas características tornam a Sociedade Cooperativa e a Sociedade Mercantil especialmente distintas, quando comparadas em termos de participação das pessoas *versus* participação do capital, objetivos e propriedade da Sociedade Cooperativa, controle e processo decisório e relações entre as pessoas dentro da estrutura organizacional. O QUADRO 1 apresenta a síntese dessas características.

QUADRO 1
 Comparação entre Sociedade Cooperativa e Empresa Mercantil –
 algumas características

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

FONTE – DIAS (2000, p. 6).

Nessa perspectiva, fica evidenciado que homem e trabalho são os fatores principais na sociedade cooperativa, enquanto na empresa mercantil o fator principal é o capital. O processo decisório e a geração e participação nos resultados é diferente entre as duas. Observa-se também no processo decisório que cada pessoa associada à cooperativa é singular e tem direito a um voto nas assembléias; na empresa mercantil, a fração de capital é singular e cada ação ou quota dá direito a um voto, independentemente de quem seja o proprietário (DIAS, 2000).

No que tange à gestão, a sociedade cooperativa e a sociedade mercantil trilham caminhos opostos. Na cooperativa, uma autoridade é atribuída a um dos membros associados ou a um grupo de associados por decisão daqueles que participam da sociedade. Nesse processo, características tais como a liderança, a habilidade para a negociação e a qualificação da pessoa para a autoridade que lhe é delegada são relevantes, na medida em que o poder é *de baixo para cima*. Na empresa mercantil, a autoridade é atribuída às pessoas por quem controla o capital, ou seja, a delegação de poder é *de cima para baixo*. Para o gestor desse tipo de empresa, são mais relevantes as habilidades em alcançar resultados para o capital e em transitar no meio político de poder do grupo controlador (DIAS, 2000).

As cooperativas são organizadas internacionalmente por meio da Aliança Cooperativa Internacional – ACI –, fundada em 1895, em Londres, e sediada atualmente em Genebra, na Suíça. A ACI é uma organização não-governamental e independente que representa as cooperativas e suas correspondentes organizações e a elas presta apoio. Tem como finalidade promover a integração, a autonomia e o desenvolvimento do cooperativismo mundial³⁹.

Em 1937, a AIC fixou os Princípios do Cooperativismo, no XV Congresso da entidade, realizado em Paris. Tais princípios eram:

1. adesão livre;
2. distribuição do excedente em proporção às operações com seus membros;
3. juros limitados ao capital;
4. neutralidade política, religiosa e racial;
5. vendas à vista;
6. desenvolvimento da educação (CARNEIRO, 1981).

A ACI, em 1963, designou uma comissão para estudar os princípios cooperativistas aprovados em 1937, na França. Após estudos e pesquisas, a comissão concluiu o trabalho e propôs alterações que foram aprovadas em um congresso da entidade, realizado em Viena, em 1966. Assim, ficaram definidos como Princípios do Cooperativismo:

1. adesão livre;
2. gestão democrática;
3. juros limitados sobre o capital;
4. retorno das sobras;
5. desenvolvimento da educação;
6. colaboração intercooperativa (CARNEIRO, 1981).

Em 1995, em um congresso comemorativo dos 100 anos da ACI, foram debatidas questões relativas ao fortalecimento da prática cooperativista mundial, e aprovadas as *linhas orientadoras da prática cooperativista* (OCESP⁴⁰, 2001), atualmente em vigor, quais sejam:

³⁹ Disponível em: <<http://www.oces.org.br/jcprtvsmo.htm>>. Acesso em: 06 ago. 2001.

⁴⁰ Disponível em: <<http://www.oces.org.br/jcprtvsmo.htm>> Acesso em: 06 ago. 2001.

1. *adesão voluntária e livre* - as cooperativas são organizações abertas à participação de todos, independentemente de sexo, raça, classe social, opção política ou religiosa. Para participar, a pessoa deve conhecer e decidir se tem condições de cumprir os acordos estabelecidos pela maioria;
2. *gestão democrática* – os cooperantes, reunidos em assembléia, discutem e votam os objetivos e metas do trabalho conjunto, bem como elegem os representantes que irão administrar a sociedade. Cada associado representa um voto, não importando se alguns detenham mais cotas do que outros;
3. *participação econômica dos membros* – todos contribuem igualmente para a formação do capital da cooperativa, o qual é controlado democraticamente. Se a cooperativa é bem administrada e obtém uma receita maior do que as despesas, esses rendimentos são divididos entre os sócios até o limite do valor da contribuição de cada um. O restante poderá ser destinado para investimentos na própria cooperativa ou para outras aplicações, sempre de acordo com a decisão tomada na assembléia;
4. *autonomia e independência* – o funcionamento da empresa é controlado pelos seus sócios, que são os donos do negócio. Qualquer acordo firmado com outras organizações e empresas deve garantir e manter essa condição;
5. *educação, formação e informação* – é objetivo permanente da cooperativa desenvolver ações e destinar recursos para a formação de seus associados, capacitando-os para a prática cooperativista e para o uso de equipamentos e técnicas no processo produtivo e comercial. Ao mesmo tempo, devem informar o público sobre as vantagens da cooperação organizada, estimulando o ensino de cooperativismo nas escolas de 1º e 2º graus;
6. *interesse pela comunidade* – as cooperativas trabalham visando o bem-estar de suas comunidades, por meio da execução de programas socioculturais, realizados em parceria com o governo e outras entidades civis;
7. *intercooperação* – para o fortalecimento do cooperativismo considera-se fundamental que haja intercâmbio de informações, produtos e serviços, a fim de que o setor possa ser viabilizado como atividade socioeconômica.

No Brasil, o movimento cooperativista iniciou-se em 1847, quando o médico francês Jean Maurice Faivre fundou a Colônia Tereza Cristina, no interior do Paraná, com um grupo de europeus. Esta colônia, organizada em bases cooperativas, apesar de sua breve existência, é

considerada como marco do cooperativismo no País (OCEMG⁴¹, 2001). Atualmente, o sistema cooperativista brasileiro é representado pela OCB, fundada no dia 02 de dezembro de 1969. Em 2001, a entidade congregava 27 Organizações Cooperativas Estaduais, 10 Confederações, 129 Federações/Centrais, 6094 cooperativas e quase 5 milhões de cooperados⁴².

Das 6.094 cooperativas filiadas a OCB, 3.340 foram fundadas na década de 90, o que significou um aumento de quase 50% dessa modalidade de sociedade em dez anos. Essas cooperativas estão divididas em doze ramos: agropecuário, de consumo, de crédito, educacional, especial, habitacional, de infra-estrutura, mineral, de produção, de saúde, de trabalho e de turismo/lazer. Na TAB. 4 pode-se verificar a distribuição das cooperativas brasileiras, por ramo, número de cooperados e empregados das mesmas, em junho de 2001.

TABELA 4
Distribuição das cooperativas brasileiras por ramo,
número de cooperados e número de empregados, em junho de 2001

RAMO	COOPERATIVAS	%	COOPERADOS	%	EMPREGADOS	%
Agropecuário	1.161	23,974	822.380	17,613	107.158	63,856
Consumo	187	3,069	146.6513	31,408	7.857	4,682
Crédito	975	15,999	1.041.613	22,308	15.009	8,944
Educacional	246	4,037	79.418	1,170	2.510	1,496
Especial	3	0,049	1.984	0,042	6	0,004
Habitacional	212	3,479	49.270	1,055	1.445	0,861
Infra-estrutura	182	2,987	560.519	12,004	5.422	3,231
Mineral	26	0,427	12.686	0,272	26	0,015
Produção	118	1,936	6.092	0,130	330	0,197
Saúde	765	12,553	330.855	7,086	21.056	12,547
Trabalho	1.916	31,441	297.865	6,379	6.993	4,167
Turismo e Lazer	3	0,049	60	0,001	0	0,000
<i>Total</i>	6.094	100,00	4.639.255	100,00	167.812	100

FONTE- OCB, 2001⁴³.

Observa-se que, em 2001, o ramo trabalho era o que concentrava o maior número de cooperativas no País, ou seja, 31,441%. Em seguida, estava o ramo agropecuário com 23,974%, seguido do de crédito em 3º, com 15,999%, e do ramo de saúde, que ocupava o 4º lugar, congregando 12,553% das cooperativas. Os dados mostram que, dos doze ramos do cooperativismo brasileiro, quatro ramos concentravam em torno de 84 % das cooperativas.

⁴¹ Disponível em: <<http://ocemg.org.br/>> Acesso em: 17 ago. 2001.

⁴² Disponível em: <<http://ocb.org.br/>> Acesso em: 10 ago. 2001.

⁴³ Disponível em: <<http://ocb.org.br/>> Acesso em: 10 ago. 2001.

Nota-se também que as cooperativas médicas brasileiras estão atualmente congregadas no ramo saúde. No entanto, historicamente os estudiosos do cooperativismo as identificaram como cooperativas de trabalho, o que poderá ser constatado, a seguir, ao se examinar esse ramo do cooperativismo no País.

3.4.2 Cooperativismo de trabalho

Ao se estudar o cooperativismo e as cooperativas médicas brasileiras, observa-se nos referenciais teóricos de ambos que tais cooperativas têm sido historicamente consideradas como formas de cooperativismo de trabalho. Atualmente, a OCB e a Organização das Cooperativas do Estado de Minas Gerais – OCEMG – as classificam como pertencentes ao ramo de saúde. Essas cooperativas, entretanto, são também cooperativas de trabalho. A denominação saúde pode ser considerada como uma subclassificação. Sendo assim, examinar-se-á o cooperativismo de trabalho para, em seguida, se analisar o cooperativismo médico.

Carneiro (1981) identifica que há uma variação da terminologia *cooperativismo de trabalho* em diversos países do mundo. São utilizadas denominações, tais como, cooperativas de trabalho, de produção, de produtores, industriais, artesanais e de serviços. Estas são, na realidade, sinônimas, pois servem para identificar o mesmo tipo de sociedade, ou seja, a sociedade cooperativa.

No caso, a diferença é o tipo de trabalhador que se associa para fundar a cooperativa. Esse mesmo autor lembra que, no cooperativismo, a terminologia em si não é o mais importante e, sim, a concepção. Essa organização social se pauta em valores que não podem ser desrespeitados pela intermediação. Assim, na perspectiva cooperativista, o resultado do trabalho sempre retorna ao produtor do mesmo, sem qualquer tipo de desvio.

Sendo esse o pressuposto básico da sociedade cooperativa, define-se então o cooperativismo de trabalho. No entender da Prof^ª. Diva Benevides Pinho,

as cooperativas de trabalho são organizações de pessoas físicas, reunidas para o exercício profissional comum, em regime de autogestão democrática e livre adesão, tendo como base primordial o retorno ao cooperado do resultado de sua atividade laborativa, deduzidos exclusivamente os custos administrativos, a reserva técnica e os fundos sociais” (PINHO, 1984, p.251).

Para a Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo – OCESP⁴⁴ – estado brasileiro que apresenta o maior número de cooperativas, cooperados e empregados diretos, as cooperativas de trabalho são entendidas como aquelas constituídas por pessoas de uma determinada ocupação profissional que se reúnem com a finalidade de melhorar a remuneração e as condições de trabalho, de forma autônoma.

O cooperativismo de trabalho surgiu, na França, influenciado pelas mesmas razões que levaram os ingleses a criar a cooperativa de Rochdale. No Brasil, Pinho (1981) relata a expansão de vários tipos de cooperativas de trabalho, na década de 70, com a queda no ritmo de crescimento econômico, portanto, em um contexto que apresentava aumento da taxa de desemprego, agravamento do problema do subemprego⁴⁵, e alta taxa de crescimento demográfico. Essas cooperativas de trabalho emergiram com o objetivo de atender às necessidades de emprego, de organização da força de trabalho e de valorização da mão-de-obra, especialmente nos centros urbanos.

No entender de Carneiro (1981), diferentemente do que ocorreu em muitos países, nos quais o cooperativismo de trabalho foi impulsionado pela classe operária, no Brasil, tais sociedades ganharam força por meio de uma classe social ligada à burguesia – os médicos –, em 1967. Pinho (1981, p.38) atesta que, apesar de várias cooperativas de trabalho já funcionarem antes de 1967, foi a partir de então que começou a se intensificar o movimento associativista no Brasil, especialmente por técnicos e profissionais de alto nível. Aponta as “cooperativas de prestação de serviços médicos e hospitalares”, no caso a Unimed, como exemplo das primeiras cooperativas de trabalho fundadas no País.

No que tange às cooperativas de trabalho Carneiro (1981, p.174) afirma que a legislação brasileira confunde o cooperativismo de trabalho com o cooperativismo de serviços, o que leva a “uma complicada interpretação na aplicação dos dispositivos fiscais, no qual o retorno ao trabalho [é] taxado como serviço prestado, porque está fora do ato cooperativo, já que este [é] interpretado como relacionamento entre cooperado e cooperativa”. Sendo assim, o autor afirma que a legislação brasileira chega a uma “esdrúxula e quase anedótica resultante de as

⁴⁴Disponível em: <<http://www.ocesp.org.br/jcprtvsmo.htm>> Acesso em: 18 out. 2001

⁴⁵ Por subemprego entendem-se os trabalhadores que ganham menos de um salário mínimo. Naquela época, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD de 1977, quase 36% da mão-de-obra brasileira encontrava-se na categoria de subempregados (PINHO, 1981).

cooperativas de táxi só poderem conduzir seus cooperados, as cooperativas médicas só poderem atender seus cooperados, os médicos etc.”.

É importante ressaltar que, até 1960, ou seja, anteriormente à promulgação da Lei n. 5.764/71 que rege o cooperativismo no País, as cooperativas dos centros urbanos (de consumo, de crédito, escolares, de trabalho etc.), de modo geral, eram mais numerosas e dinâmicas do que as cooperativas das zonas rurais (de produtores agrícolas, de criadores, de mineradores e outras). A partir da década de 60, essa tendência inverteu-se: as primeiras decaíram, ou ficaram estagnadas, e as segundas se fortaleceram, especialmente graças a incentivos governamentais, ou seja, um tratamento discriminatório do Estado com as cooperativas dos centros urbanos, onde se situavam a maioria das cooperativas de trabalho (PINHO, 1981).

Após essa fase, o cooperativismo de trabalho voltou a se expandir no País, na última década do século XX. Em sua grande maioria (72,5%), as cooperativas desse ramo foram criadas a partir de 1992 (OCESP⁴⁶, 2001). *Par e passo* a essa expansão do cooperativismo de trabalho, Ramos e Reis (1997), discutindo os níveis de emprego nas regiões metropolitanas, identificaram que, na década de 90, houve um aumento da taxa de desemprego e uma tendência à precarização do emprego propriamente dito, levando-se em conta os parâmetros que têm sido utilizados para avaliar a questão da qualidade de emprego.

O *emprego de qualidade*, tradicionalmente, é aquele relacionado aos postos de trabalho que estão protegidos pela legislação trabalhista tanto via Consolidação das Leis do Trabalho quanto por meio de um regime estatutário. Ramos e Reis (1997, p.14) consideram que

apesar de ser uma visão estreita e simplista de qualidade do emprego, esta tem sido, na grande maioria das vezes, a praxe na literatura. Alternativamente, a idéia de precariedade do emprego tem sido associada à inserção no mercado de trabalho como empregado sem carteira ou por conta própria.

Portanto, sob a ótica tradicional de análise, a qualidade de emprego no País, nos anos 90, apresentou visível grau de deterioração. Esses autores constataram que houve um aumento na proporção de empregados sem carteira e trabalhadores autônomos, no período de 1991 a 1995.

⁴⁶Disponível em: <<http://www.ocesp.org.br/jcpvtvsmo.htm>> Acesso em: 18 out. 2001.

Face a essas explanações como poderia ser considerado o trabalho médico nas cooperativas Unimed? Ser médico autônomo, associado a uma cooperativa médica, significa ter um trabalho precário? Estas indagações talvez ainda estejam por ser respondidas. Mas o recente ressurgimento e a expansão das cooperativas de trabalho podem impulsionar também o debate teórico sobre o cooperativismo de trabalho médico. No caso, uma questão a ser revista é a concepção tradicional da qualidade do emprego, citada por Ramos e Reis (1997), na medida em que há tantos anos esse tipo de trabalho autônomo do médico existe no Brasil.

Misi (2000), ao estudar as cooperativas de trabalho brasileiras, entende que as mesmas fazem parte de uma polêmica que envolve o mundo do Direito do Trabalho, pois, se, por um lado, o cooperativismo pode ser considerado uma alternativa de fonte de renda para os trabalhadores face ao desemprego, por outro, tem sido utilizado como meio de fraude e desvirtuamento da proteção trabalhista.

Sobre essa questão, o então Ministro do Tribunal Superior do Trabalho⁴⁷, em setembro de 1997, declarou que há casos em que o trabalhador é, de fato, prestador de serviços de uma denominada cooperativa de trabalho, e não um cooperado. Sendo assim, fica caracterizado o desrespeito aos direitos trabalhistas e a utilização fraudulenta da sociedade cooperativista.

Queiroz (1998) entende que as organizações criadas sob esse formato fraudulento de cooperativas de trabalho utilizam o trabalho de pessoas a ela associadas, supostos cooperados, para reduzir os custos com a mão-de-obra. Os resultados não são *sobras* a serem repartidas entre cooperados de acordo com a sua produtividade e, sim, *lucro* para os investidores do capital.

Mas há um certo consenso em torno da idéia de que a criação de sociedades cooperativas tem sido uma alternativa para os trabalhadores face ao desemprego. Alguns autores também constataam que há ainda questões conceituais, legais, fiscais e culturais dentre outras, a serem debatidas, na medida em que essas questões têm dificultado o desenvolvimento do cooperativismo no País (CARNEIRO, 1981; PINHO, 1981; QUEIROZ, 1998; DIAS, 2000; OCESP, 2001).

⁴⁷Disponível em: <<http://www.riviera.com.br/clip4.htm>> Acesso em: 21 out. 2001.

Mesmo assim, esse tipo de sociedade tem se expandido no Brasil conforme mencionado anteriormente. No estado de Minas Gerais, interesse particular do presente estudo, a OCEMG contava com 496 cooperativas associadas, em 1990, e atingiu 905, em 2000, havendo, portanto, um crescimento de 54,81% desse tipo de sociedade, na década de 90. Essas cooperativas estavam divididas em nove ramos, quais sejam: agropecuário, de consumo, educacional, habitacional, de infra-estrutura, mineral, de crédito, de trabalho, de saúde e outras⁴⁸.

No que tange ao cooperativismo de trabalho, Mendes (2000) afirma que no Estado de Minas Gerais, em janeiro de 2000, havia 300 cooperativas de trabalho, legalmente constituídas de acordo com a Lei n. 5.764/71 e, portanto, constitucionalmente protegidas e apoiadas. No entanto, dois anos depois, em dezembro de 2001, havia 208 cooperativas de trabalho vinculadas à entidade, o que significa uma redução de 69,3%, no ramo trabalho, no referido período (OCEMG, 2001).

De acordo com a divisão do cooperativismo em Minas Gerais, as cooperativas médicas estão inseridas no ramo de saúde. Essas cooperativas surgiram em Minas Gerais, na década de 70, e estão atuando no ramo saúde junto a outros três segmentos distintos: o odontológico, o psicológico e o de usuários. De acordo com a OCEMG (2001), o exemplo mais vigoroso dentre esses segmentos é o cooperativismo dos médicos, organizados no sistema Unimed, tratado a seguir.

3.4.3 Cooperativismo médico – a Unimed do Brasil

Na fase de expansão do cooperativismo de trabalho, da década de 60, o cooperativismo médico foi considerado como exemplo mais expressivo. Essa alternativa de se organizar por meio da sociedade cooperativa, encontrada por uma classe profissional de nível superior, aconteceu em um contexto de implementação de novas políticas e diretrizes no âmbito governamental, quando a modalidade de medicina de grupo estava sendo incentivada pelo convênio-empresa com a Previdência Social.

⁴⁸ Disponível em: <<http://www.ocemg.org.br/port/banco/cooperat.html>> Acesso em: 08 dez. 2001.

Viveiros (1999), biografando o médico Edmundo Castilho, fundador da primeira cooperativa médica brasileira, constata que os médicos profissionais liberais, naquela época, sentiam na clínica particular conseqüências da fusão dos IAP's (INPS). Isto significa que, antes da fusão, o paciente de determinado Instituto de Aposentadoria muitas vezes optava por pagar uma consulta particular a um profissional médico, não vinculado a seu instituto, mantendo, assim, um espaço importante para a medicina liberal. Com a fusão dos Institutos, os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho passaram a ter acesso a todos os médicos da Previdência Social (INPS), o que provocou uma redução dos atendimentos particulares e criou um nicho de mercado de saúde para empresas privadas.

Por exemplo, a região da Baixada Santista experimentava, na década de 60, importante desenvolvimento pela concentração de novas empresas do Pólo Petroquímico de Cubatão. Assim, na cidade de Santos, o médico Edmundo Castilho, então Presidente do Sindicato dos Médicos, procurava uma forma para que as empresas instaladas na região pudessem celebrar convênios diretamente com os médicos. No seu entender, o benefício do trabalho médico deveria ser exclusivamente do médico e do paciente, tese também defendida pela Associação Médica Brasileira – AMB – e pelo Conselho Federal de Medicina – CFM. Edmundo Castilho desenvolveu então a idéia de fundar um tipo de organização que pudesse competir com a medicina de grupo mas que fosse

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

Em 1967, foi criada a cooperativa médica União dos Médicos de Santos – Unimed-Santos – por 23 médicos. Segundo seu idealizador, a proposta fazia oposição à medicina de grupo, pois esta prestava atendimento em ambulatórios, utilizando o trabalho de médicos assalariados. A Unimed, com uma proposta diferente, se propunha a oferecer atendimento personalizado, em consultório particular. No entender de Edmundo Castilho, nas empresas de medicina de grupo, a qualidade do atendimento era limitada pelo fator lucro. No discurso de inauguração da Unimed-Santos, as bases da Unimed foram definidas: a) medicina sem fins lucrativos; b) com livre escolha dos médicos (principais condicionantes para que o padrão assistencial fosse alto e a ética respeitada. Segundo conceito da Unimed, nesse tipo de medicina, o doente, a doença e o médico são as preocupações essenciais (VIVEIROS, 1999).

Estas são as idéias básicas que têm orientado a fundação das cooperativas médicas brasileiras, sob a ótica do médico Edmundo Castilho, responsável por conceber, liderar o processo de fundação da primeira cooperativa médica do País e participar de forma ativa da consolidação do sistema União dos Médicos do Brasil – Unimed do Brasil.

O estabelecimento da Unimed no Brasil, enquanto cooperativa de trabalho, não foi considerado fácil. Além do contexto desfavorável, no qual vigorava uma conjuntura política que reprimia liberdades e se impunha pela força (VIVEIROS, 1999), os órgãos públicos confundiam “a implantação da cooperativa de trabalho médico com o funcionamento do seguro-saúde, dificultando o estabelecimento da Unimed” (UNIMED, 1992 a, p.60).

Mas os órgãos oficiais terminaram por reconhecer a Unimed-Santos como uma sociedade cooperativa, e essa foi registrada no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA –, do Ministério da Agricultura, na época responsável pela fiscalização de todas as cooperativas brasileiras, e no Departamento de Assistência ao Cooperativismo – DAC –, da Secretaria de Estado da Agricultura de São Paulo (UNIMED, 1992 a; VIVEIROS, 1999).

No que tange às questões internas, foi após a implantação da cooperativa que surgiram as maiores dificuldades: *a inexperiência cooperativista e administrativa dos médicos* (UNIMED, 1992a; VIVEIROS, 1999). Essas dificuldades, no entanto, não impediram que a idéia pioneira dos médicos de Santos se disseminasse pelo Brasil.

Assim, a partir da experiência da Unimed-Santos, iniciou-se a expansão pelo País da modalidade de assistência médica por cooperativas formadas por médicos. Logo no início desse trajeto, verificaram-se discordâncias importantes entre as lideranças da classe médica que apoiavam as cooperativas (CORDEIRO, 1984; UNIMED, 1992a; UNIMED, 1997; BAHIA, 1999; VIVEIROS, 1999).

De acordo com os autores citados, no início dos anos 70, houve divergências entre dirigentes de entidades médicas, em especial a AMB, e a Unimed. O então presidente da AMB, Pedro Kassab e o fundador da Unimed, Edmundo Castilho, divergiam quanto à concepção das cooperativas médicas. Em entrevista pessoal a BAHIA (1999, p.188), Castilho sintetizou assim essas discordâncias: “o Kassab, como presidente da AMB, durante algum tempo

procurou marcar uma posição contrária ao cooperativismo no Brasil. [...] Ele entendia que o cooperativismo médico deveria ser submetido à AMB, seria tutelado pela AMB”.

Segundo Edmundo Castilho, Kassab divulgou a sua concepção pessoal de cooperativismo médico no País, na qual as cooperativas seriam tuteladas pela AMB, não mencionando a cooperativa Unimed que era uma organização independente. Criou cooperativas como a Medminas, Medpar, MedSan, que se referiam às cooperativas médicas dos estados de Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina, respectivamente, dentre outras (VIVEIROS, 1999).

Kassab fez, na época, o discurso de que o princípio da autonomia e singularidade do cooperativismo é que era o mais importante e, sendo assim, cada cooperativa deveria escolher o nome que quisesse, o logotipo, o estatuto etc.. Edmundo Castilho, porém, defendia que a sistematização e padronização do nome e estatuto das cooperativas era fundamental, sendo essa também uma das razões de confronto entre ambos (BAHIA, 1999).

Cada cooperativa que era fundada constituía-se como uma cooperativa *singular*, ou seja, com independência financeira e administrativa. No entanto, apesar do ideal comum que motivava a criação das mesmas, até 1972, quando foi criada a Unimed do Brasil, não havia uma instância que as congregasse no nível nacional. Essa entidade, além de agilizar o processo de expansão das cooperativas, teve como objetivo unificar a imagem do grupo, o patrimônio industrial e o logotipo (UNIMED, 1992a; UNIMED, 1997; VIVEIROS, 1999). De acordo com Edmundo Castilho, essa medida foi fundamental para o fortalecimento e solidificação da marca Unimed (VIVEIROS, 1999).

Com o passar do tempo, a Unimed conseguiu se posicionar no mercado. Vencidas as dificuldades iniciais, as cooperativas denominadas Meds, tais como, a Medminas, a Medpar e a MedSan, dentre outras, se incorporaram ao sistema. As cooperativas Unimed se disseminaram no Brasil, consolidando o sistema no nível nacional.

As Unimed's foram fundadas sob a égide dos princípios cooperativistas de Rochdale, quais sejam, a gestão democrática, a livre adesão, a distribuição do excedente líquido, a taxa limitada de juros ao capital, a educação dos cooperados e neutralidade política e religiosa. No País, têm sido uma tentativa de reverter o quadro de proletarização dos trabalhadores médicos, como alternativa à empresa clássica, de tipo mercantil. O pressuposto básico é oferecer

melhores condições de trabalho a esses profissionais e afastar a ação do intermediador (UNIMED, 1992 a ; UNIMED, 1997).

No entanto, Cordeiro (1984, p.71) afirma que as cooperativas médicas, concebidas por oposição à medicina de grupo, progressivamente evoluíram para a adoção dos convênios-empresa, “gerindo e repassando recursos de forma semelhante às empresas médicas”. Estas organizações, fundadas com a idéia de fazerem oposição à medicina de grupo, no entender do mesmo autor, passaram a integrar o complexo médico-empresarial brasileiro, disputando clientes no mercado “dentro de uma mesma lógica assistencial e de uma mesma lógica de financiamento, o pré-pagamento, com ou sem a interferência da Previdência Social”.

Trinta e quatro anos após o surgimento da primeira cooperativa médica Unimed, constata-se que essa modalidade de assistência médica suplementar cresceu de maneira expressiva no Brasil compondo, em 2001, o Complexo Empresarial Cooperativo Unimed. Este é constituído por todas as cooperativas de trabalho médico – Unimed’s e diversas empresas criadas com a finalidade de oferecer suporte a elas: as Cooperativas de Crédito – Unicred’s e a Fundação Unimed (Universidade Unimed e Universidade Unimed Virtual), além das empresas Central Nacional Unimed, Unimed Seguradora, Unimed Tecnologia, Unimed/Colômbia, Unimed Administração e Serviços, Transporte Aeromédico, Unimed Participações e Unimed Corretora (UNIMED ⁴⁹, 2001).

A criação da Unimed Seguros, do Sistema Nacional Unimed S. A. e da Unimed Participações S. A., que compõem o Complexo Empresarial Unimed, tem sido alvo de críticas. Essas empresas significariam, em última análise, a aceitação de organismos não cooperativistas, e mesmo de caráter nitidamente capitalista, no seio da estrutura da Unimed (UNIMED, 1992c).

Cada cooperativa de trabalho médico Unimed é autônoma, mas há o intercâmbio de clientes entre as diversas que compõem o sistema. Cada uma é *singular* e, sendo assim, as Unimed’s não são filiais de uma grande empresa mas, sim, *afiliadas* a um sistema nacional, o Sistema Unimed (UNIMED, 1992b; UNIMED, 1997).

⁴⁹ Para conhecer detalhes sobre cada uma dessas empresas, visitar *site* na internet. Disponível em: <<http://www.unimed.com.br/>> Acesso em: 23 jul. 2001.

Unimed é a marca do sistema. Esta marca tem se mostrado como um importante diferencial de mercado para as cooperativas médicas, pois Unimed é o plano de saúde mais lembrado pelos brasileiros. A pesquisa *Top of Mind*, realizada anualmente pelo Instituto Datafolha, do Jornal Folha de São Paulo, e que tem por objetivo revelar as marcas mais lembradas pelos consumidores, em diversos segmentos do mercado no País, mostra que, em se tratando de planos de saúde, a Unimed foi o *Top of Mind*, em 2001, pela oitava vez consecutiva (UNIMED, 2001).

As cooperativas médicas brasileiras estão sendo fundadas, até o presente momento, com base na Lei n. 5.764/71, lei que rege o cooperativismo no Brasil. Assim, de acordo com o Art. 6º da referida Lei, são organizadas em cooperativas singulares (constituídas pelo número mínimo de 20 pessoas físicas); cooperativas centrais ou federações de cooperativas (constituídas de, no mínimo três cooperativas singulares, podendo excepcionalmente, admitir associados individuais) e confederações de cooperativas (constituídas de, pelo menos, três federações de cooperativas ou cooperativas centrais, da mesma ou de diferentes modalidades).

A ação das cooperativas médicas é, portanto, regulamentada, no que tange à figura jurídica da cooperativa, pela legislação brasileira do cooperativismo. No que se refere à normatização da assistência e à fiscalização das ações desenvolvidas pelas cooperativas médicas, essa regulamentação por parte do Estado aconteceu efetivamente, em 1998, no contexto da reforma da saúde dos anos 90, que é tratada no capítulo 4.

Havia, no Brasil, em setembro de 2001, 364 cooperativas médicas Unimed. Estas ofereciam assistência médica a 11 milhões de usuários, utilizando rede de recursos próprios e serviços credenciados. A Unimed está presente em quase 80% do território brasileiro (UNIMED, 2001). Considerando-se que, em 1988, existiam no Brasil 130 cooperativas médicas (ANDREAZZI, 1991), constata-se que essa modalidade de assistência cresceu 280% na última década, seguindo a tendência do segmento de assistência médica suplementar como um todo.

A expansão das cooperativas médicas no Brasil apresenta uma particularidade. Apesar de haver uma concentração inicial na região sudeste, conforme já mencionado, a Unimed vem se destacando por sua atuação nas cidades do interior (ANDREAZZI, 1991). Uma das razões para as Unimed's se estabelecerem nessas cidades é o fato de que a base assistencial dessa modalidade de assistência suplementar é o consultório dos médicos cooperados. Assim, há

maior flexibilidade para credenciar hospitais e clínicas particulares em cidades de menor porte (BAHIA, 1999).

A Federação das Unimed's de Minas Gerais foi fundada em 19 de março de 1977, sendo uma das primeiras do Sistema Unimed do Brasil a ser criada. Na época de sua fundação contava com oito cooperativas, que atuavam de forma isolada. Mas, somente em 1986, a entidade se estruturou e assumiu uma ação mais efetiva no processo de disseminação do cooperativismo médico no estado (UNIMED, 1992 a).

Nessa época, o estatuto da Federação foi revisto criando-se o Conselho de Administração (composto pelos presidentes de cada Unimed do estado) e a Diretoria Executiva. Estas medidas permitiram o ajuste da estrutura da entidade ao modelo do sistema Unimed e significaram um importante passo para o fortalecimento do cooperativismo médico Unimed em Minas Gerais (UNIMED, 1992 a).

No Estado de Minas Gerais, em dezembro de 2001, o Sistema Unimed congregava 62 cooperativas singulares e 13 mil médicos cooperados. Oferecia assistência médica a mais de 1.600.00 usuários. Além das Unimed's singulares, o sistema mineiro apresentava também cinco cooperativas intrafederativas, que funcionavam como federações regionais. A finalidade da Federação é orientar as singulares, promover a integração e o intercâmbio entre as mesmas e criar e aprimorar novas lideranças do cooperativismo médico no Estado de Minas Gerais (UNIMED, 1999 a; UNIMED-MG⁵⁰, 2001).

Minas Gerais tem 17. 866.402⁵¹ habitantes e 24.456 médicos ativos no Conselho Regional de Medicina, o que significa a relação de um médico para cada 731 habitantes. A taxa de crescimento anual da população é de 1,41%. Há doze faculdades de medicina no estado, que oferecem 1.185 vagas/ano, implicando uma taxa de crescimento anual da ordem de 4,85%. A Organização Mundial de Saúde – OMS – preconiza um médico para cada mil habitantes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA⁵², 2001).

⁵⁰ Disponível em: <<http://www.unimedmg.org.br>> Acesso em: 15 set. 2001 e 06 dez. 2001.

⁵¹ Conforme censo 2000, disponível em:

<<http://www.ibge.net/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelagrandesregioes231.shtm>>. Acesso em: 22 out. 2001.

⁵² Disponível em: <<http://cfm.org.br>> Acesso em: 06 dez. 2001.

De acordo com esses dados, há um aumento anual significativo da oferta de médicos no mercado, o que tem incentivado o debate sobre o tema, e preocupado as entidades representativas da classe tanto no que tange à qualificação que as faculdades oferecem quanto às perspectivas dos médicos recém-formados no mercado de trabalho (NÃO..., 2000; AMMG, 2000; INTERIORIZAÇÃO..., 2000; DIAS, 2001).

No entender de Bittar (1999), essa forma de cálculo de médicos por mil habitantes necessita de uma revisão, em decorrência de fatores tais como a criação de inúmeras especialidades médicas, a subespecialização, a formação do médico, o currículo escolar, o desenvolvimento tecnológico e a entrada de outras categorias profissionais agindo em áreas onde anteriormente o médico atuava sozinho.

As cooperativas de médicos têm sido uma alternativa de trabalho para essa classe profissional. Sendo assim, a taxa anual de crescimento do número de médicos que entram no mercado de trabalho é uma variável importante que o planejamento nessa modalidade de assistência necessitará considerar. Se a oferta de médicos no mercado cresce de forma desproporcional à demanda, pode-se supor que haverá um aumento do interesse dos mesmos por associação às cooperativas de trabalho médico.

Há particularidades que distinguem as cooperativas médicas de outras empresas como as seguradoras e as medicinas de grupo que compõem o segmento de assistência médica suplementar no Brasil. Ou seja, apesar de o referido segmento ser composto por organizações privadas, estas diferem entre si em vários aspectos.

Conforme mencionado anteriormente, no que tange à sociedade cooperativa, o fator trabalho é o principal, a cooperativa é uma sociedade de pessoas, a propriedade é social (pertence ao conjunto dos trabalhadores associados), o controle é democrático (uma pessoa é igual a um voto), a gestão é democrática (exercida pelos próprios sócios – *de baixo para cima*), o retorno acontece em função do trabalho realizado, e o homem é considerado como sujeito ativo, livre, igualitário e solidário.

Entretanto, em que pesem essas diferenças, a atuação das empresas de medicina de grupo, dos planos próprios de empresas e das cooperativas médicas, enquanto modalidade de assistência médica, não era regulamentada pelo Estado, até a década de 90. A reforma da saúde no Brasil,

na década de 80, não interferiu na atuação do referido segmento no que tange à definição de regras para seu funcionamento. Somente na década de 90, o tema *planos e seguros privados de saúde* passou a fazer parte da agenda governamental e a ocupar lugar de destaque tanto nas discussões teóricas quanto políticas.

O capítulo seguinte tratará da regulamentação estatal do segmento de assistência médica suplementar, particularmente no período de 1998 a 2001, e da gestão das organizações inseridas em ambientes de mudanças. As empresas que compõem esse segmento de saúde estavam, na época, divididas em quatro modalidades, quais sejam as cooperativas médicas, os planos próprios de empresas, a medicina de grupo e as seguradoras. Apesar de serem organizações privadas, estas organizações apresentam algumas particularidades que as distinguem. A regulamentação estatal, no entanto, envolveu, sem distinção, todas as empresas do segmento suplementar. Esta política pública foi formulada e implementada no contexto de uma reforma denominada regulatória que está acontecendo no Brasil, desde o início dos anos 90.

4 REGULAMENTAÇÃO ESTATAL DO SEGMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO BRASIL (jul./1998 – nov./2001)

4.1 Antecedentes

Os capítulos anteriores discorreram sobre duas macro variáveis que compõem o contexto no qual acontece a regulamentação estatal do segmento de assistência médica suplementar no Brasil. Examinou-se a Reforma do Estado que se destaca na agenda de governo orientando políticas e diretrizes, especialmente, a partir do final da década de 80, e analisou-se particularmente o segmento de assistência médica suplementar que integra o sistema de saúde no País, sistema este que passou por uma reforma substantiva nos anos 90.

Em que pese o segmento de assistência médica suplementar compor o sistema de saúde no Brasil, a reforma da saúde, da década de 80, não contemplou o sistema de saúde como um todo. Isso pode ser observado tanto no nível constitucional quanto na legislação específica da saúde, como é o caso das Leis n. 8.080 e n. 8.142 (ambas de 1990). Nelas, refere-se ao sistema privado como *complementar*, sem abordagem mais substancial do mesmo.

O segmento suplementar não é somente uma parte do sistema de saúde no Brasil. Conforme atestam vários autores (CORDEIRO, 1984; MÉDICI, 1991a; PEREIRA FILHO, 1994; VIANNA, 1995; BAHIA, 1999 e BAHIA e ELIAS, 2001 dentre outros), no que tange à assistência médica no País, o suplementar e o público são historicamente intimamente relacionados, compondo o que se chama *mix* público-privado da saúde no Brasil.

Pode-se dizer que a base da Reforma Sanitária dos anos 80 está na promulgação da Constituição de 1988, norteadas, especialmente, por decisões tomadas na VII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (PEREIRA FILHO, 1994). Na Constituição do Brasil, de 1988, a saúde foi definida como um dos direitos sociais. Assim,

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998, p.9).

É importante ressaltar que o *consenso* sobre a universalização da atenção à saúde, vitorioso nessa Reforma, aumentou as responsabilidades financeiras do Estado, no entanto, sem definir

outras fontes e formas de financiamento, o que acabou por comprometer a situação da assistência pública do País, favorecendo a expansão do segmento de assistência médica suplementar (ANDREAZZI, 1991; MÉDICI, 1991a; PEREIRA FILHO, 1994; VIANNA, 1995; ALMEIDA, 1998; BAHIA, 1999).

Há um significativo consenso entre os autores mencionados sobre o fato de que a *universalização*, sem a contrapartida do financiamento, contribuiu para que a assistência médica prestada pelo setor público se transformasse em um serviço com deficiências, voltado particularmente para a classe econômica menos favorecida. Nesse contexto, vem crescendo o segmento de assistência médica suplementar, com a adesão de pessoas com poder aquisitivo capaz de financiar os serviços prestados pelo mesmo.

No entanto, as modalidades empresariais existentes não recebiam tratamento homogêneo e integrador por parte do Estado. A modalidade do seguro-saúde, enquanto atividade relacionada ao ramo de seguros, teve suas atividades normatizadas e fiscalizadas pela SUSEP, do Ministério da Fazenda. As modalidades de medicina de grupo, planos próprios das empresas e as cooperativas médicas tiveram sua trajetória no País caracterizada por um regime de auto-regulamentação, estruturado basicamente por meio das entidades representativas específicas de cada modalidade.

A expansão do segmento de assistência médica suplementar aconteceu em um momento em que o Brasil estava no início do processo de redemocratização. Dessa forma, a promulgação da Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990, que criou o Código de Defesa do Consumidor, veio favorecer para que os consumidores tivessem como manifestar insatisfações com as empresas que operavam com planos e seguros de saúde privados no País.

Segundo Bahia (1999), as principais insatisfações dos clientes se referiam a aumento de preços, ressarcimento de despesas com beneficiários de planos de saúde atendidos no SUS e aspectos relacionados à restrição de cobertura (carências, utilização de procedimentos e terapias, escolha de prestadores de serviços, tempo de permanência nos hospitais e Unidades de Terapia Intensiva – UTI's –, e exclusão de idosos).

No entanto, foi especialmente a SUSEP⁵³ que impulsionou a entrada do tema da regulamentação na agenda governamental, reivindicando para si a responsabilidade de regular as atividades do segmento de assistência médica suplementar. A razão dessa preocupação se referia basicamente aos aspectos econômicos relacionados com o aumento dos valores dos planos de saúde e com a evasão fiscal decorrente da natureza jurídica de muitas empresas, fatores esses que implicam a redução na arrecadação de impostos (BAHIA, 1999).

Nos primeiros anos da década de 90, houve importante movimentação das entidades médicas, associações de portadores de patologias e órgãos de defesa do consumidor reivindicando a regulamentação para garantir a cobertura assistencial ampla por parte dos planos e seguros de saúde. Também o interesse explícito de seguradoras estrangeiras que estavam entrando no mercado e as manifestações do governo a favor da regulamentação favoreceram para que o tema passasse a compor a agenda do Legislativo. Em 1993, o então Senador Iran Saraiva apresentou um projeto de lei vedando a negação de cobertura para determinadas doenças. Iniciou-se, assim, o processo parlamentar de regulamentação do setor (BAHIA, 1999).

De acordo com a mesma autora, a partir de 1995, a SUSEP tornou-se porta-voz de grupos de interesse, no âmbito do governo, para tentar realizar importante mudança nas coberturas de risco do trabalho assalariado: a participação do capital internacional na comercialização de planos e seguros de previdência complementar, acidente de trabalho e saúde. Após a derrota da proposta integrada de reforma da previdência, o debate sobre a regulamentação se voltou para dois temas: a competitividade entre as modalidades empresariais da assistência médica suplementar e a ampliação da cobertura.

Em 1995 e 1996, os temas abertura do mercado de assistência à saúde ao capital internacional e ressarcimento ao SUS foram objeto de uma série de projetos parlamentares. Nesse período, foi criado um grupo interministerial (Fazenda, Justiça e Saúde), que apresentou, em 1997, uma proposta acrescentando dois temas na polêmica negociação entre o Estado e as empresas que comercializavam planos e seguros-saúde: o fundo para ressarcimento ao SUS e a obrigatoriedade de aplicação de verbas publicitárias em campanhas de prevenção (ABRASCO, 1997).

⁵³A SUSEP foi responsável por normatizar o seguro-saúde desde quando as seguradoras iniciaram sua comercialização em 1989 (ANDREAZZI, 1991).

Alguns acontecimentos aceleraram o processo de regulamentação: a) A sanção de uma lei, pelo então Governador Mário Covas, ampliando, no Estado de São Paulo, a cobertura para todas as enfermidades relacionadas no Código Internacional de Doenças (ABRASCO, 1997); b) o aval de órgãos governamentais no contrato de gestão celebrado entre a *Golden Cross* e o Grupo *Excel*, em associação com a *Cigna*, seguradora americana (BAHIA, 1999).

Em agosto de 1997, o deputado Marcus Vinícius de Campos (PFL) apresentou um projeto de regulamentação proposto pelas Unimed's. Nesse foi sugerida a criação de uma Agência Nacional de Saúde Suplementar, vinculada ao Ministério da Saúde, retirando, assim, as atribuições de normatização da SUSEP. O debate se acalorou e, sob pressão do Executivo, o relatório do Deputado Pinheiro Landim (PMDB) foi apresentado à Câmara dos Deputados (BAHIA, 1999). Até essa época, 24 novos projetos e 131 emendas haviam sido apresentados. Dessas emendas, somente 13 foram aceitas e incorporadas ao Projeto de Lei n. 4.425/94, apresentado pelo referido deputado. Em 14/10/1997, a Câmara aprovou o projeto de lei que regulamentava o segmento de assistência médica suplementar no Brasil⁵⁴.

A sociedade brasileira passou a ser informada pela imprensa sobre a regulamentação dos planos e seguros privados de saúde. A Revista *Veja*⁵⁵ veiculava que “o projeto, em alguns pontos, é tão complexo, que mesmo os especialistas têm interpretações divergentes”. Pode-se dizer que o setor saúde no Brasil está passando por sua maior mudança desde a criação do Sistema Único de Saúde, em 1988 (BRASIL e CRUZ, 1997).

4.2 Reforma da saúde no Brasil, nos anos 90 – A Lei n. 9.656/98

A aprovação do projeto de lei que regulamentava a assistência médica suplementar tornou mais visível, com a divulgação, por meio dos veículos de comunicação de massa, das contradições que permeavam as discussões sobre essa regulamentação. Na época, esse fator possibilitou que os interesses das diferentes modalidades de empresas que atuavam no segmento transparecessem. Observou-se que

estavam contra o projeto aprovado pela Câmara as Unimed's, as entidades de defesa do consumidor e as entidades médicas e, a favor, as medicinas de grupo, as empresas com planos próprios e as seguradoras. A defesa baseou seus argumentos, principalmente, na necessidade de

⁵⁴ Dados disponíveis em: <<http://www.planosdesaude.org.br/planosdesaude.htm>> Acesso em: 26 nov. 2000.

⁵⁵ Disponível em: <http://www2.uol.com.br/veja/221097/p_102.htm> Acesso em: 21 abr. 2000.

uma regulamentação imediata, e seus opositores nas restrições de cobertura e no questionamento da SUSEP como órgão regulamentador das atividades de saúde (BAHIA, 1999, p.251).

Em linhas gerais, essa foi a posição assumida pelas modalidades empresariais face ao projeto de lei aprovado. No caso das Unimed's, interesse particular do presente estudo, Edmundo Castilho, na 38ª Reunião Extraordinária da Comissão de Assuntos Sociais, em 06/11/97, afirmou que “a conclusão que veio da Câmara é contra o consumidor, o médico, o hospital e a favor das seguradoras e dos bancos” (BAHIA, 1999, p.252). Segundo a mesma autora, no caso dos representantes dos consumidores, as críticas se relacionavam mais à questão das coberturas. Sobre a delegação das atribuições de regulamentação à área econômica, as Unimed's, as empresas com planos próprios, entidades de defesa do consumidor e entidades representativas da classe médica manifestaram-se contra e a favor da indicação do Ministério da Saúde.

Com a nomeação do economista José Serra para esse Ministério, em março de 1998, a área de saúde passou a coordenar o processo. O Ministro firmou um acordo no Senado para aprovar o projeto. Esse acordo pontuava: a) ampliação de coberturas; b) compromisso de rever a exclusão de transplantes; c) nova redação para aumento de preços dos planos de pessoas acima de 60 anos; d) compromisso de revisão dos termos para cobertura de doenças e lesões preexistentes; e) definição do Ministério da Saúde como responsável pela regulamentação dos aspectos assistenciais e da SUSEP pelos econômico-financeiros. Solicitou o apoio dos senadores para aprovar a entrada do capital internacional no mercado, os valores para o ressarcimento ao SUS e a definição de prazos de permanência no plano de cobertura para aposentados e desempregados (BAHIA, 1999).

Assim, em maio de 1998, o Senado aprovou o projeto de lei da Câmara dos Deputados. Em 03 de junho de 1998, o Presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou a Lei n. 9.656/98 regulamentando o segmento de assistência médica suplementar, Lei essa que passou a vigorar a partir de 01 de janeiro de 1999.

O Art. 1º da referida Lei prevê que pessoas físicas ou jurídicas do exterior podem participar tanto do capital quanto da constituição de pessoas jurídicas de direito privado, para operar planos e seguros de assistência privada à saúde no Brasil. Essa pode ser considerada uma das importantes mudanças para o segmento suplementar de saúde, pois implicou a concorrência

com empresas de países desenvolvidos que, em tese, têm experiência com mercados regulados e competitivos.

Dentre outras, as principais regras que a Lei n. 9.656/98 definiu foram: a) as operadoras não podem mais deixar de tratar doenças preexistentes ou congênitas; b) AIDS e câncer têm cobertura obrigatória; c) ficam estabelecidas sete faixas etárias (0 a 17 anos, 18 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos e mais de 70 anos); d) quanto a deficientes físicos, a lei assegura que ninguém pode ser impedido de participar de um plano ou seguro de saúde; e) prevê-se o atendimento a transtornos mentais; f) os planos hospitalares e de referência cobrem transplantes de rim e córnea; g) não há mais limite no número de diárias hospitalares e UTI; h) a operadora deve comunicar ao consumidor e ao MS 30 dias antes de substituir um prestador de serviço hospitalar de sua rede credenciada ou referenciada.

Nota-se que são mudanças expressivas que implicam, conforme explicita a lei, a contrapartida por parte do consumidor. Ou seja, todos os contratos celebrados até 31 de dezembro de 1998 deveriam ser adaptados obrigatoriamente para as novas regras na data da renovação do mesmo ou até 01 de dezembro de 1999, data em que somente os planos regulamentados – aqueles que contemplavam as novas regras previstas na lei – poderiam ser comercializados pelas empresas. Ao contratar um plano de saúde regulamentado ou ao fazer a adaptação de um plano adquirido anteriormente, o cliente deveria preencher um formulário de declaração de saúde, elaborado pela operadora, e sob orientação de um médico, com o objetivo de identificar lesões preexistentes.

No Art. 10, a lei instituiu o plano ou seguro-referência de assistência à saúde no qual as empresas devem oferecer ao consumidor cobertura médico-hospitalar-odontológica, com internação em enfermaria ou UTI. Este plano tem a finalidade de servir, como o próprio nome diz, de referência para o consumidor. No entanto, é importante ressaltar que o mesmo, conforme foi concebido, permite a exclusão de uma série de procedimentos.

Na forma da lei, estavam excluídos do plano ou seguro-referência os seguintes procedimentos: tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; fornecimento de

medicamentos para tratamento domiciliar; fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária; tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente. Ressalta-se que o § 1º previu que tais exceções poderiam ser revistas e atualizadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados, permanentemente, mediante análise técnico-atuarial.

A implementação dessa legislação tem sido um processo caracterizado por intensa movimentação dos atores sociais, resultado de conflitos de interesses no setor. Isso pode ser observado, especialmente, pela forma como o processo tem acontecido. No dia seguinte à promulgação da Lei n. 9.656/98 foi editada a primeira de uma série de 44 MP's, em um período de 36 meses. Essas MP's alteraram ou complementaram dispositivos da lei. A última MP editada, antes da finalização do presente estudo, foi a de n. 44, em agosto de 2001 (ANS⁵⁶, 2001).

Essa regulamentação se insere no contexto de Reforma do Estado no Brasil, sendo tida por alguns autores como reforma setorial típica dos anos 90. Considera-se que a mesma segue tendências mundiais (MENDES, 1998; ALMEIDA, 1998, 1999; COSTA et al., 2000; RIBEIRO et al., 2000).

No entender desses autores, há um movimento no nível mundial no sentido de reestruturar o setor de saúde. Os países industrializados, nos quais o verdadeiro Estado de Bem-estar foi implantado, passaram a introduzir novas formas de gestão na saúde procurando integrar o público e o privado, visando, em última instância, a contenção de custos. Os dois eixos centrais que têm orientado as propostas de reforma no âmbito da assistência médica são:

a contenção de custos, traduzida na busca de maior eficiência; e a reestruturação do *mix* público-privado, a partir da descentralização de atividades e responsabilidades (operacionais e de financiamento), tanto para os níveis subnacionais de governo quanto para o setor privado, e do aumento de participação do usuário no custeio dos serviços que utiliza (sejam públicos ou privados) (ALMEIDA, 1999, p.268).

⁵⁶ Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 18 dez. 2001.

Algumas práticas vêm sendo preconizadas como estratégias para a mudança proposta. Dentre estas, citam-se a introdução de medidas racionalizadoras da assistência médica com foco na diminuição de gastos hospitalares, passando por atenção ambulatorial, *home-care* (atendimento domiciliar), investimento na atenção primária e prevenção (MENDES, 1998; ALMEIDA, 1999). Nessa prática, identifica-se que a experiência canadense diferencia-se das demais, pois vai além do aspecto racionalizador. Propõe uma mudança de paradigma – o investimento em ações de promoção da saúde (MENDES, 1998).

Outra estratégia de gestão da atenção à saúde adotada tem sido o *managed care* (atenção gerenciada), que, segundo Mendes (1998), se consolidou na década de 90, com os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde. A atenção gerenciada pode ser definida como

estratégias sistemáticas e organizadas para prestação de serviços de saúde que utilizem: pagamento por capitação⁵⁷ contra a prestação de um pacote de serviços; técnicas racionais e baseadas em informações para melhorar os produtos e os resultados do sistema; sistemas de avaliação do desempenho dos prestadores de serviços; princípios e práticas de melhoria contínua da qualidade; instrumentos para controle de custos; atenção primária resolutiva; e métodos de promoção da saúde e prevenção das doenças (MENDES, 1998, p.61).

No caso do Brasil, Mendes (1998) e Ribeiro et al. (2000) identificaram que o sistema público SUS utiliza estratégias do *managed care*. Um exemplo é o Programa de Saúde da Família – PSF –, utilizado como porta de entrada no sistema, e que visa ampliar a capacidade resolutiva das unidades ambulatoriais do SUS, tornando-as mais eficientes e humanizadas, conforme entendimento dos mesmos autores.

As empresas operadoras do segmento suplementar, face à ação de órgãos governamentais (como o Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE – federal e as Coordenadorias de Proteção e Defesa do Consumidor – PROCONS – estaduais e municipais) e à competição no mercado, também têm utilizado o *managed care*. Tal medida tem sido justificada pela necessidade de controlar custos e pela impossibilidade de repasse dos mesmos para os clientes (RIBEIRO et al., 2000).

⁵⁷O pagamento por capitação é “aquele em que o repasse dos recursos é definido pelo número de pacientes vinculados a um prestador que deve ser multiplicado por um valor *per capita* que inclui os serviços a serem prestados a cada indivíduo” (MENDES, 1998, p.69).

A regulamentação estatal da assistência médica suplementar no Brasil tem se espelhado em referenciais internacionais, como do Banco Mundial (RELATÓRIO..., 1997), particularmente no que tange à utilização do modelo de agência reguladora. A Lei n. 9.656/98, em seu texto original, previu que a regulamentação aconteceria por meio do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP – (Art. 4º), SUSEP (Art. 5º) e Câmara de Saúde Suplementar – CSS – (Art. 6º), esta última instância criada pela própria lei. No entanto, em 26/11/99, foi editada a MP n. 1.928/99, criando a ANS. Esta MP foi reeditada em 30/12/99 e, em 28/01/00, foi promulgada a Lei n. 9.961/00 que consolidou a criação da agência.

4.3 Agência Nacional de Saúde Suplementar

Conforme se pôde observar, as decisões sobre o conteúdo e a forma da regulamentação estatal do segmento de assistência médica suplementar foram resultado de negociações e acordos entre os representantes de diversos interesses envolvidos. Um dos aspectos polêmicos dessa regulamentação se refere à definição do órgão responsável pela mesma, ou seja, se o Ministério da Fazenda ou o Ministério da Saúde.

A Lei n. 9.656/98 definiu o Ministério da Fazenda (SUSEP/CNSP) como órgão governamental responsável. Criou também a Câmara de Saúde Suplementar que é uma instância colegiada. Esta forma colegiada denota a opção pelo modelo regulatório do tripartismo. Esse modelo “manifesta-se nos organismos colegiados com funções regulatórias que incorporam representantes de empresas, profissionais de saúde e usuários” (RIBEIRO et al., 2000, p.74).

Pode-se verificar que a Lei n. 9.656/98 não previu a criação da agência reguladora ANS, tendo esta sido criada por meio da edição de MP, conforme examinado na sessão anterior. De acordo com Ribeiro et al. (2000), a opção de regulação por meio de agências independentes segue, no entanto, tendências internacionais. Estas tendências têm norteadas a experiência brasileira com a regulação de mercados, como foi o caso da criação da ANEEL, ANATEL e ANVISA.

A adoção de políticas públicas regulatórias e do modelo de agências reguladoras está associada aos processos de privatização dos monopólios estatais brasileiros da década de 90. A característica central dessa reforma regulatória é a delegação de expressivo poder decisório

a agências independentes para o controle das empresas que prestam serviços que são considerados de utilidade pública (RIGOLON, 1997; MAJONE, 1999; COSTA et al., 2000).

No presente estudo, entende-se a regulação como um

conjunto diversificado de instrumentos por meio dos quais os governos definem regras de conduta das empresas e dos cidadãos. As atividades regulatórias incluem leis, portarias, regulamentos formais e regras informais emanadas de todas as instâncias de governo e decisões tomadas por organismos não-governamentais ou de auto-regulação para os quais o governo delega *status* regulatório (COSTA et al., 2000, p.194).

A ANS foi criada na forma de autarquia especial como as demais agências reguladoras. Tem como objetivo regular o segmento de assistência médica suplementar, nos termos da Lei n. 9656/98, e propor políticas e diretrizes ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU. Conta com diretoria colegiada, procuradoria, corregedoria, ouvidoria, Câmara de Saúde Suplementar. A nomeação da Diretoria é pelo Presidente da República. Quanto ao grau de insulamento, é proibido vínculo a agentes representativos do setor; o mandato é de três anos, admitido-se uma única recondução. As receitas da ANS são advindas do orçamento geral da União, da taxa de saúde suplementar, multas etc. A agência mantém contrato de gestão com o Ministério da Saúde e o descumprimento do mesmo implica a exoneração do Diretor-Presidente (ANS, 2000).

Costa et al. (2000) consideram que o contrato de gestão da ANS tem efeitos sobre a atuação da diretoria colegiada, na medida em que apresenta a cláusula de exoneração. Dessa forma, ao contrário das outras agências dos setores de infra-estrutura, é possível que exista maior interação com o Ministério da Saúde, instância supervisora. Este fator compromete a independência da ANS?

As tendências mundiais preconizam agências reguladoras independentes e especializadas, havendo “dois quesitos para uma regulação eficiente: a) a independência da agência reguladora; e b) os instrumentos adotados para incentivar a eficiência produtiva e alocativa” (RIGOLON, 1997, p.130).

No QUADRO 2, encontra-se um resumo de objetivos e instrumentos utilizados na regulação. Cabe ressaltar que a importância atribuída aos objetivos depende do mercado que está sendo

regulado e pode variar com o tempo. Como exemplo, Rigolon (1997) cita o caso da combinação *redução de custos e aumento de demanda* que pode transformar um monopólio natural⁵⁸ em um mercado competitivo.

QUADRO 2
Objetivos e instrumentos da regulação

Objetivos	Instrumentos
Bem-estar do consumidor	
Eficiência produtiva e alocativa	Tarifas
Universalização dos serviços	Quantidades
Qualidade dos serviços	Entrada e saída
Interconexão	Padrões de desempenho
Segurança	
Proteção ambiental	

FONTE: RIGOLON, 1997, p.130.

Considerando-se que o Brasil não tem tradição e experiência em regulação do mercado de planos e seguros privados de saúde, a observância dos dois quesitos apontados é fundamental, caso seja objetivo da ANS a condução de uma regulação eficiente. Segundo Rigolon (1997, p.135) “uma regulação eficiente aumenta a credibilidade da reforma [...] e, conseqüentemente, a probabilidade de entrada do capital privado no setor”. No caso dessa reforma da saúde no Brasil, a particularidade é a abertura do mercado para o capital privado internacional, até então não permitida.

Abranches (1999b) identifica efeitos da regulação sobre as transações privadas que merecem destaque. Entendendo-se que regulação é controle e que esse controle acontece sobre relações transacionais, o autor considera que não há possibilidade de efeitos unilaterais. Sendo assim, quando o governo define padrões para um determinado produto, está forçando o consumidor a aceitar esse produto. Isso significa que, ao se restringir o que é vendido, restringe-se também o que é comprado. Dessa forma, regras para o mercado afetam tanto a oferta quanto a demanda. Para que o Estado intervenha

a ação regulatória deve estar cercada de cuidados, de regras de procedimento, que garantam a justiça (*fairness*) e a legitimidade das decisões, assim como o respeito a todas as partes envolvidas no processo e evitem privilegiar agentes ou firmas específicas (ABRANCHES, 1999b, p.24).

⁵⁸ Monopólio natural é o “mercado em que apenas um vendedor pode mais eficientemente produzir um bem; o processo produtivo envolve grandes custos fixos e custos variáveis relativamente pequenos; ele surge onde a demanda de mercado é pequena em relação às economias de escala” (RIGOLON, 1997, P.130).

A criação da ANS e sua atuação são muito recentes. No entanto, as organizações que operam no setor estão notadamente inseridas em um ambiente nacional de profundas transformações. Entende-se que a regulamentação estatal possa provocar significativas mudanças nesse cenário interno, dentre as quais ressalta-se a nova relação das empresas com o Estado, com a sociedade (usuários e potenciais usuários) e entre as próprias empresas do setor, em função da perspectiva de aumento da competitividade. É um novo contexto para o segmento de assistência médica suplementar.

4.4 Um novo contexto para o segmento de assistência médica suplementar

A partir da criação da ANS, as relações das modalidades empresariais do segmento de assistência médica suplementar com o Estado foram reordenadas. De acordo com a Lei n. 9.961/00, a agência passou a ser a responsável legal pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades do segmento suplementar de saúde. Sua finalidade institucional é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com os prestadores e consumidores. O Regulamento Interno da ANS foi publicado em 05 de janeiro de 2000 e, assim, ficou a agência investida no exercício de suas atribuições. A partir de então, um novo contexto se configurou para o segmento de assistência médica suplementar no País.

As empresas que operam nesse segmento e que, até 1998, não estavam sujeitas a regras claras passaram a partir de então por um intenso processo de regulamentação estatal. Após a promulgação da Lei n. 9.656/98, o Presidente da República editou 44 MP's complementando ou mesmo alterando dispositivos da Lei.

A ANS publicou, no período de 07 de janeiro de 2000 a 17 de dezembro de 2001, 93 Resoluções dispendo sobre o setor. O Conselho de Saúde Suplementar o CONSU expediu 24 Resoluções. As 14 primeiras foram editadas em 03/11/1998, dois meses antes de a legislação entrar em vigor. Elas tratam desde o regimento interno do CONSU até a definição de doenças e lesões preexistentes, fiscalização, prazos, características dos segmentos, faixas etárias, ressarcimento ao SUS etc., além de um detalhado rol de procedimentos hospitalares, ambulatoriais e odontológicos para cada tipo de segmentação dos planos (ANS⁵⁹, 2001).

⁵⁹ Disponível em: <<http://ans.gov.br>>. Acesso em: 16 dez. 2001.

A ANS tem divulgado também o posicionamento do mercado, por meio do registro provisório das operadoras. Em dezembro de 2000, havia um total de 2.738⁶⁰ operadoras registradas na agência. O estado de São Paulo ocupava o primeiro lugar em número de operadoras registradas com 965 (35,24%); Minas Gerais estava em segundo lugar com 343 (12,53%); e o Rio de Janeiro, em terceiro com 339 (12,38%). Estes três estados agregavam, no final do primeiro ano de atuação da ANS, 60,19% das empresas do segmento de assistência médica suplementar.

Nos nove meses seguintes, não se observou alteração significativa nesses valores. Em set./2001, havia 2.739⁶¹ operadoras registradas, podendo-se afirmar que, em números absolutos, o mercado não apresentou mudanças. Nessa mesma data, 960 dessas empresas (35,05%) estavam situadas em São Paulo; em Minas Gerais havia 341 (12,45%); e no Rio de Janeiro, 336 (12,27%). Os três estados representavam 59,77% do mercado de assistência médica suplementar, com uma diferença de 0,42% com relação ao ano anterior.

No que tange a modelos assistenciais, a ANS os define como formas específicas de organização e de articulação entre os recursos físicos, tecnológicos e humanos para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. São utilizadas duas formas de modelos assistenciais: tecnológico e humanista (BARROCA, 2001).

O modelo assistencial tecnológico tem como características: centralizar sua ação em práticas curativas, realizar a fragmentação da linha de cuidado, apresentar baixa responsabilidade do gestor do cuidado, ter alto custo, trabalho médico isolado mediado por equipamentos e uma lógica baseada na demanda e oferta. Por sua vez, o modelo assistencial humanista apresenta as seguintes características: o usuário está no centro de suas ações, incorporando práticas de prevenção e promoção; tem uma linha de cuidado contínua com alta responsabilidade do gestor do cuidado, um custo adequado ao cuidado à saúde; o trabalho é desenvolvido por uma equipe de saúde que busca a resolubilidade da atenção, sendo a lógica desse modelo baseada na necessidade do usuário (BARROCA, 2001).

Barroca (2001) atesta que antes da Lei n. 9.656/98, a discussão sobre coberturas era restrita à capacidade econômica. Não se utilizava nenhum referencial de cobertura mínima

⁶⁰ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/de_dist_sedes.htm>. Acesso: em 14 dez. 2000.

⁶¹ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/de_dist_sedes.htm>. Acesso em: 02 set. 2001.

possibilitando a conformação de qualquer tipo de plano, dificultando a comparação entre os planos oferecidos com a existência de seleção de risco, ocorrendo a exclusão de doenças e a limitação de dias de internação e de número de procedimentos.

Após a publicação da lei, houve a incorporação dos seguintes aspectos assistenciais: o estabelecimento de cobertura mínima obrigatória vinculada a um rol de procedimentos; a padronização assistencial dos planos (ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia); a possibilidade de se fazerem comparações entre os planos; o impedimento de seleção de risco com a possibilidade do oferecimento da Cobertura Parcial Temporária – CPT – e do agravo, porque são proibidas a exclusão de doenças e a limitação de dias de internação e de número de procedimentos (BARROCA, 2001).

No entender de Barroca (2001), persistem ainda como desafios para a agência: a inexistência de contratos entre as operadoras e os prestadores; a interferência nos atos médicos por meio de lógica exclusivamente econômica, provocando constrangimento na linha do cuidado da saúde; a responsabilização das operadoras pela assistência prestada aos seus consumidores e a obtenção de informações assistenciais e de morbi-mortalidade por meio do Sistema de Informações dos Produtos – SIP –, no qual estão sendo priorizados os indicadores materno-infantis.

A Diretoria de Fiscalização da ANS destaca como importantes para o desenvolvimento das boas práticas assistenciais: o estímulo à contratualização; a articulação da ANS com as sociedades médicas e os conselhos profissionais, na defesa da boa prática assistencial; a discussão com os diversos atores para o estabelecimento das garantias assistenciais necessárias e o acompanhamento permanente dos indicadores para aprimoramento das ações de saúde (GREGORI, 2001).

Entende-se que a ANS tem como uma de suas atribuições o estabelecimento da política de reajuste de preços de planos privados de assistência à saúde. No ano de 2000, houve um reajuste máximo para os planos individuais de 5,42%, tendo-se como base uma média de índices gerais de preço. Em 2001, tendo sido aberta uma Câmara Técnica de Preços para discussão desse tema, a mesma chegou ao consenso de que não existem índices, hoje, que reflitam a variação dos custos no mercado da saúde (GREGORI, 2001).

Ao mesmo tempo, a Diretoria de Fiscalização da ANS verificou que há grandes inconsistências nas informações enviadas pelas operadoras. Assim, para o ano de 2001, foi feita a proposta de apuração do reajuste no mercado competitivo dos planos coletivos, chegando-se ao reajuste máximo, para os planos individuais, de 8,71%. E, para os planos coletivos, houve a decisão pelo monitoramento dos reajustes nos mesmos.

O modelo de fiscalização da ANS tem sido sustentado basicamente por dois pilares: os Programas *Cidadania Ativa* e *Olho Vivo*. Este modelo prevê a participação dos usuários e visa estimular o exercício da cidadania. O foco do primeiro está nas demandas do consumidor-usuário; do segundo, nas atividades das operadoras. O Programa *Cidadania Ativa* reúne as atividades voltadas para o atendimento direto e individualizado ao consumidor de Planos Privados de Assistência à Saúde, além de disseminar informações e dados para estimular o exercício da cidadania, a participação do cidadão na defesa dos seus direitos, a defesa da concorrência e a transparência do mercado (GREGORI, 2001).

Segundo a Diretoria de Fiscalização, para facilitar o acesso dos consumidores à ANS e agilizar o encaminhamento de suas demandas, foi inaugurado, em 16 de julho de 2001, um serviço gratuito de *call center* – Disque ANS – com funcionamento de segunda a sexta-feira, abrangendo todo o território nacional. É um canal de acesso direto que os usuários da agência, especialmente os consumidores de planos privados de saúde, têm para encaminhar suas demandas (GREGORI, 2001).

De acordo com a mesma autora, tanto o Disque ANS como os demais mecanismos de acesso (telefone, *fax*, *e-mail* e atendimento pessoal) são considerados pela agência como uma estratégia de comunicação, ou seja, uma nova forma de o usuário se relacionar com a agência e, a partir desse relacionamento, gerar valor para ele e para a solução dos problemas do setor. Também têm o objetivo de fazer com que as informações cheguem à agência para que ela possa exercer sua função regulatória e fiscalizatória. O objetivo final é:

1. assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde as coberturas garantidas pela Lei n. 9.656/98 e a continuidade dos serviços por eles contratados;
2. evitar abusos na fixação de preços e produtos;
3. dar transparência ao setor, garantindo seu desenvolvimento e integração com o SUS;

4. garantir que as operadoras e prestadores de serviços de assistência à saúde suplementar exerçam suas atividades em conformidade com a lei;
5. criar um ambiente de concorrência e qualidade que deixe os consumidores desses serviços mais satisfeitos.

A ANS prevê também o estabelecimento de parcerias com os Procon's e Entidades Civis de Defesa do Consumidor, com a interveniência da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça, com vistas à possibilidade de encaminhamento mútuo e concomitante dos assuntos de competência de cada uma das entidades citadas. O objetivo é fortalecer o Sistema Nacional Defesa do Consumidor (GREGORI, 2001).

O Programa *Olho Vivo* é um modelo de fiscalização pró-ativa. Compreende um conjunto de ações e procedimentos contínuos e sistemáticos de fiscalização nas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Diferentemente da fiscalização reativa, inserida nas atividades do programa *Cidadania Ativa*, e que é sempre motivada por uma demanda específica de consumidores sobre a ocorrência de fato determinado, a fiscalização que será exercida pelo programa *Olho Vivo* fundamenta-se na convicção da necessidade de uma ação fiscal permanente e ampla, o que significa, na prática, que toda operadora poderá, a qualquer momento, ser fiscalizada para verificação do cumprimento da legislação aplicável ao setor. A própria denominação *Olho Vivo* quer traduzir a idéia de constante visualização da ANS quanto ao funcionamento das operadoras, utilizando-se da fiscalização como instrumento efetivo que assegure o cumprimento da função regulatória da ANS (GREGORI, 2001).

De acordo com a Diretoria de Fiscalização da ANS, a característica principal do Programa é o fato de ele estender a fiscalização a todas as disposições da Lei n. 9.656/98 e de sua regulamentação em uma mesma ação de fiscalização, o que significa superar o aspecto pontual das ações fiscais. O objetivo do programa de fiscalização *Olho Vivo* é estabelecer uma possibilidade de efetivo cumprimento da lei por parte das operadoras. Conseqüentemente, o número de demandas por fiscalizações reativas, a longo prazo, deve se tornar residual, à medida que a presença sistemática da fiscalização pró-ativa reveste-se de uma função pedagógica, fazendo com que as operadoras busquem adequar-se cada vez mais à legislação do setor.

A título de ilustração, apresentam-se, a seguir, algumas informações que refletem as ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar. No que tange ao atendimento ao consumidor, o Disque ANS realizou 9.588 atendimentos, no período de julho/agosto 2001. Destes atendimentos, 9.097 (94,90%) foram consultas e 491 (5,10%) foram denúncias (ANS⁶², 2001). Assim, o consumidor tem se comunicado com a agência, via disque ANS, predominantemente para fazer consultas.

Por outros meios (carta, *fax*, *e-mail*, pessoalmente e Disque-saúde), no período de janeiro/2000 a junho/2001, foram realizados 10.963 atendimentos. Desse total, 7.193 (65,60%) foram consultas e 3.770 (34,40%) foram denúncias (ANS, 2001). Também por esses meios observa-se que os contatos do consumidor com a ANS são em sua maioria para consultas. A demanda por esclarecimentos tem sido a principal razão de contatos da população consumidora com a ANS.

As ações de fiscalização da agência, no período de janeiro de 2000 a julho de 2001, envolvendo processos administrativos, apresentou um total de 10.048 ações de fiscalização. Estas ações estão assim distribuídas: 3.575 processos arquivados (por improcedência ou reparação espontânea); 4.672 processos em diligência e 1.801 autos de infração lavrados. (ANS, 2001). A proporção entre autos de infração lavrados e processos arquivados é 1:1,99. Esses dados, em tese, retratam a tendência em termos de resultados da fiscalização da agência.

Os principais assuntos denunciados à ANS foram: reajustes indevidos (48,31%), produtos sem registro (12,31%), negativas de cobertura (8,03%), operadoras sem registro (6,50%), rescisão ou suspensão de contratos (3,70%) e outros (21,15%). As multas aplicadas pela agência, no período de janeiro/2000 a junho/2001, correspondem a um valor de R\$ 2.476.200,00 em 18 meses, ou seja, R\$137.566,66 média/mês de recursos para os cofres públicos.

No que tange às empresas operadoras, o acesso das mesmas ao mercado de assistência médica suplementar passou a ser autorizado pelo governo, mediante requisitos estabelecidos na Lei, dentre os quais está a demonstração de viabilidade financeira dos planos oferecidos, respeitando-se as peculiaridades operacionais de cada um dos segmentos de operadoras (MENDES, 2001).

⁶² Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 30 set. 2001.

A Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 39⁶³ – da ANS definiu, segmentou e classificou as empresas que operam no mercado de saúde suplementar. Segundo Mendes (2001), essa norma foi fruto de participação de câmaras técnicas realizadas na ANS, procurando-se preservar as características do mercado suplementar, considerando os segmentos já existentes.

O mercado de operadoras ficou classificado pelo tipo de atenção (podendo ser médico-hospitalar ou odontológico) e pela natureza societária, nas seguintes modalidades: medicina de grupo, cooperativas médicas, filantropia, autogestão, cooperativas odontológicas e odontologia de grupo, administradoras e seguradoras. O principal critério utilizado para a segmentação foi a capacidade que cada modalidade de assistência apresenta para garantir o risco do beneficiário, capacidade esta relacionada com a existência ou não de rede própria para prestação de serviços (MENDES, 2001).

TABELA 5
Percentual de beneficiários e número de operadoras por segmento

Segmento	Beneficiários	%	Nº de operadoras	%
Medicina de grupo	9.643.075	33	599	34,15
Cooperativas médicas	6.693.005	23	320	18,24
Seguradoras	5.465.166	19	22	1,25
Autogestão patrocinada	2.769.465	10	214	12,20
Odontologia de grupo	1.512.222	5	287	16,36
Autogestão não patrocinada	1.065.567	4	84	4,79
Cooperativa odontológica	760.593	3	145	8,27
Administradoras	605	2	37	2,11
Filantropia	376.840	1	46	2,62
Total	28.891.753	100	1754	100

FONTE – BRASIL, 2001⁶⁴.

Os dados da ANS permitem constatar que a população assistida pelo segmento de assistência médica suplementar no Brasil é 30% menor que a que se estimava antes da regulamentação estatal (41.471.000), conforme apresentado na TAB. 3. Em termos de número de clientes, a medicina de grupo conta com o maior percentual do mercado (33%), e as cooperativas médicas ficam em segundo lugar com 23%.

⁶³BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução RDC 39, de 30 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde e dá outras providências.

⁶⁴ Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 17 nov. 2001.

O que mais se destaca nesses dados disponibilizados pela agência é a relação entre número de empresas e beneficiários das seguradoras. Apesar de essa modalidade do segmento de assistência médica suplementar contar com uma pequena participação no conjunto das empresas (1,25%), sua participação na assistência corresponde a 19%.

A ANS entende que já instalou a profissionalização do setor, na medida em que as regras básicas que regulamentam o acesso e funcionamento já foram editadas, quais sejam: o cadastro de todas as empresas (RDC 5), a uniformização da contabilidade (RDC 38), a capacitação técnico-profissional dos administradores por intermédio das regras que prevêem os recursos mínimos necessários ao exercício do cargo (RDC 79), o acompanhamento sobre a manutenção da estrutura de mercado por meio da aprovação prévia das transferências societárias (RDC 83) e a garantia mínima para o início das operações, via a obrigatoriedade de constituição de provisões técnicas, conforme RDC 77 (MENDES, 2001).

Mendes (2001) afirma também que, como em qualquer processo de regulamentação, uma elevação nos níveis de exigência foi observado, o que vai demandar uma gestão cada vez mais eficiente por parte das empresas que operam com planos e seguros privados de saúde no Brasil. A expectativa explicitada pela ANS é de que, em decorrência do grau de exigência da regulamentação, tenha-se criado a necessidade do aperfeiçoamento da gestão das organizações que compõem o segmento de assistência médica suplementar.

Sendo assim, examinar-se-ão, a seguir, seis perspectivas para um estudo da gestão organizacional, escolhidas como referência para se analisarem impactos da regulamentação estatal na gestão das empresas desse setor.

4.5 Perspectivas para uma análise da gestão organizacional

O ambiente nacional, no âmbito do mercado de assistência médica suplementar, passou por importantes mudanças, particularmente, a partir da década de 90. Dentre outros fatores, o crescimento do setor e a implementação recente de uma política pública regulamentando as atividades das empresas que nele atuam tendem a impulsionar modificações expressivas nessas organizações, especialmente, porque as mesmas exercem suas atividades no Brasil, desde a década de 60, sem regras claras.

Dois aspectos, em particular, se destacam nas novas regras definidas com a regulamentação estatal: a abertura do mercado ao capital internacional, que sinaliza no sentido de maior competitividade no âmbito desse segmento, e as políticas regulatórias em fase de implementação que, dentre outros objetivos, visam também fomentar a concorrência entre as empresas do setor. Estas são mudanças significativas no cenário advindas com a nova legislação.

Em geral, conforme atestam diversos autores (MOTTA, 1995; PORTER, 1996; DRUCKER, 1999; KOTLER e ARMSTRONG, 1999; PRAHALAD, 1999), as mudanças no ambiente implicam a necessidade de transformações das organizações para que as mesmas se adaptem, sobrevivam e cresçam.

Até meados da década de 90, havia dificuldades para obter informações sobre esse segmento de assistência médica no Brasil. Sendo assim, existiam também poucos estudos disponíveis sobre a *praxis* das organizações que compõem o setor, o que incentivou a busca de uma forma sistêmica de abordá-las. Motta (2000) propõe uma abordagem sistêmica para a análise organizacional que foi, então, escolhida como referência para o presente estudo.

Considerando a pluralidade de perspectivas existentes que permitem analisar as transformações organizacionais, o autor chama a atenção para o fato de que “a organização é um fenômeno social global” (MOTTA, 2000, p.119). Sendo assim, uma abordagem sistêmica favorece a compreensão da diversidade e interdependência existente nas diversas perspectivas de análise que compõem as teorias de mudança organizacional.

Para examinar uma organização, é necessário lidar com a interdependência de diversos elementos que compõem cada perspectiva de análise e procurar desenvolver uma visão globalística da mesma “compreender as interdependências entre as perspectivas e não descartar nenhuma, embora possa se priorizar uma ou várias” (MOTTA, 2000, p.120). As perspectivas consideradas pelo autor para a análise organizacional são: estratégica, estrutural, tecnológica, humana, cultural e política, examinadas a seguir, com base em literatura específica.

4.5.1 Perspectiva estratégica

Nos últimos anos, *estratégia* tem sido uma das palavras mais utilizadas no contexto empresarial, o que pode ser constatado examinando-se as últimas obras conceituadas de administração (PORTER, 1996; DRUCKER, 1999; KOTLER E AMSTRONG, 1999; PRAHALAD, 1999; MOTTA, 2000; TAVARES, 2000). O termo tem sido utilizado para qualificar não só a administração, como também as funções administrativas.

Várias abordagens contribuíram para a construção da ciência administrativa, tais como a mecanicista, a das relações humanas, a sistêmica, a contingencial e a participativa dentre outras. Motta (1991) considera que, com o surgimento da administração estratégica, houve não só a aceitação dessa proposta de administração como também se ampliou sua utilização. Logo no início, a estratégia foi associada à formulação de diretrizes e ao planejamento, recebendo da administração, a partir dos anos 50, uma ênfase racional e científica.

Para esse mesmo autor, a idéia de estratégia, associada ao contexto administrativo, criou a base para o redirecionamento contínuo da organização, por meio da análise de grande escopo e de maior prazo. Trouxe para as organizações uma nova perspectiva de futuro, por meio do conhecimento de *onde e como* é possível expandir sua atuação e melhorar o seu desempenho.

Nos anos 60, o conceito de estratégia tornou-se popular no meio empresarial, associado ao planejamento estratégico. Surgiu no momento em que as grandes organizações perceberam a necessidade de aperfeiçoar seus processos de planejamento e gerência e de estarem preparadas para as mudanças de longo prazo. Na época, a visão predominante da administração era a de explorar ao máximo as dimensões racionais da gerência, a fim de dominar as ambigüidades que caracterizam o meio ambiente. Dessa forma, o planejamento estratégico emergiu como alternativa para atender à necessidade de utilização de métodos mais racionais e analíticos na criação de futuros alternativos (MOTTA, 1991).

De acordo com Tavares (1991), a evolução dos conceitos e práticas associados ao planejamento estratégico está estreitamente relacionada à intensificação do ritmo e da complexidade das mudanças ambientais. Silveira Jr. e Vivaqua (1996) consideram o planejamento estratégico como um processo interativo da análise das oportunidades e ameaças e de pontos fortes e fracos da organização.

Segundo os mesmos autores, o planejamento estratégico visa definir objetivos que possibilitem à organização se ajustar às condições de mudanças. Consiste na utilização de um conjunto de técnicas direcionadas para a elaboração de uma análise do ambiente interno e externo da organização. Dentre essas técnicas citam-se: a definição de missão, a formulação de objetivos estratégicos, a mudança de paradigmas, a definição do negócio, grupos de clientes e produtos (ou serviços) e a formulação de políticas e diretrizes.

Kotler (1995) afirma que o planejamento estratégico estimula a administração a pensar de forma sistemática, forçando-a a uma melhor coordenação de esforços e fornecendo padrões mais claros de desempenho. Planos corretos ajudam a empresa a prever mudanças ambientais, a reagir rapidamente a elas, preparando-se melhor para adequações no cenário. Esse autor considera o planejamento estratégico como a base do planejamento de uma organização.

Segundo Motta (2000), no contexto organizacional, a estratégia é a capacidade de se trabalhar, contínua e sistematicamente, o ajustamento da organização às condições de um ambiente em mutação, tendo a visão de futuro e a perpetuidade organizacional como meta. Em momentos de turbulências para as organizações, a estratégia tem a função de promover o equilíbrio entre a visão de futuro da organização e o de que ela necessita realizar no presente para que seja atingido o objetivo desejado. Portanto, é uma ferramenta gerencial fundamental para as organizações.

4.5.2 Perspectiva estrutural

Os estudos sobre as estruturas organizacionais perderam um pouco o destaque na Ciência Administrativa quando emergiram conceitos contemporâneos, tais como a estratégia, que absorveram as atenções dos estudiosos, dos administradores e dos consultores. No entanto, em 1962, Chandler (1982) afirmou que a estrutura acompanhava a estratégia organizacional, não havendo uma estrutura padrão que atenda às necessidades efetivas de todas as organizações. Fatores como a própria estratégia, tamanho, incerteza com relação às tarefas e tecnologia, dentre outros, refletem as influências do ambiente no qual a organização está inserida e norteiam a definição da estrutura. Sendo assim, mesmo que as atenções privilegiem outros temas, a estrutura tem seu destaque como meio de viabilizar a estratégia.

As estruturas organizacionais tradicionais têm sido insuficientes para manter as organizações funcionando competitivamente em um mundo em que as mudanças ocorrem em ritmo muito acelerado. A capacidade de adequação ao contexto em mudança pode ser considerada como um importante diferencial de estratégia das organizações de sucesso. As exigências do mercado, os avanços tecnológicos e a complexidade do ambiente organizacional, dentre outros fatores, impuseram um novo padrão à arquitetura das organizações, que tem se caracterizado, principalmente, por integração e flexibilidade (SALERNO, 1994).

As organizações para serem efetivas, no entender de Donaldson (1999), necessitam adequar e ajustar a estrutura, tendo como referência diversos fatores que são contingenciais. Isso quer dizer que, para viabilizar a sobrevivência e o crescimento, as organizações devem estar em contínua sintonia com a natureza de sua atividade e com o ambiente externo.

Segundo o mesmo autor, no cenário contemporâneo, transformações importantes como a reestruturação do processo produtivo, os avanços em tecnologia e a competitividade do mercado, dentre outras, têm provocado significativas mudanças nas estruturas e formatos das organizações. Para fazer frente às exigências do novo contexto, a arquitetura organizacional tem seguido novos padrões, caracterizados, principalmente, por flexibilidade.

Salerno (1994) entende que flexibilidade emerge como uma força capaz de permitir que as empresas façam frente ao ambiente, especialmente ao mercado, pouco previsível e caracterizado por instabilidade, e pode ser conceituada como

a habilidade de um sistema produtivo de assumir ou transitar entre diversos estados sem deterioração significativa, presente ou futura, de custos, qualidade e tempos, sendo uma variável de segunda ordem, não homogênea, definível a partir de aspectos intra e extra fábrica (SALERNO, 1994, p. 76).

Salerno (1994) considera que o diferencial de desempenho de uma empresa frente a outra está relacionado à qualidade de sua organização, em que a informática, ao lado das mudanças organizacionais, são os componentes mais conhecidos do padrão tecnológico emergente. Mudanças na organização geral da empresa têm sido caracterizadas pelo abrandamento das estruturas divisionais e funcionais clássicas, quando se constitui uma organização mais voltada a resultados e menos calcada em especialidades e cuja terceirização pode relacionar-se a esse *enxugamento* organizacional. Pesquisas realizadas no Brasil em 1993 mostraram que

algumas empresas de grande porte estão associando redução de níveis hierárquicos (há casos de existirem apenas três níveis) com trabalho em equipe semi-autônoma (SALERNO, 1994).

Nas estruturas horizontalizadas, pressupõe-se que os resultados sejam alcançados por meio de equipes multidisciplinares, cujas cooperação e responsabilização de cada trabalhador são pontos-chave. As necessidades do grupo sobrepõem-se às metas individuais, e os conflitos e a agressividade tornam-se elementos necessários, devendo ser canalizados para fins produtivos (SPECTOR, 1998).

As estruturas não podem, no entanto, ser consideradas unicamente como um formato ou desenho organizacional. Na realidade, a estrutura organizacional reflete a distribuição da autoridade e das responsabilidades dos membros da organização. Tais fatores podem ser observados e analisados por meio do *status* e dos *papéis* que os membros da organização apresentam e desempenham (MOTTA, 2000).

4.5.3 Perspectiva tecnológica

A perspectiva tecnológica enfatiza a divisão do trabalho, a especialização de funções e o tipo de tecnologia a ser empregada na produção. Preocupa-se com a racionalidade do processo produtivo, especialmente com espaço, tempo, movimento, custo, qualidade e agregação de valor para a clientela. Essa perspectiva na inovação organizacional adquiriu destaque nas últimas décadas, com algumas práticas iniciais dos programas de qualidade e, num segundo momento, com a reengenharia. As duas propostas têm em comum o objetivo de reconstruir processos organizacionais em função de tecnologias modernas. Procuram também modificar hábitos de ineficiência adquiridos na prática produtiva. Como vantagem, a reengenharia trouxe a utilização da Tecnologia da Informação – TI – (MOTTA, 2000).

A reengenharia se popularizou, na década de 90, propondo uma forma radical de adaptação às conquistas tecnológicas como alternativa para a sobrevivência empresarial, com os trabalhos de Hammer e Champy (1994) dentre outros. A abordagem de reengenharia combinou a adoção de uma visão processual da atividade com a aplicação da reengenharia aos processos-chave. As reestruturações operacionais baseadas em processos permitem às organizações responder às pressões competitivas, mas os clientes têm sido cada vez mais a razão de uma mudança radical nos processos das organizações (DAVENPORT, 1994).

Segundo Davenport (1994), a reengenharia de processos requer uma mudança radical da empresa, exigindo-se que as práticas antigas para a realização de negócios sejam abandonadas. Um processo de planejamento estratégico é útil para a formação de consenso sobre a ameaça externa e o desenvolvimento e fortalecimento da dedicação à visão da mudança. Reuniões com facilitadores externos fora da empresa podem ser recurso interessante para solidificar o consenso e aprimorar a visão. Um vez estabelecido o consenso entre os membros da equipe executiva, identificados os processos estratégicos e fixados os objetivos, pode-se determinar os *donos* dos processos-chave, ou macroprocessos. O *dono* tem a responsabilidade final sobre o processo. Portanto, é importante que esteja em um nível elevado o bastante para assegurar a autoridade sobre o processo e suas interfaces.

As oportunidades para apoiar a reengenharia de processos com a tecnologia da informação se enquadram em nove categorias, segundo Davenport (1994). Os impactos da tecnologia da informação sobre a reengenharia de processos são:

1. automacional – eliminação do trabalho humano de um processo;
2. seqüencial – modificar a seqüência de processo ou possibilitar o paralelismo;
3. de acompanhamento – monitoração rigorosa da situação e objetos do processo;
4. analítico - melhorar a análise da informação e tomada de decisão;
5. geográfico – coordenação dos processos à distância;
6. integrativo – coordenação entre tarefas e processos;
7. intelectual – captação e distribuição de bens intelectuais;
8. desintermediação – eliminação de intermediários num processo;
9. informacional – captação da informação de processos com o objetivo de compreensão.

De acordo com Druker (1999), em primeiro lugar, é preciso redefinir quais as informações de que a organização necessita. Em termos contábeis, é necessário passar da tradicional contabilidade de custos (que mede o custo de fazer algo, mas desconsidera o custo de não fazer), para o custeio baseado em atividades – que produz não apenas um controle de custos muito melhor e mais completo, como também permite o controle dos resultados.

No entanto, é preciso ir além. Para uma organização ser competitiva, torna-se necessário conhecer os custos de toda a cadeia econômica em que a mesma está inserida, trabalhando em parceria com os demais *elos* no gerenciamento de custos e na maximização do rendimento. "O

importante no mercado é a realidade econômica, os custos do processo como um todo, independentemente de quem é dono do quê" (DRUKER, 1999, p.87).

Dessa forma, a evolução tecnológica moderna impõe o uso mais efetivo do *saber* em todos os níveis da organização. A educação, o conhecimento e a habilidade em manter fluxos de informações adequados tornam-se fatores essenciais para o progresso das empresas. Inovar uma empresa significa particularmente projetar e manter um nível de informações que possibilite o melhor uso de matérias-primas, de maneira a facilitar a ação e o desenvolvimento das pessoas (MOTTA, 2000).

Segundo o mesmo autor, a grande mudança na gerência contemporânea advém das novas formas de tratar a informação. O progresso na área das telecomunicações e no processamento eletrônico de dados provoca mudanças rápidas nas empresas. Os recursos eletrônicos integram meios de comunicação, armazenagem, ordenação e processamento de dados implicando profundas alterações na vida administrativa das organizações.

A utilização dos recursos eletrônicos tem como objetivos: a) melhorar a capacidade de uso da informação para decisão; b) extinguir confidencialidades e exterminar usos restritos da informação; c) reduzir as barreiras geográficas e hierárquicas; d) eliminar intermediários na transmissão de dados; e) criar a *instantaneidade* no acesso à informação; f) aperfeiçoar a apresentação de dados por meio de tabelas e gráficos, com a utilização de recursos eletrônicos, assim como os interesses e a disponibilidade dos funcionários para coleta e análise de dados (MOTTA, 2000).

Apesar das vantagens que a tecnologia da informação pode trazer para a gestão das organizações, Sancovschi (1999) alerta para o fato de que, muitas vezes, tais investimentos levam a resultados medíocres. Isso porque as organizações estão utilizando tecnologia cada vez mais sofisticada para mecanizar ou informatizar formas tradicionais de realizar tarefas. Portanto, sugere que as tarefas sejam analisadas antes de se recorrer à tecnologia da informação. Esta é uma alternativa para as organizações alcançarem ganhos com a magnitude dos investimentos realizados.

No entender de Davenport (1994, p.111), a maioria das inovações nos processos organizacionais é "possibilitada por uma combinação da tecnologia da informação, a

informação, os recursos organizacionais e humanos”. Para que a reengenharia de processos tenha êxito, o aspecto humano não pode ser desconsiderado. As questões organizacionais e de recursos humanos são mais importantes do que as de tecnologia para as mudanças de comportamento que precisam acontecer em um processo.

4.5.4 Perspectiva humana

Essa perspectiva vê a organização como um conjunto de indivíduos e grupos. Define como relevantes os objetivos e a auto-realização individual e o comportamento e as interações pessoais e grupais, assim como a organização informal. A mudança nessa perspectiva significa essencialmente renovar o contrato psicológico entre o indivíduo e a organização, procurando um equilíbrio entre as formas e os graus de contribuição e de retribuição. Para conseguir essa mudança, torna-se necessário alterar atitudes, comportamentos e a forma de participação dos indivíduos. O objetivo da mudança é criar um ambiente de trabalho harmônico, que traga satisfação para as pessoas e possibilite a realização e o progresso pessoais, pressupostos da eficiência (MOTTA, 2000).

Com a maior uniformidade tecnológica e maior competitividade, preconiza-se que o diferencial entre as empresas é a qualidade de seus recursos humanos. Sendo assim, tende-se a esperar que as organizações abram novas perspectivas para o ser humano no trabalho. De acordo com Motta (2000), a tradicional gestão de recursos humanos, dependente e consequente do planejamento estratégico, cede lugar para a gestão de pessoas com relevância estratégica nas organizações.

Melo (1999, p.171), estudando o processo de implantação de novas tecnologias organizacionais e a gestão das pessoas, constatou que “há ainda muita reserva no entendimento e reconhecimento da função estratégica de recursos humanos”. Segundo atesta a pesquisadora, os estudos que têm sido realizados não identificam nenhum elemento estratégico sob a responsabilidade das áreas de recursos humanos, não confirmando, assim, a afirmação de Motta (2000).

Neste estudo, são identificados três grupos de tendências na gestão de pessoas. Um primeiro mostra que há implantação de treinamentos / novos programas de formação, valorização das áreas de recursos humanos e maior ênfase no aspecto humano por parte das organizações. Um

segundo grupo de tendências indica a reorganização do processo de gestão das pessoas, implementando uma nova concepção; a administração de RH será descentralizada e participativa e novos modelos de gestão serão implantados. Em um terceiro grupo de tendências, identifica a terceirização e um perfil inovador para os profissionais que atuam na gestão de pessoas (MELO, 1999). Observa-se, assim, que há uma tendência a mudanças, mas ainda sem maior clareza quanto ao papel que esta área assume nas organizações.

A pesquisa citada identifica também uma tendência de terceirização para alguns setores como recrutamento e seleção, a existência de um redirecionamento na concepção que se tem sobre treinamento e desenvolvimento, uma certa indefinição quanto à avaliação de desempenho, além de pouca alteração nas políticas de benefícios (MELO, 1999).

Nesse contexto, emerge um conceito que se evidencia na gestão de pessoas – *as competências* –, com significado diferente da abordagem tradicional, que define *competência* como a capacidade que um indivíduo apresenta para ocupar um posto de trabalho. Segundo Mehedff (1996), esse posto de trabalho recebe o nome de ocupação, e a qualificação para o mesmo relaciona-se com um saber-técnico.

Os automatismos introduzidos pelas máquinas obrigaram o trabalhador a adquirir outras habilidades como decodificar novos símbolos, comunicar-se tanto verbalmente como por escrito, resolver problemas dos novos processos de trabalho, ser autônomo e capaz de antecipar respostas a certos desafios. Assim, conforme assevera Mehedff (1996), a forma de trabalho solitário, fundamentalmente apoiado em destrezas, passa a ser substituída por um trabalho no qual a comunicação no coletivo de trabalhadores é imprescindível devido à necessidade de envolver conhecimentos de várias áreas correlatas.

Sendo assim, dinamismo, flexibilidade, capacidade de adaptação, percepção de relações, habilidade para enfrentar mudanças ambientais e assumir riscos, dentre outros, são elementos que definem atualmente o termo *competência*. Segundo Evers, Rush e Berdrow (1998, p.54) “habilidade, como sinônimo de *competência*, evoca imagens de perícia, domínio e excelência”. Na opinião de Kubr e Derek (1998), dentre as *competências* consideradas importantes, hoje em dia, estão incluídas ainda habilidades de idioma, de usar os meios de comunicação moderna e a informática.

Nessa nova perspectiva, habilidades são então atributos relacionados não apenas ao saber-fazer, mas aos saberes (conhecimentos), ao saber-ser (atitudes) e ao saber-agir (práticas no trabalho). Habilidades voltadas para a competência do trabalhador devem buscar o *aprender a aprender* e o *aprender a pensar*. Estas permitem maiores autonomia e capacidade de resolver problemas, de se adaptar às mudanças, de superar conflitos, de se comunicar, de trabalhar em equipes e de decidir eticamente (MEHEDFF, 1996).

Quanto ao perfil do novo empregado, Melo (1999, p.164) identifica a construção de um modelo de referência no qual se destacam “a escolaridade, as habilidades múltiplas, o estar informado, possuir boa capacidade de se relacionar com a equipe, vontade de buscar coisas novas, ser dinâmico, com iniciativa, ter vontade de se aperfeiçoar e estar disponível”.

A tendência à descentralização da gestão das pessoas (MELO, 1999; MOTTA, 2000) implica a transferência de funções das áreas de RH para as unidades setoriais, ou seja, para os gerentes. Sendo assim, todos aqueles que ocupam a função gerencial são responsáveis pelo desenvolvimento das pessoas. Segundo Motta (2000), esse desenvolvimento refere-se tanto à aquisição de conhecimentos e habilidades quanto ao desenvolvimento integral do indivíduo.

No que tange à avaliação do desempenho, no entender de Motta (2000), as tendências contemporâneas mostram julgamentos sobre desempenho muito variados: tarefas, condições de trabalho, recursos disponíveis, qualidade das chefias e das equipes. Sendo assim, as avaliações têm combinado uma base grupal (equipe, unidade, setor) com a dimensão individual.

Melo (1999) indica que a avaliação de desempenho nas organizações passa por um sistema a ser implantado, procedimento sem respaldo e falho, em fase de reestruturação e vinculado a resultados, além de processo negociado entre gerentes e subordinados. Quanto à área de cargos e salários, ou não existe um plano implantado, ou o mesmo é recém-implantado.

Se há uma mudança na forma de contribuição, a tendência é de haver modificações também na forma de retribuição. De acordo com Motta (2000), a perspectiva é de que se combine a compensação por tarefas realizadas com incentivos para aumentar a contribuição futura. As práticas preconizadas são: combinar critérios de remuneração individual com remuneração grupal; flexibilizar a concessão de benefícios e incentivos; garantir incentivos financeiros

permanentes e não materiais; estar atento ao mercado, utilizando-o como referência para estabelecer critérios para os incentivos internos.

Trata-se a perspectiva humana no ambiente organizacional, assim como as demais, em interdependência. Pode-se dizer que estes focos de análise apresentam uma preocupação com a dimensão humana tanto no que tange ao individual (com relação ao trabalho) quanto ao coletivo (como um fator determinante da produtividade).

Nesse sentido, uma tendência que se identifica como forma de organização coletiva, e que se tem mostrado vigorosa e viável, é o modelo de equipe de executivos, conforme atestam Nadler (1993). Segundo este autor, um número crescente de organizações está criando equipes executivas. Esta equipe de pessoas assume coletivamente o papel de proporcionar uma liderança estratégica, operacional e institucional para a organização. Cada membro é responsável por sua unidade, mas também tem uma outra função – a de liderança empresarial. Além dos fatores ambientais externos que impulsionam a criação de equipes executivas, estas surgem também devido à necessidade de administrar unidades organizacionais diversas, mas interdependentes.

4.5.5 Perspectiva cultural

Na perspectiva cultural, a organização é um conjunto de valores, crenças e hábitos que são compartilhados coletivamente. Esse conjunto singulariza a organização perante as outras. As expressões culturais podem ser vistas em todas as dimensões da organização: na estrutura, na autoridade, em reuniões, nas formas de comunicação, nas premiações, na definição de tecnologia, no seu uso, enfim, em todos os aspectos coletivamente compartilhados. Em princípio, a cultura revela a identidade da organização e suas formas habituais de agir (MOTTA, 2000).

Para Aktouf (1993), o estudo da cultura organizacional como variável denota a pressuposição da união entre todos os integrantes da organização visando a sustentação e o alcance dos objetivos organizacionais. A cultura torna-se, então, um instrumento adequado para congregar as pessoas em um processo de interação.

Fleury (1996) propõe alguns caminhos para desvendar a cultura de uma organização: o histórico da organização, o processo de socialização de novos membros, as políticas de recursos humanos, o processo de comunicação e a organização do processo de trabalho. Entende que os momentos de crise vivenciados pelas organizações são importantes para impulsionar mudanças na cultura organizacional.

Algumas situações são, segundo a autora, potencializadoras da mudança cultural: situações ligadas ao ambiente externo (momentos de crise, de retração ou expansão da organização, ação de movimentos sociais, ações do Estado, mudanças tecnológicas); e situações ligadas ao ambiente interno (novas lideranças, reorganizações do processo de trabalho, introdução de novas políticas organizacionais).

Sendo assim, Motta (2000) entende que para mudar uma organização é importante substituir a programação coletiva na busca de um novo sentido de identidade. A mudança é um empreendimento coletivo via mobilização das pessoas para alterar seus valores, crenças, hábitos, ritos, mitos, símbolos, linguagem e interesses comuns.

Mas exatamente como as personalidades das pessoas tendem a ficar estáveis com o tempo, assim também o fazem culturas fortes. Isso torna as culturas fortes difíceis de serem mudadas. Quando uma cultura não combina mais com seu ambiente, a administração vai querer mudá-la. Entretanto, mudar a cultura de uma organização é um processo longo e difícil, fato que merece ser considerado (ROBBINS, 1999).

Wood Jr. et al. (1995), no entanto, afirmam que as discussões sobre possibilidades de se mudar uma cultura organizacional e o impacto dessa mudança sobre o desempenho encontram defensores que advogam não só que é possível mudar como também que isso pode ser feito de maneira planejada. Contudo, mesmo entre essas pessoas, existe consenso de que não é uma tarefa fácil ou um empreendimento de curto prazo. Segundo o mesmo autor, tem havido um certo desinteresse pelo tema, especialmente por parte de gerentes e consultores, mas os acadêmicos continuam explorando a cultura e o simbolismo organizacional como temas essenciais para entender fenômenos organizacionais.

Todavia, Wood Jr. et al. (1995) consideram que empresas envolvidas com mudanças estão mergulhadas no movimento caracterizado pela chamada reengenharia de processos, conceito

que tem como características forte ligação com a tecnologia de informação, foco em processos e a crença em mudanças rápidas e radicais, de grande impacto.

Constata-se, assim, que as transformações nas organizações tendem a afetar suas diversas dimensões, mesmo quando se privilegia alguma delas. A estratégia, a estrutura, a tecnologia, a cultura e as pessoas estarão sempre em uma relação de interdependência. Mudar a forma gestão implica interferir de alguma maneira em todas as dimensões citadas.

No entanto, significa especialmente reconhecer que as relações políticas, ou de poder, intrínsecas às organizações, foram propulsoras e viabilizadoras do projeto de mudança. Em algum momento e de algum modo, indivíduos ou grupos da organização conseguem decidir mudar uma forma de gestão e implementar a decisão tomada. Analisar a questão política (ou a questão do poder) é, portanto, essencial para completar o conjunto de perspectivas de uma análise organizacional.

4.5.6 Perspectiva política

Crozier (1983) afirma que o conceito de poder é indispensável às Ciências Sociais, pois os fenômenos de poder acompanham necessariamente todos os processos de integração social que constituem um dos objetos de estudo das Ciências Sociais. No seu entendimento, pode-se dizer que não há integração ou sociedade possível sem poder.

Sendo assim, na perspectiva política, as organizações são examinadas como um sistema de poder em que as pessoas ou grupos procuram influenciar o processo decisório. Da mesma forma que em um sistema político, o poder é visto como um instrumento para fazer com que determinadas idéias prevaleçam sobre outras. Nas organizações, as pessoas, além de desempenharem funções de interesse coletivo, têm também interesses individuais. Dessa forma, agem de maneira a maximizar seus interesses ou conservar seus recursos de poder. Todos os membros de uma organização participam de um jogo político em que se alternam ganhos e perdas (MOTTA, 2000).

Nesse sentido, em que pese a afirmação ser válida para as organizações, em geral, decidiu-se analisar a questão política enfocando particularmente as cooperativas, pois, nesse aspecto, elas apresentam singularidades que merecem destaque. Um estudo sobre as cooperativas

agropecuárias brasileiras, realizado por Antonialli (2000), foi utilizado como referência para orientar a análise do poder nesse tipo de organização. Cabe lembrar que as cooperativas médicas, objeto do presente estudo, mostram particularidades que merecem um estudo específico.

De forma geral, a cooperativa é uma associação de pessoas, com bases democráticas, que se unem com a finalidade de atender a certas necessidades econômicas. É uma forma de sociedade que dispõe de duas dimensões: uma política (interessada na promoção dos associados) e uma econômica (que visa produzir um bem ou serviço com um certo grau de eficiência econômica). A capacidade de articular estas duas dimensões, dentro da mesma organização, é uma característica específica das organizações cooperativas (ANTONIALLI, 2000).

Garcia (1981) enfatiza que, enquanto diretriz doutrinária, as cooperativas se propõem a ser uma solução simples e prática para conflitos existentes entre duas características: a do cidadão, que enfatiza o bem público e a responsabilidade social, e a do sujeito econômico, que está interessado na produção eficiente de bens ou serviços.

Dessa forma, as cooperativas assumem, em decorrência de seus princípios doutrinários, a dupla função de associação (reunião de pessoas), e de empresa (reunião de capital). Por outro lado, os cooperados também se revestem do duplo papel de dono e de usuário (ou prestador de serviços, no caso das cooperativas médicas) do empreendimento. Por terem estas características, na maioria das cooperativas, os próprios donos são os responsáveis pela gestão organizacional (ANTONIALLI, 2000).

De acordo com Antonialli (2000), o cooperado, como gestor de um negócio, deve harmonizar sua participação política na definição de objetivos e metas, com sua participação econômica, isto é, no capital, e ambas com a capacidade gerencial da empresa para ser efetiva no mercado. Por ser a cooperativa um espaço em que, em geral, um grande número de associados interage, torna-se este um evidente espaço de disputa de poder.

O poder é definido por Galbraith (1984) como a capacidade de impor a vontade e atingir o correspondente objetivo. Foucault (1987) indica que o poder é algo que circula, ou melhor, é algo que só funciona em cadeia, só se exerce em rede, e Fischer (1996) afirma que o poder

está embutido nos padrões culturais vigentes e se faz presente em todas as esferas das organizações, atingindo diferentes agentes organizacionais. Assim, o poder é manipulado por esses agentes nas disputas de interesses.

No entanto, Pagés et al. (1987) destacam que o poder organizacional não pode ser ingenuamente atribuído a indivíduos ou grupos e, muito menos, localizado em algum espaço da organização. Sendo o poder uma entidade que não pode ser possuída, ele difunde-se em toda a organização e manifesta-se por meio de práticas e relações.

Estudando as cooperativas de produtores, Alencar (1976), *apud* Antonialli (2000), constatou um distanciamento dos associados. No seu entender, à medida que a cooperativa é considerada pelos produtores como um meio de satisfazer suas necessidades econômicas individuais e não como um meio político-econômico, os princípios cooperativistas evidenciam pouco significado como orientador do cooperado, no sentido de decidir pela permanência e lealdade à cooperativa.

Meirelles (1981), *apud* Antonialli (2000), destaca que a participação da cooperativa no mercado competitivo capitalista tem levado à adoção de métodos racionais de administração, com o conseqüente surgimento e desenvolvimento de um corpo técnico-burocrático específico.

Discutindo o modelo de administração proposto pela legislação cooperativista brasileira, Lauschner e Schweinberger (1989), *apud* Antonialli (2000), afirmam que o mesmo permite que as pessoas merecedoras de confiança dos associados assumam o poder, mas não necessariamente estas pessoas são aquelas mais capacitadas para dirigir, administrar, ou mesmo, controlar uma cooperativa de forma adequada.

Antonialli (2000) aponta que a atual estrutura de poder nas cooperativas brasileiras tem recebido muitas críticas, pois apresenta várias deficiências que vêm comprometendo a competitividade dessas organizações em relação às organizações não cooperativas, especialmente devido à ineficiência administrativa que apresentam. Dentre os problemas citados, destacam-se: a lentidão do processo decisório por envolver consenso entre os cooperados, a falta de competência administrativa dos dirigentes, a centralização do poder, o rodízio do poder entre um grupo de associados, a remuneração demasiada dos dirigentes,

motivando-os a serem assalariados ao invés de produtores, pouca participação dos associados nas assembleias e falta de planejamento de longo prazo.

Em um estudo sobre as cooperativas de laticínios do estado de São Paulo e suas relações com os produtores, Fleury (1983) conclui que há diferenças significativas entre uma cooperativa e uma empresa privada, em termos de objetivos e modelo organizacional. Na cooperativa, que é organizada segundo um modelo democrático, a pesquisadora observa que as condições são propícias para que certos grupos se apropriem do poder e o utilizem em benefício próprio. Estes grupos, formados por grandes produtores, são os que participam da vida política da cooperativa. Entretanto, tal participação visa a obtenção de benefícios econômicos. Na empresa privada, atuando no mesmo setor, o objetivo do lucro leva a organização a estruturar-se de acordo com o modelo de racionalidade técnica. No caso, os técnicos especialistas têm voz ativa e não os acionistas, pois o modelo procura propiciar as condições necessárias para se atingir a finalidade proposta – o lucro.

Sendo assim, as ações de mudança em uma perspectiva política nas cooperativas devem enfatizar a promoção da participação efetiva dos associados, a intensidade e transparência na comunicação, a solução de conflitos grupais, a negociação e, especialmente, a revisão dos conceitos de liderança e de autoridade organizacionais. Segundo Motta (2000), esses são elementos fundamentais para mudanças das organizações na perspectiva política.

No que tange à questão ao conflito grupal, este é inerente à organização e não deve ser tratado como algo disfuncional. O conflito tem muitas funções positivas, tais como: prevenir a estagnação decorrente do equilíbrio constante da concordância, estimular o interesse e a curiosidade pelo desafio da oposição, descobrir os problemas e demandar sua solução. Sendo assim, pode ser considerado como a essência da mudança pessoal, grupal e social (MOSCOVICI, 1997).

As organizações estão sempre expostas a fatores tanto internos quanto externos que as impulsionam no sentido de se adaptarem, sobreviverem e crescerem. As Ciências Administrativas têm contribuído com um amplo e variado arcabouço teórico para desvendar os diversos elementos que estruturam a ação organizacional.

Distinguem-se a Administração Pública e a administração das empresas, em geral, utilizando-se perspectivas de análise que contemplam as particularidades de cada um desses macro setores – o público e o privado. No caso da regulamentação estatal, todas as empresas que atuam nas modalidades empresariais existentes foram consideradas como empresas privadas, ou seja, seguradoras e cooperativas são consideradas como organizações idênticas.

Constata-se, no entanto, que tais empresas não constituem um conjunto homogêneo de organizações, pois algumas particularidades as distinguem. Sendo assim, retoma-se a questão básica que orientou o presente estudo, ou seja, *o que a regulamentação estatal provocou na gestão das organizações do segmento de assistência médica suplementar* para apresentar o caso da cooperativa médica estudada no capítulo seguinte.

5 IMPACTOS DA REGULAMENTAÇÃO ESTATAL: O CASO ESTUDADO

5.1 Procedimentos metodológicos

5.1.1 Caracterização da pesquisa

Um dos importantes aprendizados ao longo da construção da presente dissertação de mestrado refere-se à própria escolha do tema e à definição da questão de pesquisa. A temática Reforma do Estado permite diversos enfoques, o que, por si só, suscita uma grande variedade de questões relevantes para a pesquisa acadêmica. O mesmo acontece com relação ao tema gestão organizacional.

Um dedicado trabalho foi necessário para tornar possível a articulação das duas temáticas de maneira a tornar essa abordagem relevante para a administração. Silva (2001, p.149) reconhece algumas dificuldades inerentes à opção por um estudo interdisciplinar: “a *utilidade do tema* para as organizações, a *relevância prática* para os administradores, e a *validade científica*, diante dos padrões preconizados pela pesquisa em administração.”

A administração das organizações públicas e a administração das organizações privadas, apesar de identificadas com um vocábulo comum, são disciplinas absolutamente distintas e, como tal, têm sido tratadas. Muitas são as especificidades que as distinguem. No entanto, uma importante conexão entre ambas acontece quando a administração pública formula políticas para serem implementadas por organizações privadas.

Sendo assim, decidiu-se articular as duas disciplinas da administração (pública e privada), verificando o que a regulamentação estatal provocou na gestão das organizações do segmento privado de assistência médica suplementar.

Considerando essa questão de pesquisa e a fase incipiente de estudos específicos em relação ao tema, escolheu-se a metodologia qualitativa de caráter exploratório-descritivo-analítico. No que tange à pesquisa qualitativa, esta tem sido uma tradição nas Ciências Sociais. Trata-se de uma abordagem que parte do princípio de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito e de que o conhecimento não se reduz a um inventário de dados isolados, conectados a uma teoria explicativa. Então, “o sujeito observador é parte integrante do processo de

conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado” (CHIZZOTTI, 1991, p.79).

A pesquisa qualitativa é, portanto, um tipo de investigação cujo compromisso maior está ligado às atividades de campo mais do que à manipulação de dados estatísticos. Por essa razão, seus instrumentos de coleta de dados diferem daqueles utilizados nas pesquisas quantitativas. A pesquisa aqui descrita utiliza, prioritariamente, o relato dos indivíduos que estão vivenciando, na organização estudada, o processo de regulamentação estatal. Compreende aqui o período de junho de 1998 a novembro de 2001.

Um estudo descritivo pressupõe a existência de algum conhecimento preliminar sobre o assunto a ser estudado e tem como objetivo a descrição das características do objeto escolhido. Esse tipo de estudo expõe características de determinada população ou fenômeno, procurando compreender o fenômeno como um todo (VERGARA, 1998).

Por seu turno, a investigação exploratória é realizada em área de que se tem pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Como sua natureza é de sondagem, não se levantam, a priori, hipóteses (VERGARA, 1998). Apresenta como finalidade principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou o levantamento de hipóteses para estudos posteriores (GIL, 1999).

Definidos tais parâmetros balizadores para a condução da presente pesquisa, em função da questão de estudo e do tema escolhido, o estudo de caso foi o método identificado como o mais apropriado para desenvolvê-la. Isto se justifica pela possibilidade de trabalhar várias dimensões da situação, implicando um aprofundamento da análise, e também pelo fato de ser uma forma de pesquisa empírica que permite investigar de maneira profunda fenômenos contemporâneos em seu contexto real, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claros (YIN, 2001).

Pode-se dizer que o método do estudo de caso apresenta como principal virtude a viabilidade de se compreender de forma profunda o fenômeno como um todo (GRENWOOD, 1973), tal como se buscou no caso estudado. No entanto, Yin (2001) chama a atenção para limitações deste método destacando dentre estas a dificuldade ou mesmo a impossibilidade de se fazerem

generalizações a partir do caso estudado, na medida em que a unidade pesquisada pode não ser representativa do universo total.

Apesar das vantagens que a pesquisa qualitativa apresenta, é importante ressaltar que tanto os instrumentos utilizados quanto a postura do pesquisador constituem objeto de crítica por parte dos cientistas de orientação positivista. Estes preconizam a utilização de instrumentos estatísticos como única maneira de obter o máximo de objetividade na pesquisa (GIL, 1999). Um atitude de absoluta neutralidade em relação ao fenômeno pesquisado é o que Skinner (1983) recomenda. Entretanto, desde a década de 70, estudiosos alemães (MARCUSE, 1968 e HABERNAS, 1971 *apud* GIL, 1999) têm analisado e demonstrado que não há neutralidade científica.

Minayo (2000) ressalta que os seres humanos não são simples forma, tamanho e movimentos. Estes têm uma vida interior que escapa à observação primária. Daí a dificuldade, na prática, de se realizar uma pesquisa social com neutralidade e objetividade. Sendo assim, é normal, esperado e essencial que os estados mentais tanto do observador como dos atores sociais envolvidos estejam presentes como parte das pesquisas na área social.

5.1.2 Definição do universo e seleção da amostra

O universo considerado para a presente pesquisa é o das organizações que compõem o segmento de assistência médica suplementar. Considerando a existência de quatro modalidades empresariais, a escolha das cooperativas médicas Unimed foi uma opção do pesquisador. As principais razões para tal são: a) a modalidade é composta por organizações cooperativas; b) a modalidade é o segundo tipo que surgiu no Brasil, atuando, portanto, há mais de 30 anos; c) as cooperativas médicas estão presentes na maioria dos estados e regiões brasileiras; d) a Unimed é o exemplo mais expressivo do cooperativismo médico no Brasil.

A organização escolhida foi uma cooperativa médica Unimed que se destaca no Estado de Minas Gerais em termos da quantidade de médicos cooperados e clientes. Esta seleção foi feita tanto por tipicidade, considerando-se as organizações que fazem parte do segmento de assistência médica suplementar, quanto por acessibilidade (VERGARA, 1998). A partir de então, iniciou-se o trabalho de conseguir a autorização da organização para a realização do estudo. Ressalta-se que esse é um dos aspectos da pesquisa que merece especial dedicação.

Em janeiro de 2001, foi feito o primeiro contato pessoal com um dos diretores da cooperativa médica selecionada, que será denominada aqui como Unimed-Alfa, de modo a preservar tanto o anonimato da organização pesquisada quanto dos indivíduos entrevistados. Na ocasião, foi exposto o estudo pretendido e solicitada a autorização da organização para a sua realização. No mesmo mês, uma segunda reunião foi realizada com a finalidade de se apresentar o projeto de estudo ao assessor indicado para acompanhar o pesquisador. Definiu-se pelo agendamento de uma terceira reunião com um consultor externo para acertar detalhes e a data para o início das entrevistas.

Outras três reuniões aconteceram com diferentes membros da organização e, no mês de maio, foi definitivamente autorizada a realização da pesquisa. Ficou evidenciada, de maneira informal, a preocupação da organização com o nível de exposição que a realização desse estudo poderia representar, em especial, em decorrência do contexto vivido pelo mercado de assistência médica suplementar no momento. Entretanto, notou-se que esta posição era ambígua, pois as pessoas contactadas demonstraram, ao mesmo tempo, reconhecer a relevância do estudo e a importância do mesmo para a própria organização.

Assim, um dos superintendentes da Unimed-Alfa foi indicado para acompanhar o trabalho, o jornalista da cooperativa para fornecer o material existente que pudesse contribuir para a recuperação do histórico da mesma e uma funcionária do departamento de RH ficou responsável por agendar as entrevistas.

Alguns documentos que retratam parte da história da organização foram fornecidos, permitindo que se constatasse que a mesma não está documentada de forma estruturada. Obtiveram-se também informações sobre médicos fundadores da cooperativa, identificados como potenciais informantes sobre o histórico da organização. Foram realizadas entrevistas não estruturadas com três fundadores da Unimed-Alfa e fez-se também uma entrevista com um médico cooperado, consultor de empresas do segmento de assistência médica suplementar para esclarecimento de algumas dúvidas.

Os entrevistados foram escolhidos levando-se em consideração que houve eleições na Unimed-Alfa, em abril de 1998, e uma nova administração assumiu o comando da cooperativa. Como é estatutariamente previsto, a Unimed-Alfa, de quatro em quatro anos, elege os Conselhos de Administração (15 cooperados), Técnico (nove cooperados) e Fiscal

(seis cooperados). Os Conselhos de Administração e Técnico têm mandato de quatro anos, e o Conselho Fiscal, de dois anos. Uma diretoria executiva, composta por seis médicos cooperados, é escolhida entre os membros do Conselho de Administração eleitos.

Sendo assim, decidiu-se por entrevistar os responsáveis diretos pela gestão da Unimed-Alfa e pela implementação das normas que estão sendo definidas pela regulamentação estatal, ou seja, a diretoria executiva; três conselheiros (sendo um do Conselho de Administração, um do Conselho Técnico e um do Conselho Fiscal 1998-2000); e a equipe de profissionais com função gerencial e de *staff* na atual administração (quatro assessores estratégicos, três superintendentes, dois membros da assessoria jurídica, onze gestores e três funcionários da administração anterior com função de coordenação, indicados por um dos assessores estratégicos). Ao todo, foram realizadas trinta e duas entrevistas.

5.1.3 Sobre a coleta de dados

Os dados utilizados na análise desenvolvida no presente estudo priorizaram como fonte principal de investigação o conteúdo das entrevistas no que tange a *impactos que a regulamentação estatal provocou na gestão da Unimed-Alfa*. Os dados documentais foram utilizados como complemento a estes depoimentos.

As entrevistas foram realizadas nos meses de agosto, setembro e outubro de 2001, na sede da cooperativa, exceto duas, que aconteceram nos consultórios dos entrevistados. Desde as primeiras entrevistas, pôde-se observar a limitação de tempo dos entrevistados. Em princípio, a organização agendou uma hora para cada entrevista. No entanto, estas duraram, em média, uma hora e vinte minutos, havendo, por parte da maioria dos entrevistados, disponibilidade e interesse em colaborar. Cada entrevista foi precedida de uma pequena explicação sobre os objetivos do estudo, momento no qual se enfatizou o anonimato no tratamento dos dados.

Um roteiro estruturado (APÊNDICE A) foi utilizado para as entrevistas. Esta opção se justifica pois os pontos que interessavam ser explorados foram preparados previamente, possibilitando alcançar um maior grau de profundidade (VERGARA, 1998). Todos os entrevistados permitiram que as entrevistas fossem gravadas e pode-se afirmar que, em grande parte das situações, os mesmos mostraram-se à vontade para responder às questões e expor suas opiniões.

Com a finalidade de se obter o perfil do grupo, um questionário foi respondido pelo mesmo (APÊNDICE B), tendo havido um retorno de 100%. Resultados encontrados serão comentados a partir da sessão 5.2.

5.1.4 O tratamento dos dados

Para fins de definição do perfil do grupo, os entrevistados foram divididos em dois grupos. O primeiro grupo foi composto por aqueles profissionais que ocupam função gerencial há três ou mais anos na organização, ou seja, 14 pessoas (43,70%); e o segundo grupo por 18 pessoas (56,3%) com função gerencial há menos de três anos na Unimed-Alfa.

O conteúdo de gravação de cada uma das entrevistas foi transcrito, gerando, em média, textos de cerca de 21 páginas cada, e compondo um total de 670 páginas de transcrição. Esse conteúdo foi analisado de acordo com metodologia desenvolvida pela Prof^a. Dr^a. Marlene Catarina Oliveira Lopes Melo, coordenadora do Núcleo de Relações de Trabalho e Tecnologias de Gestão – NURTEG –, do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração – CEPEAD –, da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Esta metodologia, que é fundamentada na análise qualitativa dos dados, constou basicamente de três etapas. Na primeira, cada pergunta do roteiro semi-estruturado deu origem a uma tabela. Esta tabela, com duas colunas, foi identificada com um título, de forma a retratar o conteúdo da pergunta formulada. Na primeira coluna, foram computadas as respostas de cada entrevistado e, na segunda, colocados o número da entrevista, uma barra e a página na qual a resposta está localizada. Por exemplo, anotou-se 01/03, que significa entrevista um/página três.

Na segunda etapa, procurou-se *enxugar* a tabela, ou seja, agregar as respostas por categoria conceitual de análise. As respostas de conteúdo idêntico, mas que foram verbalizadas de maneira um pouco diferente, foram agregadas. Obteve-se, assim, a proporção das respostas fornecidas pelos entrevistados por categoria temática.

Em uma terceira etapa, inicialmente, as entrevistas foram relidas para identificar *depoimentos* dos entrevistados relacionados aos objetivos específicos da pesquisa. A classificação dos

mesmos, em uma planilha temática (APÊNDICE C), complementou a análise das respostas, ou seja, no caso estudado, cada trecho retirado do total das entrevistas foi associado a um conceito relacionado às diversas dimensões de análise da regulamentação estatal e da gestão organizacional.

As tabelas de respostas associadas às temáticas constituíram um recurso de análise eficiente e confiável dos dados verbais coletados. Em outras palavras, a metodologia associou técnicas qualitativas e quantitativas, sendo que a virtude da mesma foi preservar a riqueza das primeiras, agregando a confiabilidade das segundas.

5.2 A Unimed-Alfa

A Unimed-Alfa foi uma das primeiras cooperativas médicas Unimed de Minas Gerais, e também do Brasil, tendo sido fundada no ano de 1971. Sua criação partiu de uma iniciativa da Associação Médica do Estado que, por meio de sua direção, designou um grupo de quatro médicos para estudar uma possível alternativa de trabalho para essa categoria profissional no contexto da época. Conforme foi explicitado no capítulo 3, a partir de 1966, com a fusão dos IAP's no INPS, houve uma mudança no cenário da assistência médica no Brasil, com a redução da clínica particular e o surgimento da modalidade de medicina de grupo para prestação de serviços médicos.

Da mesma forma como aconteceu em São Paulo, os médicos mineiros se preocupavam também com o que denominavam *mercantilização da medicina*. Um dos fundadores da Unimed-Alfa relatou o surgimento da medicina de grupo em Minas Gerais, sendo que, na realidade, esta modalidade de assistência pode ser subdividida em duas formas de empresariamento do trabalho médico: a intermediação por terceiros e a intermediação pelo próprio médico.

“Foi uma das primeiras. [...] Chamava ASSISTÊNCIA MÉDICA SABHER. Se fosse SABER... [...] Agora SABHER, por quê que tem aquele H? [...] Depois eu vim a descobrir. Era um sargento e um cabo aposentados da polícia militar que [...] entraram no [...] negócio de assistência médica [...] eles criaram um negócio, e botaram os *doutor* pra trabalhar lá, e atender. [...] Foi uma das primeiras medicinas de grupo da cidade”(ENTREVISTA A).

[...] Às vezes o médico falava: Ah, eu vou montar um negócio pra mim. Montava, botava um punhado de colegas para trabalhar para ele, ganhando dinheiro em cima do trabalho do colega. E aí começaram a surgir [...] o que é chamado medicina de grupo, que era um pessoal que até hoje, isso não mudou não, que tem uma visão mercantil do negócio, sabe? Quer dizer [...] os donos querem é ganhar dinheiro” (ENTREVISTA B).

Em face a essa nova realidade, membros da Associação Médica de Minas Gerais – AMMG – se mobilizaram no sentido de encontrar uma alternativa de trabalho para os médicos, mas de forma que não houvesse a figura do intermediador. De acordo com um dos membros do grupo de trabalho, um relatório com três propostas foi apresentado à direção da AMMG: a) a criação de uma sociedade civil (grupo de pré-pagamento); b) a formação de uma cooperativa de médicos; c) a constituição de uma companhia seguradora de saúde, “sob a égide da AMB, em que todos os médicos seriam acionistas” (JORNAL DO COOPERADO, 2000).

A decisão foi de se criar a cooperativa (1º nome da empresa), seguindo padrões da AMB (VIVEIROS, 1999). Em reunião realizada na sede da AMMG, em 01 de abril de 1971, um grupo de médicos assinou a ata da “Assembléia Geral de Constituição da Cooperativa Regional (1º nome da empresa) – Sociedade Cooperativa Regional da cidade de (nome da cidade), para prestação de serviços médicos e hospitalares Ltda.” Esta cooperativa iniciou suas atividades em 15 de outubro de 1971, tendo sido registrada no INCRA (UNIMED, 1971b).

Para sua fundação, cada associado contribuiu com o capital de 06 (seis) cotas de Cr\$100,00⁶⁵ (cem cruzeiros) cada, perfazendo um total de 912 cotas-parte, ou seja, um patrimônio inicial de Cr\$91.200,00⁶⁶. Na data, foi aprovado o Estatuto Social e eleito o Conselho de Administração composto pelo presidente, superintendente, 1º tesoureiro, 2º tesoureiro e secretário. Também foi escolhida a Comissão de Ética com cinco membros efetivos e cinco suplentes, e para o Conselho Fiscal foram eleitos três membros efetivos e três suplentes. A (1º nome da empresa) foi criada abrangendo 32 municípios do Estado de Minas Gerais, conforme Ata de 01/04/71 (UNIMED, 1971b).

Na primeira reunião do Conselho de Administração, decidiu-se que o presidente, o superintendente e o 1º tesoureiro da (1º nome da empresa) iriam a Santos e Campinas verificar o funcionamento das Unimed’s das respectivas cidades. Na volta, concluiu-se que “a comissão que foi a São Paulo havia trazido valiosas informações da seqüência que deveria ser seguida para a implantação da (1º nome da empresa), de acordo com as Atas de 15 e 20/04/71.

⁶⁵O Salário Mínimo – SM, em 1971 era de Cr\$65,76. Sendo assim, um médico necessitava desembolsar 9,12 salários mínimos para se associar à (1º nome da empresa), quando a mesma foi fundada. Em 2001, utilizando-se o mesmo índice, esse valor seria de R\$1.650,70, considerando-se que o SM era de R\$181,00 (Disponível em: <http://www.fazenda.gov.br/portugues/salariominimo/salario_evolucao.html>. Acesso em: 05 nov. 2001).

⁶⁶ Este patrimônio inicial da (1º nome da empresa) correspondia a 1386,86 salários mínimos, em 1971, e R\$251.021,70, em 2001, utilizando-se os valores do SM dos respectivos anos.

Uma nova visita à Unimed-Santos foi realizada e incorporou-se às práticas da (1º nome da empresa): a) fórmula para cálculo de prêmios mensais para Plano A (grande risco), B (pequeno risco) e C (risco total), definindo-se os modelos para contratos individuais, familiares e com empresas; b) procedimentos para internação; c) modelo para contas hospitalares; d) pagamento de complementação ao médico; e) rotinas para atendimento do usuário; f) decisão sobre componentes para integrar a cooperativa: gerente administrativo, relações públicas, assessor comercial e advogado; g) proibição para que os funcionários forneçam informações sobre os cooperados; h) criação de central de atendimento; i) criação de comissão conjunta (1º nome da empresa) e Associação dos Hospitais para definir forma de contrato e valores⁶⁷; j) opção por Unidade de Trabalho – UT – móvel, e não fixa como utilizava a Unimed-Santos, conforme Ata de Assembléia Geral, realizada em 24/06/71 (UNIMED, 1971b).

Por Unidade de Trabalho entende-se a “medida de quantidade e qualidade do trabalho médico à qual se cotiza um valor mensurável em cada mês de acordo com fatores ligados ao custo do trabalho” (CARNEIRO, 1981, p. 220). No caso da Unimed-Alfa, adotou-se o valor fixo da UT. Por exemplo, em 2001, a consulta médica nessa cooperativa correspondia a 120 UT. Sendo o valor da UT igual a 0,25, o médico cooperado recebia R\$29,90 reais por consulta realizada (JORNAL DO COOPERADO, 2001).

Segundo Unimed (1971a, p.10), o objetivo da cooperativa era “a defesa econômico-social dos integrantes da profissão de médico, através do aprimoramento do serviço de assistência médico e hospitalar que será prestado sob a forma coletiva ou individual”.

Para cumprir esse objetivo, a cooperativa foi autorizada a assinar contratos para prestação de serviços com firmas e companhias que se interessassem em oferecer assistência médica e hospitalar a seus empregados e familiares. Também, por meio de planos específicos, a (1º nome da empresa) poderia oferecer planos individuais ou familiares assinando contratos com os interessados. O Estatuto atestava que “seja qual for a forma de prestação de serviços, deverá sempre ser objetivado o aprimoramento da assistência médica e hospitalar, com livre oportunidade a todos os associados e a observância do Código de Ética” (UNIMED, 1971a, p. 10).

⁶⁷ Em Santos, os hospitais recebiam de acordo com a tabela do INPS mais 20%, segundo a Ata de Assembléia Geral realizada em 24/06/1971 (UNIMED, 1971b).

Previu-se também que a (1º nome da empresa) deveria promover a educação cooperativista dos associados e participar de campanhas de expansão do cooperativismo e de modernização de suas técnicas (Art. 2º, §4º). O número de associados era ilimitado quanto ao máximo (Art. 4º) e, para associar-se, o médico deveria preencher uma proposta de admissão, fornecida pela cooperativa, e assiná-la em companhia do associado proponente (Art. 4º, § 1º) (UNIMED, 1971a, p. 10).

O Art. 8º determinava que o associado responderia subsidiariamente pelas obrigações contraídas pela cooperativa perante terceiros, até o limite do valor das cotas-partes de capital que subscreveu e o montante de perdas pelo qual fosse responsável. Definiu-se também a composição, o funcionamento e as atribuições da Assembléia Geral (órgão máximo decisório da cooperativa), dos Conselhos de Administração e Fiscal, e da Comissão Técnica (Ética). O Conselho de Administração teria mandato de dois anos, podendo ser reeleito e destituído; o Conselho Fiscal, mandato de um ano, e a Comissão Técnica, mandato de dois anos, eleita juntamente com o Conselho de Administração (UNIMED, 1971a, p.12).

Em 27 de março de 1972, a administração da (1º nome da empresa) foi eleita com 128 (80,5%) dos 159 votos válidos. Uma Assembléia Extraordinária, realizada em 08 de maio de 1974, introduziu no Estatuto Social as modificações impostas pela Lei n. 5.764/71, lei esta que definiu a política nacional de cooperativismo e instituiu o regime jurídico das sociedades cooperativas no Brasil.

Em uma Assembléia Extraordinária, realizada em 29 de maio deste mesmo ano, foram apresentados o Relatório da Diretoria, o Balanço Geral, a demonstração de Sobras e Perdas e o parecer do Conselho Fiscal, todos relativos ao exercício de 1973. Apresentando um *deficit* de Cr\$800.000,00⁶⁸, conforme Unimed (1971b, p.38) fundadores da cooperativa que foram entrevistados relembram:

“ela [1º nome da empresa] esteve quase quebrando. Inclusive numa assembléia, teve um cooperado, [...] ele levantou e propôs fechar a cooperativa: Não, esse negócio provou aí que não vai dar certo. Então antes que isso dê mais prejuízo para nós todos, antes que esse prejuízo aí aumente, [...] vamos fechar isso de uma vez” (ENTREVISTA A).

“Não me lembro ao certo se era um conselho fiscal... um conselho administrativo... Este conselho na assembléia em que nós tomamos posse, apresentou um relatório sugerindo o fechamento da (1º

⁶⁸ O *deficit* da (1º nome da empresa) correspondia a 12.165,50 salários mínimos, em 1971. Utilizando-se o mesmo índice, em 2001, esse déficit corresponderia a R\$2.201.865,00.

nome da empresa). Foram duas assembléias que impediram que ela (a empresa) fosse fechada. [...] e isso durou aí uns oito meses. Ela (a empresa) conseguiu pagar o seu passivo, evidentemente, quem pagou foi o médico, o médico é que é o dono da cooperativa. Conseguiu pagar esse seu passivo, diminuindo o repasse de honorários aos médicos” (ENTREVISTA B).

“a (1º nome da empresa) nesta fase passou por uma situação muito complicada, empresarialmente muito difícil... e um grupo de médicos continuou acreditando naquilo. Eu participava desse grupo. [...] Nessa hora, o [nome do médico] veio, e o [nome do médico] eles levantaram e falaram: Não, nós não concordamos com esse negócio de fechar, não. Nós, nós aceitamos assumir isso aqui” (ENTREVISTA B).

Nessa Assembléia foi então eleita a chapa que se dispôs a assumir e levar adiante a proposta do cooperativismo médico. Em junho de 1973, foi definida a primeira Estrutura Sistêmica e Organizacional da (1º nome da empresa), contemplando os seguintes aspectos: a) sistema cooperativista – assistencial; b) estrutura (ANEXO A); c) pessoal; d) regimento de pessoal; e) rotinas, conforme definido em Estrutura (1972).

Este mesmo documento informa que, na época, a cooperativa contava com 800 médicos cooperados, 55 hospitais conveniados e 20 mil usuários entre dirigentes e funcionários de cento e duas empresas, associações e outras instituições, além de associados individuais, sobre os quais não se cita o número de participantes. Consta também o parecer do Conselho Regional de Medicina de MG – CRMMG, aprovando a cooperativa (1º nome da empresa) como atividade profissional ética.

De acordo com as Atas de Assembléias da organização estudada e com o relato dos fundadores entrevistados, a segunda administração da cooperativa, por meio de onze medidas saneadoras, conseguiu recuperá-la e, a partir de então, a cooperativa cresceu e se solidificou. A Assembléia realizada em 30/07/1974 definiu o salário dos membros do Conselho de Administração: presidente, dez Salários Mínimos – SM regionais (C\$657,60); superintendente, oito SM (C\$526,08); 1º tesoureiro, seis SM (Cr\$394,56); e secretário, seis SM (Cr\$394,56). A partir da mesma data, cada conselheiro passou também a receber a importância de ½ SM (Cr\$32,88), por reunião, com exceção do presidente do Conselho de Administração.

Em 14 de outubro de 1975, reunidos em Assembléia Geral Extraordinária, os médicos cooperados aprovaram a mudança do Estatuto Social da (1º nome da empresa), e a mesma passou a denominar-se “Unimed-(nome da cidade) – Sociedade Cooperativa para prestação de serviços médicos e hospitalares Ltda”, abreviadamente “Unimed-(nome da cidade) Ltda.”. A

cooperativa passou a adotar também o símbolo da Unimed do Brasil, aprovado na Convenção de Cooperativas Médicas de 1974, em Campinas. Nessa época, a Unimed-Alfa congregava 32 municípios, conforme documentado em Ata de 14/10/1975.

Em março de 1976, houve eleições para a administração da cooperativa Unimed-Alfa. Os conselheiros que assumiram ficaram até 1978. Neste ano, aconteceu uma nova eleição de conselheiros. Cabe ressaltar que o presidente que assumiu em 1978 permaneceu no cargo até abril de 1998, ou seja, durante quatro mandatos.

Durante sua trajetória, a Unimed-Alfa e, particularmente, o presidente e superintendente eleitos em 1974, se dedicaram ao crescimento do cooperativismo Unimed tanto no Estado de Minas Gerais como no Brasil, conforme se pode observar por meio do relato dos fundadores entrevistados.

“os grandes sustentáculos que eu acho foram esses dois, o [nome do presidente 1974] e o [nome do superintendente 1974]. Numa época difícil eles seguraram isso aqui. E depois, a partir da Unimed- (nome da cidade) espalharam as Unimed’s de Minas [...] porque hoje são 63” (ENTREVISTA A).

“daí nós partimos para luta. [...] depois que eu fui eleito presidente pela primeira vez, o [nome do presidente 1974] foi eleito presidente da Federação. E eu e ele fizemos várias peregrinações. Várias vezes nós fomos a várias cidades do interior de Minas [...] naquela catequese, vamos dizer assim” (ENTREVISTA C).

“O Dr. [nome do presidente 1974] foi o grande propulsor do cooperativismo médico no Brasil e...e tanto que ele [...] era um pediatra muito conceituado, muito ativo e progressivamente foi deixando a atividade de pediatra para se dedicar integralmente ao cooperativismo médico” (ENTREVISTA B).

“mas ele que foi um baluarte na época, foi superintendente [1974], e ele ganhou o prêmio da bandeira do cooperativismo, foi ele quem fez ela. Ele entrou na disputa, e ele foi o primeiro lugar. Foi escolhida a bandeira que é a atual bandeira da Unimed do Brasil” (ENTREVISTA C).

A administração da Unimed-Alfa, que assumiu em 1974, comprou uma casa na região central da cidade, sendo esta a primeira sede da cooperativa. Após ter sido transferida duas outras vezes para imóveis adquiridos por administrações posteriores, no início da década de 90, a sede da Unimed-Alfa foi edificada. A inauguração aconteceu, em março de 1994 (Entrevistas com fundadores).

Em 1997, a carteira da Unimed-Alfa contava com aproximadamente 300.000 clientes, de acordo o Relatório Anual de 2000. Em fevereiro de 1998, a cooperativa congregava mais de 3.500 médicos cooperados, segundo dados fornecidos pela área de Recursos Humanos e 65

hospitais conveniados, conforme divulgou o Jornal da Cooperativa de Trabalho Médico (1998).

Algumas informações referentes ao período 1997-2001, solicitadas pela pesquisadora à Unimed-Alfa, de maneira a permitir caracterizar a cooperativa, de forma mais abrangente, não puderam ser disponibilizadas. Dentre essas informações ressaltam-se: carteira de clientes, número de médicos cooperados, valores da UT, número de funcionários, tipos e quantidade de treinamentos realizados, balanços e demonstrações de resultado. As justificativas apresentadas para tal posicionamento da organização foram: a) inexistência de um banco de dados com as informações solicitadas, referentes à administração anterior; b) as informações da administração atual, por instrução de membros do *staff* da Unimed-Alfa, não poderiam ser disponibilizadas. Dessa forma, a caracterização da organização apresenta limitações.

Em 31 de março de 1998, a Unimed-Alfa realizou eleições para os Conselhos de Administração (15 cooperados) e Técnico (10 cooperados), mandatos de quatro anos, e para o Conselho Fiscal (seis cooperados), mandato de dois anos, conforme Estatuto Social vigente. Duas chapas se candidataram, e venceu o grupo de oposição. Neste grupo vencedor havia entre seus membros conselheiros que fizeram parte da administração anterior.

Sendo assim, é provável que alguns dos médicos cooperados eleitos tivessem noção tanto das fragilidades quanto das possibilidades da Unimed-Alfa, face ao cenário que se configurou no Brasil, a partir de 1998, com a regulamentação estatal do segmento de assistência médica suplementar. Esses médicos assumiram o comando da cooperativa, em 01 de abril de 1998 e dois meses após sua posse, foi promulgada a Lei n. 9.656, que regulamenta as atividades do setor. Cabe ressaltar que a referida legislação já vinha sendo discutida desde meados da década, conforme examinado no capítulo 4.

Duas circulares, quais sejam, DIR.CIR.032/97 e DIR.CIR 04/97, encaminhadas pela administração anterior da Unimed-Alfa a todos os médicos cooperados, denotam inquietações da Unimed com o processo de regulamentação estatal que estava em curso. Na circular 032/97, o presidente da Unimed do Brasil, Edmundo Castilho, após expor suas preocupações com as perspectivas que se apresentavam em função de a condução do processo de regulamentação estar a cargo da área econômica do governo – SUSEP e CNSP – recomendou “fortalecer a rede de sistema Unimed prestigiando sempre a nossa seguradora”. Também

comunicava que “vários *workshops* serão realizados envolvendo cooperados e cooperativas de todos os graus, para consciência exata do que está acontecendo, e para o planejamento estratégico, visando transformar esta ameaça em alvissareira oportunidade”.

Além dos exemplos citados de comunicações internas da própria Unimed-Alfa, a imprensa veiculou reportagens que chamavam a atenção especificamente para a situação em Minas Gerais. Por exemplo, em 08 de fevereiro de 1998, um encarte do Jornal do Brasil intitulado *Saúde em Minas* trouxe uma matéria com o título “DISPUTA PELO MERCADO MINEIRO: seguradoras criam vantagens para enfrentar liderança da Unimed” (SAÚDE..., 1998).

Segundo a reportagem, as duas seguradoras consideradas mais agressivas, a Sul América e a Bradesco Seguradora, tinham como meta ampliar a participação no mercado mineiro. Apesar da liderança da Unimed em Minas Gerais, a estratégia dessas duas empresas visava principalmente conquistar pessoas que não contavam ainda com qualquer tipo de plano ou seguro-saúde. A matéria considerava também o mercado de Minas Gerais pouco explorado e, sendo assim, a seguradora Bradesco teria decidido investir na diversificação de clientes, utilizando uma rede restrita de serviços. Essa forma de organização da assistência médica reduzia em 25% o preço para o cliente. A Pax Minas e a Santa Casa de Misericórdia também lançavam planos de saúde destinados à população de baixa renda, com valores de R\$56,60 e R\$19,80, respectivamente. (SAÚDE..., 1998).

É nesse contexto que se torna de conhecimento público o resultado das eleições na Unimed-Alfa. O presidente eleito assumiu tendo como suas principais metas: a) aumentar a remuneração dos médicos; b) proporcionar maior participação dos cooperados nas decisões da entidade; c) elevar o valor da consulta de R\$20,00 para R\$39,00, conforme preconizava a AMB (OPOSIÇÃO..., 1998).

Uma correspondência, a DIR. CIRC. 018/98, datada de 23 de abril de 1998, foi enviada aos médicos cooperados. Nesta foram expostos os objetivos do grupo que assumiu a gestão da Unimed-Alfa para o período 1998-2002: a) valorização do trabalho médico; b) reintegração dos médicos cooperados ao ambiente da cooperativa, por meio da prática dos princípios cooperativistas; c) a dignidade de toda a categoria médica.

A nova administração atestava entender que uma relação saudável entre cooperado e cooperativa seria a condição básica para o verdadeiro cooperativismo e que, por meio de uma administração aberta e democrática, na qual o médico fosse priorizado, a Unimed-Alfa proporcionaria a todos os cooperados motivos concretos para acreditarem e investirem em sua cooperativa. Na mesma correspondência, ressalta-se que “para fazer frente às dificuldades atuais e às que estão a caminho, a Unimed-(nome da cidade) necessita, unicamente, de ser prioridade de cada um de seus cooperados. O nosso trabalho maior será o de conquistá-la”.

Quando a administração eleita assumiu, a estrutura organizacional da Unimed-Alfa (ANEXO B) era verticalizada, constando vários níveis hierárquicos. O presidente da cooperativa era apontado como a autoridade máxima da Unimed-Alfa, e a Assembléia Geral, os Conselhos de Administração, Técnico e Fiscal, níveis hierárquicos mais elevados da estrutura cooperativa (ANEXO A) não figuram no organograma.

Em 03 de junho de 1998, três meses após a posse dessa diretoria, foi promulgada a Lei n. 9.656/98 que regulamentou o segmento de assistência médica suplementar.

5.3 Impactos da regulamentação estatal na Unimed-Alfa

A Unimed-Alfa, sob o comando da direção que assumiu em abril de 1998, viveu, em junho, o imperativo de ter que se adequar às novas regras impostas pela Lei n. 9.656/98, regras estas que passaram a vigorar a partir de 01 de janeiro de 1999. O conteúdo e a abrangência da Lei, conforme pôde se verificar no capítulo 4, teve como conseqüência um período de adaptações e transformações para as empresas que atuam nesse mercado.

Sendo assim, esta etapa do estudo tem como objetivo verificar impactos da regulamentação estatal na cooperativa Unimed-Alfa. Conforme explicitado na sessão 5.1, foram realizadas 32 entrevistas com profissionais responsáveis pela gestão da organização. Do total dos entrevistados, 84,38% ocupam cargo gerencial e de *staff*, 9,38% têm função de coordenação e 6,24% são conselheiros.

As 32 entrevistas realizadas foram divididas em dois grupos para fins de análise do perfil do grupo. O GRÁF. 1 permite constatar que um pouco mais da metade (56,3%) dos entrevistados têm menos de três anos na Unimed-Alfa, 18,8% dos entrevistados, de três a cinco anos, 6,2%

dos entrevistados, de cinco a dez anos, outros 6,2%, de dez a quinze, 3,1% têm de quinze a vinte anos e 9,4% dos entrevistados, mais de vinte anos na organização.

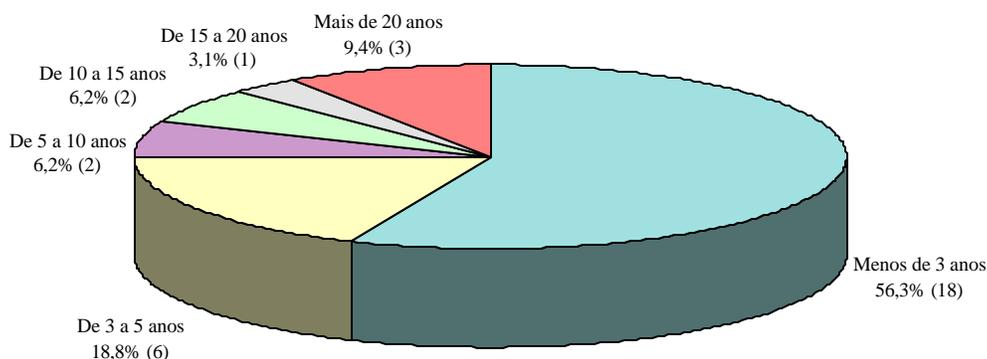


GRÁFICO 1

Distribuição do percentual de entrevistados quanto ao tempo de trabalho na Unimed-Alfa

FONTE – Dados de pesquisa.

Quanto à formação profissional, a TAB. 6 mostra que, entre os 14 entrevistados com três anos ou mais na Unimed-Alfa, havia nove médicos (64,3%) e cinco profissionais de outras categorias (35,70%), prevalecendo, portanto, os médicos. Entretanto, entre os entrevistados com menos de três anos na organização, identificou-se a presença de quatro médicos (22,2%) e quatorze profissionais com outras formações (77,80%), com destaque para a área de administração. Pode-se verificar a expressiva participação de outras categorias profissionais no grupo de entrevistados com menos de três anos na organização.

Isto quer dizer que a administração que assumiu a cooperativa em 1998 incorporou na equipe de gestão outras categorias profissionais além do médico, o que denota uma mudança no perfil de gestores da Unimed-Alfa, tendendo a uma profissionalização da equipe.

TABELA 6
Distribuição dos entrevistados quanto à formação profissional,
no geral e por tempo de trabalho na Unimed-Alfa

Formação profissional	Tempo na organização					
	Menos de 3 anos		3 anos ou mais		Geral	
	n	%	n	%	n	%
Estatístico	0	0,0	1	7,1	1	3,1
Médico	4	22,2	9	64,3	13	40,6
Direito	1	5,6	1	7,1	2	6,3
Assistente Social	0	0,0	1	7,1	1	3,1
Técnico de Contabilidade	0	0,0	1	7,1	1	3,1
Serviço Social	0	0,0	1	7,1	1	3,1
MBS em gestão de vendas	1	5,6	0	0,0	1	3,1
Administração de Empresa	6	33,3	0	0,0	6	18,8
Psicologia	2	11,1	0	0,0	2	6,3
Ciências contábeis	2	11,1	0	0,0	2	6,3
Analista de Sistema	1	5,6	0	0,0	1	3,1
Economia	1	5,6	0	0,0	1	3,1
Total	18	100,0	14	100,0	32	100,0

FONTE – Dados de pesquisa.

Considerando-se que 93,73% dos entrevistados ocupavam função gerencial na cooperativa, o GRAF. 2 mostra a distribuição dos respondentes quanto à realização de curso de formação gerencial, no geral, e por tempo de trabalho na organização. No geral, mais da metade dos entrevistados fez curso de formação gerencial. Comparando-se os dois grupos, verifica-se que naquele grupo constituído por entrevistados com menos de três anos na Unimed-Alfa, a maioria (81,13 %) dos respondentes tem formação gerencial.

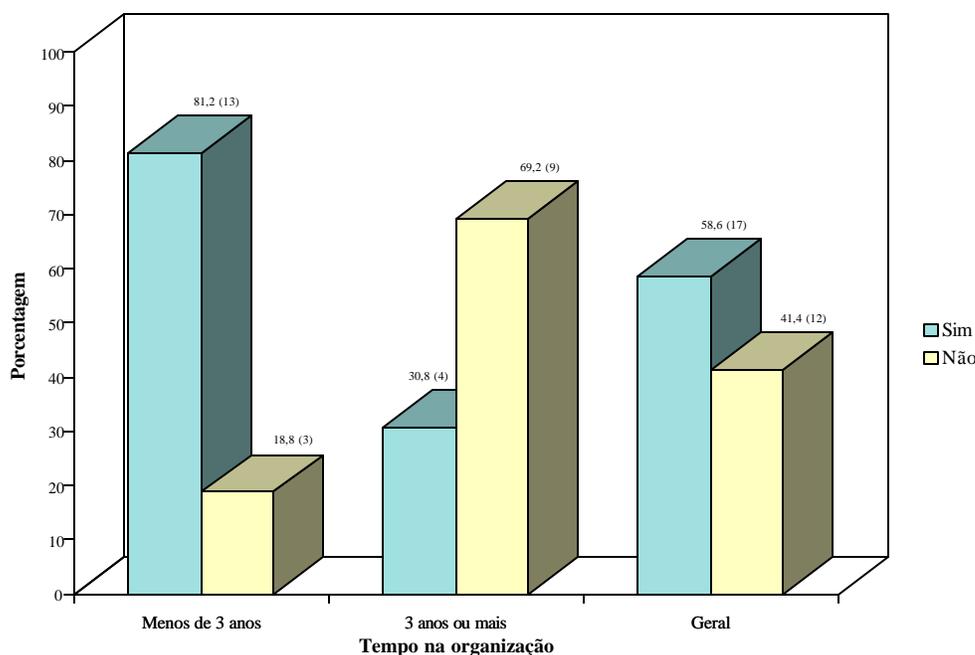


GRÁFICO 2

Distribuição dos entrevistados quanto à realização de curso de formação gerencial, no geral, e por tempo de trabalho na Unimed-Alfa

Nota: 3 casos sem informação no geral (Menos de 3 anos → 2 casos 3 anos ou mais → 1 caso)

FONTE – Dados de pesquisa.

Este é um aspecto interessante de se observar na organização. A cooperativa Unimed-Alfa estava sendo gerenciada por um grupo de funcionários composto por profissionais de várias áreas, sendo esta uma mudança significativa que aconteceu na cooperativa nesses últimos três anos. Relatos de entrevistas com membros da atual administração explicitam a necessidade de adotar tal política para compor a equipe gerencial da Unimed-Alfa.

“... a primeira coisa foi a mudança de uma diretoria que vinha tendo há vinte anos. Então a Unimed teve uma diretoria nova com uma visão completamente diferente, com uma visão de mercado mais aberta, e com a profissionalização também” (ENTREVISTA 30).

“Essa reorganização tinha também o objetivo de reduzir a estrutura e o custo da cooperativa, torná-la mais eficiente. E a partir daí houve o processo, a decisão de profissionalizar a cooperativa. Então essa profissionalização implicou no recrutamento de profissionais do mercado, e foram recrutados aí, pelo menos 20 executivos que dirigem a cooperativa” (ENTREVISTA 2).

“...eu preciso de uma equipe, eu preciso de gente que sabe fazer isso, eu não tenho aqui dentro da Unimed, não existe esse povo aqui dentro [...] não há a mínima possibilidade de continuar. Aí eu comecei a montar uma equipe que eu gastei três anos e meio. Agora que está completa” (ENTREVISTA 14).

Essas mudanças apresentadas são parte de um processo maior de transformações pelo qual a Unimed-Alfa vem passando nesses últimos três anos. Elas fazem parte da reestruturação que estava sendo implementada pela cooperativa, por meio de sua atual administração, a partir de 1998, em um contexto de regulamentação estatal do segmento de mercado no qual a empresa atua.

A regulamentação estatal trouxe uma série de conseqüências para a Unimed-Alfa. Após a análise dos dados, verificou-se que os entrevistados indicaram 30 itens como conseqüência dessa regulamentação (TAB. 7).

A principal conseqüência apontada foi o impulso para a modernização, profissionalização e reestruturação (50,00%), seguida pelo investimento em promoção de saúde, por meio da prevenção, objetivando a redução de custos (35,71% das respostas) e estudo para controle de custos, além de mudanças nas rotinas e processos (21,43% cada).

A questão da modernização e profissionalização é reforçada por outras conseqüências correlatas apontadas enfocando as áreas de:

1. *estratégia organizacional* – necessidade de negociação com prestadores de serviço, necessidade de fazer concessões a clientes com contratos antigos, adequação do preço do produto ao cliente, fornecimento de remédios a baixo custo para os clientes (14,29% cada um), reflexão e avaliação dos aspectos internos e externos à organização, mudanças na relação Unimed-Alfa/cliente/médico cooperado (7,14% cada);
2. *finanças/controle de custos* – necessidade de estudo do impacto financeiro para a liberação de procedimentos, aumento das despesas/ônus para a Unimed-Alfa (14,29% cada), estudo do impacto financeiro dos planos regulamentados, necessidade de muito estudo antes de fazer as adequações, necessidade de introduzir o *managed care*, necessidade de fazer cálculo atuarial (7,14 cada um);
3. *reorganização interna* – contratação de prestadores de serviços para especialidades incluídas na nova legislação (14,29%), mudança constante na forma de trabalhar - Resoluções e Medidas Provisórias, criação de perícias para coberturas que não existiam antes da lei, necessidade de muito retrabalho até que a Unimed-Alfa se organizasse, necessidade de adaptar contratos para atender as novas exigências, adequação da contabilidade (plano de contas) às exigências da ANS, necessidade de manter tratamentos

- médicos constantemente atualizados, aumento significativo do trabalho de advogados, (7,14% cada um);
4. *marketing* – necessidade de vender produtos diferentes do plano-referência, possibilidade de ofertar produtos com diferenciais para os clientes, necessidade de maior investimento na área de vendas e marketing; responsabilização dos vendedores por aquilo que falam (7,14% cada um);
5. *capacitação/formação do quadro funcional* – treinamento de todos os funcionários sobre a nova lei, incorporação de epidemiologistas, atuários e estatísticos à equipe (7,14% cada).

TABELA 7
Conseqüências que a regulamentação estatal provoca na Unimed-Alfa

Itens discriminados	%
Impulso para modernização/transformação/ profissionalização/reestruturação	50,00%
Investimento em promoção de saúde/prevenção (redução de custos)	35,71%
Estudo/control de custos	21,43%
Mudança nas rotinas e processos	21,43%
Necessidade de negociação com prestadores de serviço	14,29%
Necessidade de fazer concessões a clientes com contratos antigos	14,29%
Adequação do preço do produto ao cliente	14,29%
Fornecimento de remédios a baixo custo para os clientes	14,29%
Necessidade de estudo do impacto financeiro para a liberação de procedimentos	14,29%
Aumento das despesas/ônus para a Unimed-Alfa	14,29%
Contratação de prestadores de serviços para especialidades incluídas na nova legislação	14,29%
Reflexão e avaliação dos aspectos internos e externos à organização	7,14%
Mudanças na relação Unimed-Alfa/cliente/médico cooperado	7,14%
Estudo do impacto financeiro dos planos regulamentados	7,14%
Necessidade de muito estudo antes de fazer as adequações	7,14%
Necessidade de introduzir o <i>managed care</i>	7,14%
Necessidade de fazer cálculo atuarial	7,14%
Mudança constante na forma de trabalhar (Resoluções e Medidas Provisórias)	7,14%
Criação de perícias para coberturas que não existiam antes da lei	7,14%
Necessidade de muito retrabalho até que a Unimed-Alfa se organizasse	7,14%
Necessidade de adaptar contratos para atender as novas exigências	7,14%
Adequação da contabilidade (plano de contas) às exigências da ANS	7,14%
Necessidade de manter tratamentos médicos constantemente atualizados	7,14%
Aumento significativo do trabalho dos advogados	7,14%
Necessidade de vender produtos diferentes do plano referência	7,14%
Possibilidade de ofertar produtos com diferenciais para os clientes	7,14%
Necessidade de maior investimento na área de vendas e marketing	7,14%
Responsabilização dos vendedores por aquilo que falam	7,14%
Treinamento de todos os funcionários sobre a nova lei	7,14%
Incorporação de epidemiologistas, atuários e estatísticos à equipe	7,14%

FONTE- Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA- A soma das freqüências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Assim, a regulamentação estatal trouxe para a Unimed-Alfa

“... uma necessidade de a Unimed se estruturar de uma forma extremamente profissional. De se organizar enquanto empresa nos seus processos internos, rever estruturas, rever pessoas, rever fluxos de processos, rever formas de relacionamento com o mercado, clientes, comunidade, forma de relacionamento com o próprio poder institucional jurídico, legislativo e executivo. E o próprio relacionamento com os órgãos de governo” (ENTREVISTA 22).

“Ela trouxe uma exigência de uma modernização da Unimed para que ela conseguisse processar tudo isso” (ENTREVISTA 14).

“...a regulamentação impôs novas condições e criou uma nova perspectiva no mercado, em função da perspectiva dos planos. Ou seja, ou eles se profissionalizam ou eles não vão ter condição de se manterem no mercado” (ENTREVISTA 02).

“... uma vez que você tem limitação de reajustes, e de repassar qualquer custo, para o preço final do produto, você tem que se adequar internamente e controlar custo” (ENTREVISTA 1).

“...a gente participou de algumas ações também de estudar impacto da liberação, porque tem planos maiores. A Unimed estudou custos, fez cálculo atuarial” (ENTREVISTA 26).

“...passa a existir a necessidade de você profissionalizar a gestão, e redefinir os processos operacionais dentro da cooperativa, com vistas à redução de custos e aumento da eficiência da cooperativa para uma competição pelo mercado” (ENTREVISTA 9).

“... começou a ter uma preocupação muito grande com custo, e com otimização do trabalho. Otimizar o trabalho. E eu vejo, por exemplo, a preocupação muito grande em atender de uma maneira bem mais ativa, bem mais efetiva, os pacientes de alto risco. Onde você é proativo, então você evita que ele adoça, para diminuir o custo. Então o quê que você faz? Você diminui o seu custo e proporciona uma qualidade de vida muito melhor para o cliente, você evita que ele adoça” (ENTREVISTA 24).

“... é que nós não queremos ser um plano de doença, nós não queremos tratar a doença de nosso cliente. Nós queremos evitar que ele adoça, nós queremos que ele previna sua doença. Primeiro porque ninguém quer adoecer; eu acho que ele compra um plano de saúde é para não adoecer; e segundo que é mais fácil prevenir do que curar, e mais barato” (ENTREVISTA 18).

A regulamentação estatal determinou que as empresas do segmento de assistência médica suplementar investissem em promoção da saúde. De acordo com Mendes (1998), a promoção da saúde é um novo paradigma que segue tendências mundiais, particularmente, a experiência canadense de reforma da assistência médica, pois vai além das medidas racionalizadoras contempladas nas agendas de reforma.

As medidas racionalizadoras da assistência médica estão inseridas em propostas de reestruturação dos serviços de saúde que emergiram com vigor, particularmente, na década de 90, em âmbito mundial. Elas apontaram no sentido da diminuição de gastos hospitalares, passando por atenção ambulatorial, *home-care*, investimento na atenção primária e prevenção (MENDES, 1998; ALMEIDA, 1999). Outra estratégia que se consolidou na agenda das reformas foi o *managed care* ou atenção gerenciada (MENDES, 1998).

Face às conseqüências que a regulamentação estatal provocou na Unimed-Alfa, avaliaram-se as dificuldades que a implementação dessa legislação trouxe para a cooperativa. As principais dificuldades apontadas pelos entrevistados foram a indefinição das regras da lei / excesso de MP's alterando a lei, juntamente com a liberação indiscriminada de procedimentos pelo Judiciário beneficiando clientes que possuem planos antigos, como se fossem novos, com 78,57% cada uma, conforme TAB. 8.

Pode-se afirmar que tais dificuldades relacionam-se à não migração obrigatória para os planos regulamentados, o que gerou muitos problemas para a organização (42,86%). Também com a mesma porcentagem está a falta de clareza nas regras e itens da lei. Aparece com 21,43% das respostas a existência de dificuldades que são consideradas normais a processos de adaptação. Alguns relatos de entrevistas retratam essas dificuldades vivenciadas pela Unimed-Alfa.

“... o que é mais difícil da implementação não está vinculado à Lei n. 9.656 mas ao volume absurdo de medidas provisórias que vem acontecendo, ou seja, a lei tem pouco mais de dois anos e nesse período já surgiram mais de 40 medidas provisórias” (ENTREVISTA 23).

“A dificuldade que a gente tem, e que eu já falei aqui, é a questão do judiciário. Porque eles tratam os dois, os planos antigos e os planos novos, como tendo o mesmo direito, a mesma cobertura” (ENTREVISTA 9).

“As dificuldades elas estão muito no campo jurídico e operacional. Ou seja, a lei, ela do ponto de vista do cumprimento dela, ela é muito confusa. O cumprimento da legislação, da forma que ela foi aprovada, não teria grandes problemas, grandes dificuldades. Mas na hora da regulamentação e do detalhamento surgiram muitas questões. Por exemplo, a questão da não obrigatoriedade da migração para os planos novos” (ENTREVISTA 2).

O item seguinte citado diz respeito à necessidade de atualização constante das informações do departamento jurídico e acompanhamento das mudanças que acontecem no rol de procedimentos da ANS (14,29%), conforme explicitam entrevistados.

“... o rol de procedimentos elaborado pelo Ministério da Saúde ele é bem abrangente mas ele muda muito. Como eu já havia dito, tem procedimento médico que surge todo dia então, tem procedimentos que não constam no rol do Ministério da Saúde e, às vezes, a gente não sabe e é obrigatoriedade da Unimed cobrir para os seus clientes. Então acho que o grande impasse, o grande problema que ela tem enfrentado ultimamente é esse, porque o departamento jurídico tem de ficar atento o tempo todo” (ENTREVISTA 30).

“... o nosso jurídico, ele tá muito em busca disso, ele sempre procura se... como é que eu vou falar... se informar, se cercar de informações a respeito das mudanças no rol. Eu acho que é justamente isso, a gente tem que tá ligado mesmo com o que tá acontecendo, com o que tá mudando...” (ENTREVISTA 31).

TABELA 8
Dificuldades enfrentadas pela Unimed-Alfa com a regulamentação estatal

Itens discriminados	%
Indefinição das regras da lei/ excesso de MP's alterando a Lei	78,57%
Liberação indiscriminada de procedimentos pelo Judiciário beneficiando planos antigos como se fossem novos	78,57%
Desobrigação da migração para os planos novos	42,86%
Falta de clareza nas regras da lei	42,86%
Existência de dificuldades normais a processos de adaptação	21,43%
Necessidade de constante atualização do departamento jurídico / rol de procedimentos	14,29%
Aumento das tecnologias na área de medicina dificulta a definição de cobertura	14,29%
Dificuldade de gestão do plano em função da inflação na área médica (aumento de custos)	14,29%
Intervenções do Procon e da Justiça fragilizando economicamente as empresas	14,29%
Ausência de profissionais qualificados no mercado	14,29%
Aumento de custo para os clientes com os planos regulamentados	14,29%
Tratamento igual para todas as empresas / cooperativa tem particularidades	14,29%
Obrigações das empresas ressarcirem o SUS, sem terem informações sobre o atendimento	14,29%
Criação de imagem para o cliente de que ele tem direito a tudo	14,29%
Entendimento da legislação no que se refere à alta complexidade	7,14%
Caráter vago com relação ao que seja colocar todos os meios à disposição do cliente	7,14%
Ilegalidade do questionário dos clientes, declarando condições de saúde	7,14%
Risco de informar algo que já tenha mudado	7,14%
Rompimento do princípio probabilístico/ migração só é feita quando é interesse do cliente	7,14%
Alterações feitas pelas MP's em produtos que já foram vendidos	7,14%
Despreparo técnico/gerencial dos funcionários da Unimed-Alfa	7,14%
Despreparo tecnológico	7,14%
Definição de custos por cálculo atuarial	7,14%
Conseguir consenso sobre a melhor maneira de se adequar à legislação	7,14%
Desconhecimento do cooperado sobre o que é a ANS e o plano de saúde	7,14%
Atuação inconseqüente de alguns médicos cooperados	7,14%
Reajuste dos planos feito através da inflação	7,14%
Desigualdade na competição com grupos internacionais	7,14%
Estímulo externo para que os clientes se voltem contra as empresas	7,14%
Desatualização da tabela da TUNEP/ fora da realidade de custos dos planos	7,14%
Não responderam	7,14%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA - A soma das freqüências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

O aumento das tecnologias na área de medicina dificulta a definição de cobertura e há dificuldades de gestão do plano de saúde em função da inflação na área médica, pois implica aumento de custos. As intervenções do Procon e da Justiça fragilizam economicamente as empresas assim como a obrigação de as mesmas ressarcirem o SUS, sem terem informações mais precisas sobre o atendimento que foi prestado ao cliente. Todas essas dificuldades, com 14,29% das repostas, foram relatadas assim pelos entrevistados.

“Então surgem procedimentos, surgem equipamentos, surgem próteses, surgem órteses muito caras. [...] E isso não existia há cinco anos atrás. Ou seja, e os planos vem sendo reajustados quando muito pela inflação. Então existe aí, não existe um cálculo da inflação na área médica, e são colocados novos custos dentro do plano, e isso tem dificultado muito a gestão do plano. [...] na medida que o Procon faz as intervenções, que a justiça faz outras, os planos que também tem sua parcela de culpa por não terem se preparado adequadamente para essas transformações. Mas no momento em que você fragiliza economicamente um plano, você está dilapidando um patrimônio dos clientes daquele plano” (ENTREVISTA 2).

“Ressarcimento ao SUS. Um retrabalho muito grande com conseqüências. Por quê? Você não tem um histórico daquele cliente naquele atendimento. Então você teve que acreditar simplesmente num documento que veio com informações bem sucintas. [...] Porque a Unimed atende ao que você compra, o seu produto. Você comprou um produto e se ela não controlar um pouco nisso ela não vai agüentar” (ENTREVISTA 30).

A ausência de profissionais qualificados no mercado, o aumento de custo para os clientes com os planos regulamentados, a criação de imagem para o cliente de que ele tem direito a tudo, e o tratamento igual para todas as empresas, sem considerar as particularidades da cooperativa (14,29% cada um) são itens também apontadas como dificuldades, conforme discurso dos entrevistados.

“... pouca gente qualificada com processo amplo, com visão larga com experiência, com memória de passado para você usar no presente e antever o futuro, então nós tivemos uma dificuldade grande nisso” (ENTREVISTA 14).

“... existe um custo maior do plano e o pessoal está com a corda no pescoço. Então [...] eu acho que é difícil” (ENTREVISTA 19).

“Eles [governantes] ainda desconheciam realmente como funciona uma cooperativa, Eles entendiam que tudo é plano de saúde. [...] Existe uma diferença muito grande de uma seguradora para uma cooperativa. A cooperativa é do cooperado, a seguradora é do acionista. Acionista não trabalha, não presta serviço, não é médico” (ENTREVISTA 25).

“... a imprensa muitas vezes ela informa de forma que não é a correta. E isso leva o pessoal [cliente] a entender que ele tem direito a tudo. Então eu acho até que foi a lei não. Foi o que foi divulgado” (ENTREVISTA 9).

O entendimento da legislação no que se refere à alta complexidade, o caráter vago com relação ao que seja colocar todos os meios à disposição do cliente, a ilegalidade do questionário dos clientes (declarando condições de saúde) e o risco de informar algo que tenha mudado são dificuldades que aparecem juntamente com o rompimento do princípio probabilístico (migração só é feita quando é interesse do cliente) e alterações feitas pelas MP's em produtos já vendidos (7,14% cada), conforme relatam os entrevistados.

“... as dificuldades são a inconstância com que as normas saem e a gente se vê obrigado a todo o momento, a todo instante está revendo. Quer dizer, eu praticamente eu tenho que está atualizando todo mês um contrato que vai ser comercializado” (ENTREVISTA 11).

“...uma grande dificuldade que a gente vem batalhando é como explicar para os clientes de produtos não regulamentados a diferença que tem de um em relação ao outro, e estimulá-los a migrar. Até porque como as diferenças de preços são extremamente significativas, enquanto eu não estou necessitando eu vou ficando, quando eu passo a necessitar eu mudo” (ENTREVISTA 22).

“... a lei coloca que o plano tem que colocar todos os meios à disposição do cliente para o seu tratamento. Isso é muito vago, e esses meios, com esse aumento das tecnologias na área da medicina, você não consegue definir, claramente, o quê que você está cobrindo” (ENTREVISTA 2).

Com o mesmo percentual de respostas (7,14%), foram citadas dificuldades que podem ser consideradas como características da organização cooperativista: conseguir consenso sobre a melhor maneira de se adequar à legislação, o desconhecimento do cooperado sobre o que é a ANS e o plano de saúde, e a atuação inconseqüente de alguns médicos, retratadas nos discursos a seguir.

“... até que a gente conseguiu chegar a um consenso sobre qual que seria a melhor maneira de conseguir fazer aquilo ali dentro do que está previsto numa resolução, na própria lei” (ENTREVISTA 28).

“...falta conhecimento do médico do que era o plano de saúde, do que era a Unimed, o que era a cooperativa, quais as conseqüências daquela maneira inconseqüente que o médico atuava...” (ENTREVISTA 14).

“ ...que a mudança que se teve foi de ter um cuidado de não liberar [...] algum tipo de procedimento que claramente não consta do rol de cobertura da ANS. E aí tanto devolvendo para o médico e explicando o porquê, como às vezes até tendo que discutir com o médico para fazê-lo perceber que se ele libera um negócio daquele, cria-se vamos dizer assim, uma jurisprudência, e abre um caminho para um negócio sem fim” (ENTREVISTA 22).

É interessante notar que, apesar das dificuldades enfrentadas pela cooperativa médica com a regulamentação estatal, os entrevistados, em sua maioria (64,29%), consideraram a existência de facilidades da Unimed-Alfa para adequar-se à regulamentação estatal do segmento de assistência médica suplementar.

A principal facilidade apontada foi o fato de a Unimed-Alfa possuir uma rede credenciada com ampla cobertura (55,56%), conforme apresenta a TAB. 9. O item seguinte, seriedade e o tradicionalismo da organização (33,33%), foi citado como uma facilidade da organização para se adaptar à regulamentação estatal. A credibilidade da Unimed-Alfa e o nome Unimed apareceu a seguir (22,22%).

Esses três últimos itens estão relacionados à imagem da organização na sociedade e à força da marca Unimed. O prêmio *Top of Mind*, recebido pelo Sistema Unimed em oito anos consecutivos, foi um exemplo citado pelos entrevistados, de como esses fatores são facilitadores para a Unimed-Alfa, nesse novo cenário brasileiro que é configurado com a regulamentação do setor, como pode ser observado em extratos de entrevistas.

“...a Unimed, ela é uma empresa tradicional no mercado mineiro. E é uma empresa que tem muito tempo. Então ela se formou, se consolidou numa estrutura que possibilitou que ela pudesse realmente atender o quê que a lei trouxe, as alterações” (ENTREVISTA 28).

“...não é à toa que faz muito tempo que a Unimed é líder. Porque os planos da Unimed eram planos honestos e que já tinham uma cobertura grande...” (ENTREVISTA 9).

“Ter a sua imagem, o nome, *Top of Mind* pela 8ª vez consecutiva. Quer dizer, é sinônimo de plano de saúde, tem então tudo isso” (ENTREVISTA 21).

“...os impactos são positivos porque a Unimed [...] por ser líder de mercado, ela tem a capacidade de [...] estar oferecendo uma condição melhor do que a lei determina que seja é dado aos clientes como cobertura” (ENTREVISTA 23).

TABELA 9
Facilidades da Unimed-Alfa para adequar-se à regulamentação estatal

Itens discriminados	%
Rede credenciada com ampla cobertura	55,56%
Seriedade, tradicionalismo da organização	33,33%
Credibilidade da Unimed-Alfa / o nome Unimed	22,22%
Inexistência de intermediários na relação da cooperativa/médico/cliente	22,22%
Unimed-Alfa tem sido sustentada pelo médico cooperado	22,22%
Grande estrutura da empresa/ampla carteira de clientes	11,11%
Oferecimento de serviço de qualidade a preço justo	11,11%
Manutenção da liderança de mercado da Unimed-Alfa	11,11%
Seriedade/correção dos planos de saúde oferecidos pela Unimed-Alfa	11,11%
Médicos são os donos da Unimed-Alfa	11,11%
Eficiência da equipe de profissionais	11,11%
Pessoal que entende/ que participa da análise de custos	11,11%
Boa vontade da Unimed-Alfa de trabalhar de acordo com as normas do governo	11,11%
Confiança dos clientes nos serviços prestados	11,11%
Não houve nenhuma facilidade	22,22%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA - A soma das freqüências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

A cooperativa médica apresentou uma outra importante facilidade para se adequar às novas regras da regulamentação, que foi exatamente o fato de não haver intermediários na relação cooperativa / médico / cliente (22,22%). De certa forma, este item está relacionado com o

outro item facilitador para a organização se adequar à regulamentação estatal: a Unimed-Alfa tem sido sustentada pelo médico cooperado (22,22%), que é o dono da cooperativa (11,11%).

“... a Unimed tem uma facilidade maior que os outros planos. É outro aspecto que a gente tem que considerar. Na Unimed, como ela é uma cooperativa dos médicos que trabalham com os clientes, então você praticamente só tem duas partes. Você tem o médico, que a cooperativa no caso aí, representa o médico, e tem o cliente. Você não tem um terceiro aqui na relação, que na empresa privada é o terceiro que precisa rentabilizar o seu investimento, precisa receber pelo seu empreendimento. Isto é uma facilidade” (ENTREVISTA 02).

“... num mercado competitivo conseguimos crescer é exatamente por isso. Primeiro o nome Unimed e a credibilidade que a cooperativa sempre teve, segundo a vantagem de ser cooperativa pois o médico é o dono e ele atende diretamente o seu cliente” (ENTREVISTA 18).

“... mas o principal que mudou foi o foco de que o dono, o principal era o médico cooperado. E hoje assim é claro para todo mundo que é o médico que paga a conta...” (ENTREVISTA 19).

Face a essa nova situação proporcionada pela regulamentação estatal, a grande maioria (78,57%) dos entrevistados afirma que a Unimed-Alfa mudou sua forma de gestão. Na análise dos entrevistados (TAB. 10) essas mudanças tiveram as seguintes características:

1. *estratégica* – mudança radical na forma de gestão da Unimed-Alfa (81,82%), com a aceleração do processo de profissionalização para reduzir custos (36,36%), ampliação do negócio da Unimed-Alfa com a prevenção e promoção da saúde, melhoria da qualidade do atendimento ao cliente (ambos com 18,18%), implantação de indicadores de qualidade para acompanhar prestadores de serviços, implantação de indicadores internos de qualidade, necessidade de se ter visão de mercado/criar estratégias, orientação dos clientes para que façam adesão ao plano regulamentado (cada um com 9,09% das repostas);
2. *estrutural* – criação de novas funções/grande alteração funcional, horizontalização da estrutura hierárquica (18,18%), tentativa de formar uma boa burocracia, que não dependa da diretoria, responsabilização de cada superintendente por um macroprocesso, estabelecimento de responsabilidades por setor (9,09% para cada um);
3. *tecnológica* - redefinição dos processos/modernização da cooperativa, implantação de gestão por processos (cada um com 27,27% das repostas), implantação de três macroprocessos dentro da empresa (18,18%), redefinição dos processos operacionais/modernizações das áreas e dos processos, instalação de um *software* de gestão/SAP, intensa informatização, estímulo à informatização dos prestadores de serviços (cada um com 9,09% das repostas);

4. *humana* – recrutamento no mercado de quase toda a equipe gerencial (27,27%) e melhoria da equipe de profissionais (9,09%);
5. *cultural* – mudança de paradigma/cultura (18,18%);
6. *política* – médicos cooperados passam a compor somente a diretoria, o credenciamento de médicos passa a ser condicionado ao currículo e à prática, e muda-se o papel do médico cooperado na gestão da Unimed-Alfa (9,09% em cada um dos itens).

TABELA 10
Mudanças na gestão da Unimed-Alfa

Itens discriminados	%
Mudança radical da forma de gestão da Unimed-Alfa	81,82%
Aceleração do processo de profissionalização da gestão para reduzir custos	36,36%
Redefinição dos processos/modernização da cooperativa	27,27%
Implantação de gestão por processos	27,27%
Recrutamento no mercado de quase toda a equipe gerencial	27,27%
Implantação de três macroprocessos dentro da empresa	18,18%
Criação de novas funções/grande alteração funcional	18,18%
Horizontalização da estrutura hierárquica	18,18%
Mudança de paradigma/cultura	18,18%
Ampliação do negócio da Unimed-Alfa com a prevenção e promoção da saúde	18,18%
Melhoria da qualidade do atendimento ao cliente	18,18%
Redefinição dos processos operacionais/modernizações das áreas e dos processos	9,09%
Implantação de indicadores de qualidade para acompanhar prestadores de serviços	9,09%
Implantação de indicadores internos de qualidade	9,09%
Aumento da eficiência da Unimed-Alfa para competir no mercado	9,09%
Responsabilização de cada superintendente por um macroprocesso	9,09%
Estabelecimento de responsabilidades por setor	9,09%
Médicos cooperados passam a compor somente a diretoria	9,09%
Instalação de um <i>software</i> de gestão/ SAP	9,09%
Credenciamento de médicos passa a ser condicionado ao currículo e à prática	9,09%
Tentativa de formar uma "boa" burocracia, que não dependa da diretoria	9,09%
Mudança no papel do médico cooperado na gestão da Unimed-Alfa	9,09%
Melhoria da equipe de profissionais	9,09%
Necessidade de se ter visão de mercado/ criar estratégias	9,09%
Intensa informatização	9,09%
Estímulo à informatização dos prestadores de serviços	9,09%
Orientação dos clientes para que façam adesão ao plano regulamentado	9,09%

FONTE- Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA- A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Tais mudanças podem ser constatadas nos estratos de entrevistas.

“... mudou da água para o vinho. Ela é muito mais uma empresa focada em cliente do que era. Ela é muito mais gerenciável, ou gerenciada. Ela é muito mais acompanhada e controlada. As decisões

são muito mais decisões profissionais, analisadas, na relação custo e benefício. Econômico, mas alguns momentos custo e benefício político também. Ela, ela tem mais densidade, ela tem mais consistência, ela tem mais informações” (ENTREVISTA 22).

“Porque ela começou a ter que ser uma empresa mais competitiva, a empresa é diferente você atuar igual a Unimed quando trabalhava num mercado fechado. De repente o mercado está aberto. Então as regras são assim, quem é mais competente é quem ganha. E aí ela teve que mudar bastante a gestão dela, eu acho que totalmente” (ENTREVISTA 27).

“...teve que profissionalizar a gestão e redefinir os processos operacionais dentro da cooperativa, com vistas à redução de custos e aumento da eficiência da cooperativa para uma competição pelo mercado” (ENTREVISTA 9).

“...a Unimed teve que mudar completamente [...] teve que se aparelhar de equipamentos de informática, não só de *hardware* e *software*, mas também de gente, gente competente, de gente pensante com alto grau de qualificação para que pudesse transformar essa empresa numa empresa moderna, uma empresa realmente vanguardista, uma empresa diferenciada” (ENTREVISTA 23).

“... essa mudança foi uma mudança de sair de uma gestão pouco consistente, sem *software*, sem *hardware* e sem pessoas na qualificação que se fazia necessária para a introdução de sistemas, tecnologia de informação, e realmente pessoas em condição de gerenciar melhor a cooperativa” (ENTREVISTA 22)

“Olha, eu acho que o mais importante de tudo é que aqui dentro da Unimed hoje, a diretoria assim de administração se baseia em processos. Nós temos três processos aqui dentro da Unimed. Que é uma área comercial, pela ordem aí, uma área comercial, que cria os produtos que a Unimed vai vender, e que vende, e que faz o Marketing da Unimed. Uma área de provimento de saúde, que entrega esse produto, é a que vai lá atender ao cliente, os clientes que compraram o plano de saúde da Unimed, e que trata das relações com os hospitais, com os prestadores de forma geral. E uma área administrativo financeira que é uma área de apoio a essas duas” (ENTREVISTA 9).

“Então essa profissionalização implicou o recrutamento de profissionais de mercado, e foram recrutados aí, pelo menos, hoje cerca de 20 executivos que dirigem a cooperativa. São executivos recrutados no mercado, praticamente todos novos” (ENTREVISTA 2).

“Nós não tínhamos a mesma estrutura antes da regulamentação. Talvez eu pudesse, a gente pudesse ter um parâmetro melhor. [...] Quer dizer, a Unimed mudou totalmente a sua estrutura” (ENTREVISTA 3).

“Buscou definir os processos principais da empresa e diminuir essa verticalização” (ENTREVISTA 1).

“Eu acho que a Unimed mudou em questões internas e em um todo desde que houve uma mudança interna na Unimed nesses últimos três, quatro anos nós tivemos uma alteração de paradigma, de cultura” (ENTREVISTA 30).

“A Unimed ela teve, está se tornando extremamente profissional, e mais do que nunca isso tornou-se inevitável” (ENTREVISTA 26).

“... antes do processo de mudança ela tinha um foco que a Unimed é uma empresa voltada para o seu médico cooperado. Ela teve que mudar o eixo, o médico cooperado é importantíssimo mas só existe médico cooperado se existirem [...] clientes. Não existe a hipótese da gente não estar voltado hoje para o mercado que a gente atende” (ENTREVISTA 23).

Esse processo de transformações pelo qual a Unimed-Alfa passou, a partir de 1998, estava sendo conduzido pela administração da cooperativa, que assumiu no mesmo ano. Nota-se que

houve uma importante influência da regulamentação estatal na mudança da forma de gestão da cooperativa médica estudada.

A organização não estava preparada para enfrentar as novas regras impostas pela legislação, conforme se pôde constatar em depoimento dos entrevistados. As transformações que aconteceram contemplam variáveis-chave da gestão organizacional. Mudaram-se as estratégias, a estrutura, a utilização de tecnologia, as pessoas, a cultura e a questão política na Unimed-Alfa.

Em basicamente três anos, uma cooperativa médica do segmento de assistência médica suplementar com receita anual bruta de mais de R\$400 milhões, uma carteira de 386.486 mil clientes, e 3861 médicos cooperados (UNIMED, 2000b), viu-se diante da necessidade de promover uma profunda transformação na sua gestão, particularmente, em decorrência da regulamentação estatal, transformações essas que serão examinadas no capítulo a seguir.

6 GESTÃO DA COOPERATIVA MÉDICA UNIMED-ALFA FACE À REGULAMENTAÇÃO ESTATAL

O capítulo anterior examina impactos da regulamentação estatal na Unimed-Alfa e mostra que a cooperativa médica passou por importantes transformações, a partir de 1998. Os entrevistados informaram que houve uma mudança radical na forma de gestão da organização, impulsionada pela regulamentação estatal do segmento de assistência médica suplementar.

Esta regulamentação pode ser considerada como importante mudança no ambiente externo. Em geral, quando ocorrem mudanças ambientais, as organizações se transformam para se adaptarem, sobreviverem e crescerem (MOTTA, 1995; PORTER, 1996; DRUCKER, 1999; KOTLER e ARMSTRONG, 1999; PRAHALAD, 1999) dentre outros.

Este capítulo tem como objetivo analisar os resultados obtidos junto aos entrevistados quanto ao caráter das mudanças na gestão da Unimed-Alfa. A análise enfocou seis perspectivas para o estudo das mudanças organizacionais, quais sejam, estratégica, estrutural, tecnológica, humana, cultural e política. Adotou-se tal abordagem proposta por Motta, pois acredita-se que “a organização é um fenômeno social global” (MOTTA, 2000, p.119).

O processo de reestruturação e modernização da organização estudada contou com a participação de uma consultoria externa, sendo que o Projeto de Reestruturação Organizacional da Unimed-Alfa é datado de fevereiro de 2000, época em que a mudança radical se iniciou. A administração 1998-2002, eleita em abril de 1998, assumiu a gestão da cooperativa e, face ao novo cenário configurado pela regulamentação estatal, empreendeu transformações na organização pois a Unimed-Alfa estava

“... despreparada, no início, do ponto de vista técnico, informática, de tecnologia, de dados, de números. Ela tinha uma grande dificuldade. [...] Então é nosso atraso (sorriso) tecnológico e nosso atraso em recursos humanos é que foram grandes dificuldades. Esse processo de regulamentação, que pode até ser natural mas a gente não esperava que fosse com tanta intensidade essas dificuldades. Dificultou muito o andamento das coisas e até que a Unimed conseguisse se posicionar perdeu tempo, perdeu serviço, perdeu trabalho, perdeu processos, perdeu tudo, teve que voltar e fazer tudo de novo. Não deu certo, trocou, voltou ...” (ENTREVISTA 14).

“... a partir de um determinado momento tomou-se uma decisão de reestruturar de forma intensa a cooperativa. E aí partiu-se de um planejamento estratégico, feito com a participação da alta direção, os diretores, mais os executivos de primeiro escalão [...] Foi contratado um estudo de reorganização da arquitetura organizacional [...] entrou uma consultoria dentro da Unimed que pensou o negócio da Unimed sobre vários aspectos” (ENTREVISTA 2).

O projeto desenvolvido utilizou a abordagem de análise de macro processos da cooperativa e o valor por eles agregado, entendendo-se que

uma empresa gera valor através de seus macro processos e não através de suas funções. Organizações funcionais geram normalmente super estruturas (especialmente as centrais) e *gaps* de responsabilidade no espaço interfuncional, escondendo potencial aumento de eficácia da empresa para cumprimento de sua missão (UNIMED, 2000a, p. 3).

De acordo com o modelo conceitual utilizado no projeto, a definição dos macro processos da cooperativa foram estabelecidos com a finalidade de que a Unimed-Alfa pudesse cumprir sua missão. Portanto, após várias tentativas, erros e acertos, a administração decidiu por transformar a cooperativa de forma radical, partindo de um planejamento estratégico. A decisão foi tomada face à situação experimentada pela alta administração da Unimed-Alfa, naquele momento, e que pode ser resumida no seguinte depoimento

“... eu fui prevenido na época que seria um risco aquelas mudanças. Eu falei: eu também acho que é um risco, concordo que a... mudança agora... a mudança é risco. A não mudança é certeza, é fracasso. Então é falta de opção – ou mudava, ou mudava” (ENTREVISTA 14).

6.1 Mudanças na estratégia

A organização processava internamente profundas transformações. O crescimento planejado seguiu diretrizes de segmentação do mercado por área geográfica. Os pontos de revenda foram instalados em regiões estratégicas da cidade, e passou-se a investir em uma política de comercialização mais agressiva. Para manter a posição de liderança e continuar crescendo, as estratégias adotadas pela cooperativa foram a ampliação do mercado com planos populares voltados para a classe C e D, o reforço da posição na classe A e o investimento também no setor de atendimento, com a inauguração do *call center*. A implantação do *software* de gestão *Customer Relationship Management* – CRM – também foi uma das decisões que denotam a mudança na estratégia comercial da cooperativa (UNIMED, 1999; UNIMED, 2000b).

As mudanças apresentadas foram decorrências do planejamento estratégico da organização, sendo esta ferramenta gerencial a opção adotada como base do planejamento da Unimed-Alfa. Segundo Kotler (1995), é uma ferramenta interessante, pois estimula a administração a pensar de maneira sistemática.

A Unimed-Alfa utilizou técnicas voltadas para a elaboração de uma análise do ambiente interno e externo da organização visando definir objetivos que possibilitassem à cooperativa ajustar-se às condições de mudanças no cenário do País. A empresa consultora realizou uma análise de documentos internos da cooperativa (tais como o Estatuto Social) e entrevistas com a diretoria para identificar a missão da organização. Em seguida, analisou o ambiente externo, por meio de estudo do mercado, de concorrentes e de fornecedores. De acordo com o Projeto de Reestruturação 2000, após o entendimento do ambiente interno e externo, foi definida a estratégia a ser adotada pela Unimed-Alfa.

Essas técnicas do planejamento estratégico que foram utilizadas pela cooperativa estudada são apontadas também por Silveira Jr. e Vivaqua (1996), dentre outros autores, como capazes de permitir às organizações ajustarem-se a mudanças ambientais.

A Unimed-Alfa fez a opção por uma gestão estratégica. De acordo com Tavares (2000, p.164) “o processo de gestão estratégica inicia-se efetivamente a partir da delimitação do negócio, formulação da visão, da missão e do inventário de competências distintas da organização”. A cooperativa médica estudada definiu sua identidade organizacional, conforme está retratado a seguir.

O negócio da Unimed-Alfa é “Soluções de Saúde”. “Ser reconhecida como a melhor organização em soluções de saúde do Brasil até o ano de 2005” é sua Visão. A Missão desta cooperativa médica é “Valorizar o trabalho médico e prover soluções de saúde, assegurando a satisfação dos seus clientes” (UNIMED 1999, p.4; UNIMED 2000b, p.4).

A definição do negócio indicou o espaço que a Unimed-Alfa deseja ocupar no mercado; a Visão aonde a cooperativa médica quer chegar, e a Missão “o papel que a mesma pretende desempenhar face a estas oportunidades” (TAVARES, 2000, p.164). Constata-se que o negócio definido para a Unimed-Alfa significou uma mudança de paradigmas. O empreendimento, antes voltado para a assistência médica aos clientes doentes, foi ampliado com a inclusão da prevenção e da promoção de saúde. Assim, a Unimed-Alfa projetou o espaço que quer ocupar no mercado, conforme relatado por entrevistados.

“Desde mudanças de paradigmas operacionais onde você começa a tratar o negócio da Unimed de maneira mais ampla, envolvendo já a questão da prevenção e da promoção da saúde” (ENTREVISTA 2).

“Esta mudança de paradigma é tão importante que a Unimed quer fazer uma alternativa de assistência médica, não que seja para a Unimed [nome da cidade] e seus clientes. Mas que você chegue em qualquer lugar e fale: faça isso que nós já fizemos e deu certo por isso, isso, isso e isso. Local, brasileira, porque importado não se adapta aqui, porque as doenças são diferentes, o nível social é diferente, a evolução social é diferente, a cultura é diferente, a educação é diferente, e as doenças prevalentes são totalmente diferentes” (ENTREVISTA 14).

Ao definir o negócio, fica mais claro para a organização qual deve ser seu foco de atenção, ou seja, sua competência básica. Uma das estratégias que se preconiza é não entregar tal competência básica ao mercado (MOTTA, 2000).

No caso da organização estudada, a maioria dos entrevistados (78,57%) afirma que houve terceirização no processo de reestruturação. Segundo as respostas, conforme demonstra a TAB. 11, algumas atividades relacionadas com a competência básica da organização foram terceirizadas, tais como a internação domiciliar (63,64%), a assistência de urgência (54,54%), o serviço *Unibaby* (18,18%) e o gerenciamento de pacientes crônicos (9,09%), conforme demonstrado em depoimentos dos entrevistados.

“... outra coisa que a gente tem terceirizado também é o problema de pronto atendimento, de hospitais, por exemplo, nós não temos hospital da Unimed” (ENTREVISTA 17).

“Um bom exemplo é a assistência de urgência que é feita por uma empresa, a estrutura toda dela, inclusive da parte de ligação, telefone. Quando o cliente liga essa empresa que é acionada, e ela presta serviço mediante um cadastro que a gente fornece para ela dos nossos clientes. Então por exemplo, esse serviço que é voltado, que é, é também objetivo da Unimed como solução da saúde é prestado por um terceiro hoje” (ENTREVISTA 1).

A terceirização de atividades relacionadas à competência básica da cooperativa, segundo depoimento de entrevistado, aconteceu

“... porque ela [Unimed-Alfa] não tinha infra-estrutura no momento para fazer e nem tinha qualificação técnica para fazer. Agora ela [Unimed-Alfa] já tá revendo tudo isso e pensando em modificar. [...] É o atendimento pré-hospitalar, urgência, é o próprio *Unibaby*, esses processos começaram terceirizados. Hoje está sendo absorvido, recuperado pela Unimed porque até porque nós não tínhamos experiência, não tínhamos conhecimento e não sabíamos nem como que isso seria” (ENTREVISTA 14).

Conforme pode se verificar nos depoimentos, a necessidade de responder às demandas por serviços de que a cooperativa não dispunha anteriormente implicou a transferência para terceiros da execução dos mesmos. Entretanto, o depoimento acima demonstra a decisão da organização de assumir serviços relacionados com sua competência básica, que inicialmente foram terceirizados.

TABELA 11
Tarefas e serviços terceirizados pela Unimed-Alfa após a regulamentação

Itens discriminados	%
Internação domiciliar/ <i>homecare</i>	63,64%
Assistência de urgência	54,55%
<i>Unibaby</i>	18,18%
Serviços gerais (moto-boy, limpeza, conservação)	18,18%
Informática	18,18%
Gerenciamento de pacientes com doenças crônicas	9,09%
Emissão de carteiras	9,09%
Transporte terrestre	9,09%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

As parcerias e alianças estratégicas são outros dois elementos que sobressaem como tendências contemporâneas. Além de competir, as organizações necessitam criar o futuro e, para tal, os concorrentes são referências básicas *benchmarking* e potenciais parceiros para se conseguir *vantagens cooperativas* (MOTTA, 2000).

No entender de 92,86% dos entrevistados, a Unimed-Alfa tem realizado parcerias e alianças estratégicas. A TAB. 12 mostra que o maior percentual de respostas (50,00%) indica os hospitais como principais parceiros da Unimed-Alfa. Considerando-se que a assistência hospitalar é um produto comercializado pela Unimed-Alfa, e que esta não conta com hospitais próprios, os prestadores de serviços hospitalares são considerados pelos entrevistados como parceiros da organização.

“A própria parceria que ela [Unimed-Alfa] tem com [...] os hospitais, e na verdade são fornecedores da Unimed, isso aí são parcerias” (ENTREVISTA 32).

“No lançamento de um produto, nós temos um produto específico [nome do produto] onde foi feita uma parceria com certos hospitais para estar fazendo um desconto especial, para estar atendendo esse tipo de cliente, ou então para estar conseguindo ofertar um produto de qualidade, com preço bom no mercado, para atingir uma certa classe social. Então existe essas parcerias sim, porque a Unimed não tem hospitais” (ENTREVISTA 1).

As repostas apresentadas pelos entrevistados indicam que a Unimed-Alfa faz parcerias com a finalidade de obter *vantagens colaborativas*. Essa é umas das razões indicadas por Motta (2000), dentre outros autores, para a realização de parcerias entre organizações.

TABELA 12
Parcerias e alianças estratégicas da Unimed-Alfa, após a regulamentação

Itens discriminados	%
Hospitais	50,00%
Intercâmbio com as outras cooperativas do sistema	28,57%
CIEFAS	21,43%
Unicred	14,29%
Não sabem informar	28,57%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

O intercâmbio com outras Unimed's do sistema (28,57%) é uma parceria que viabiliza e fortalece o Sistema Unimed. Como tais cooperativas médicas são empresas independentes, administrativa e financeiramente, que compõem um sistema nacional que está presente na maioria dos estados e regiões do Brasil e têm uma marca forte, o intercâmbio realizado dentro do próprio sistema é um diferencial competitivo dessa modalidade de assistência médica suplementar. Sendo assim, o intercâmbio intra-sistema é um exemplo de colaboração entre concorrentes que permite estabelecer padrões (PRAHALAD, 1999), assim como cria *vantagens colaborativas* e referências como *benchmarking* (MOTTA, 2000).

O Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS – é um dos itens mostrados na TAB. 12 (21,43%). No segundo semestre de 2001, a Unimed-Alfa fez uma aliança estratégica com essa entidade que congrega planos próprios de empresas. Essa aliança permitiu uma negociação em bloco com os hospitais que prestam serviços a ambas as modalidades de assistência, conforme atestam os depoimentos de entrevistados.

“... as alianças [CIEFAS - Unimed-Alfa] são para contrapor a outra aliança [dos hospitais] É um contraponto para poder negociar. Já que era em blocos, vamos fazer em bloco” (ENTREVISTA 19).

“... no momento nós estamos num processo de aliança com o CIEFAS porque é aquele grupo de autogestão [...] E nós estamos aliados a eles, tomamos a iniciativa de procurá-los, apesar de em [nome da cidade] nós sermos um mercado maior do que eles, mas achamos que devia para a gente conversar com os hospitais” (ENTREVISTA 18).

“... nós estamos trabalhando junto com eles [CIEFAS]. Então o negócio é uma coisa necessária. Muita gente estranha, fala assim: mas o CIEFAS é concorrente seus! Falei não, não é concorrente, ele tem uma parte do mercado. Agora como tanto eles [CIEFAS] como nós [Unimed-Alfa] terceirizam com os hospitais, [...] a gente achou que era estratégico que a gente conversasse com os hospitais, unidas as entidades” (ENTREVISTA 17).

Essa aliança é uma aproximação entre as cooperativas médicas e as entidades representativas dos planos próprios de empresas – autogestão. Pode estar sinalizando no sentido da formação de dois blocos no segmento de assistência médica suplementar no Brasil, ou seja, de um lado as cooperativas médicas e as empresas de autogestão e, de outro, a medicina de grupo e as seguradoras. É uma delimitação entre empresas sem finalidade lucrativa e empresas que visam o lucro.

O fortalecimento de organizações sem fins lucrativos como prioridade para o desenvolvimento social é preconizado como alternativa particularmente para a América Latina (DRUCKER, 1999).

As justificativas apresentadas pelos entrevistados para a realização de parcerias e alianças estão apresentadas na TAB. 13. Pode-se verificar que o entendimento que os mesmos possuem destas estratégias é coerente com as demandas que surgem no novo contexto. Obtém-se *vantagens colaborativas* com parceiros e concorrentes para a redução de custos e para sobreviver em um mercado competitivo (15,38% cada).

TABELA 13
Justificativas para parcerias e alianças estratégicas

Itens discriminados	%
Necessidade de reduzir custos	15,38%
Necessidade de sobreviver no mercado competitivo	15,38%
Necessidade de ofertar novos produtos	7,69%
Fortalecimento do sistema Unimed	7,69%
Necessidade de obter benefícios	7,69%
Oportunidade de trocar experiências/conhecimentos	7,69%
Necessidade de unir forças para negociar em blocos	7,69%
Possibilidade de compartilhar os riscos	7,69%
Possibilidade de assumir uma fatia maior do mercado	7,69%
Necessidade de atender aos clientes em todas as áreas	7,69%
Não sabem informar	15,38%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

A regulamentação estatal padronizou o produto plano-referência, obrigando as empresas do setor a ofertarem novos produtos. A união de forças entre concorrentes (cooperativas e autogestão) foi uma forma que possibilitou negociar preços em bloco com os fornecedores de

serviços (hospitais) de ambos. Por outro lado, viabilizou-se a expansão do mercado (classes C e D), negociando-se com hospitais formas de ofertar produtos diferenciados (7,69% cada).

Uma das novas estratégias adotadas pela atual administração da Unimed-Alfa foi a aproximação com os médicos cooperados, conforme atestam 92,86% dos entrevistados, ao afirmarem que a cooperativa médica mudou essa relação.

A TAB. 14 apresenta as mudanças que aconteceram no relacionamento cooperativa – cooperados. Os entrevistados apresentaram os cafés da manhã promovidos pela administração 1998-2002 como uma forma de os médicos cooperados encontrarem-se com a diretoria da Unimed-Alfa para receberem informações, esclarecerem dúvidas e trocarem idéias (46,15%). Esta medida faz parte da estratégia de aproximação da cooperativa com os seus associados (23,08%) para um diálogo mais freqüente, assim como as visitas aos hospitais. Estas ações que visam, em última instância, promover a conscientização e o desenvolvimento dos cooperados (23,08%).

“...a gente tem feito muito para conscientizar o cooperado [...] Duas vezes por semana tem um café da manhã aqui na Unimed. Inicialmente tem uma apresentação dos números da Unimed, o que vem acontecendo, essa questão da lei [...] uma informação geral da Unimed” (ENTREVISTA 17).

“...a mudança mais profunda que houve, foi o cooperado ter que entender esse novo posicionamento da empresa no mercado. Quer dizer, não é mais a Unimed. Há mais um punhado de empresas abertamente competindo. Você uniformizou os produtos, muito próximo, teve portanto que caminhar para uma uniformização de preços, para vender, senão você não vende. E isso forçou a empresa a rever seus custos. E para rever seus custos ela teve que rever sua relação com os médicos cooperados” (ENTREVISTA 21).

“Então é preciso aí um novo trabalho de tá trazendo isso para consciência dos cooperados, que é preciso que a gente tenha esse monitoramento, esse gerenciamento sobre o plano, para o bem dos cooperados, que são donos do negócio, e são prestadores de serviço para a cooperativa, ao mesmo tempo” (ENTREVISTA 2).

TABELA 14
Mudanças no relacionamento com o médico cooperado, após a regulamentação

Itens discriminados	%
Cafés da manhã com diretoria e cooperados (informar, esclarecer dúvidas, trocar idéias)	46,15%
Aproximação da Unimed-Alfa com o médico cooperado	23,08%
Visitas aos hospitais/forma de encontrar com os cooperados	23,08%
Trabalho de conscientização/ desenvolvimento do cooperado	23,08%
Controle/acompanhamento/ negociação com o médico	23,08%
Dificuldades são transformadas em parceria	15,38%
Médico assume que é dono da cooperativa / trabalho intenso da cooperativa	15,38%
Postura aberta da nova diretoria	15,38%
Informatização viabiliza controles mais rigorosos sobre os médicos	15,38%
Promoção do cooperado (Jornal do Cooperado, revista Bem Viver e debates na TV	7,69%
Mudança de postura do médico em relação à clínica particular	7,69%
Aumento da transparência na relação com o cooperado/ credibilidade	7,69%
Criação de projetos de educação continuada para o cooperado	7,69%
Insatisfação devido à redução de renda e à instalação da informática	7,69%
Participação dos Conselhos Administrativo, Técnico e Fiscal no dia a dia da Unimed-Alfa	7,69%
Tabela nova da Unimed-Alfa permite maior acesso à tecnologia	7,69%
Promoção à saúde causa insatisfação aos cooperados / reduz a clientela nos consultórios	7,69%
Criação da UT bonificada	7,69%
Tentativa de convencer o médico de que a cooperativa é mantida pelos clientes	7,69%
Não responderam	7,69%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Uma mudança importante que aconteceu foi o aumento do controle sobre o trabalho médico, com o acompanhamento e a necessidade de negociações (23,08%), conforme relatam os entrevistados.

“... a gente teve que reestruturar essa parte toda [...] A preocupação com quem presta o serviço ao cliente, que é o principal, ou seja, o médico, e os prestadores de serviços. Tem agora vários indicadores de qualidade em cima desses atendimentos” (ENTREVISTA 21).

“Com a regulamentação o que que aconteceu? O cliente tem que ser atendido. Ele tem que ser atendido até o perfeito restabelecimento dele. Então o acompanhamento, o controle tem que ser feito em cima de quem? Não do cliente. Tem que ser feito em cima do médico. Então esse é o primeiro ponto. Ou seja, o médico tem que ser acompanhado” (ENTREVISTA 1).

Essa é uma medida que está relacionada com a estratégia da cooperativa para tentar sobreviver, em um contexto em que seus custos aumentaram. Uma das razões apresentadas pelos entrevistados se refere ao fato de a cobertura oferecida aos clientes ter sido ampliada sem a obrigatória migração de planos antigos para planos novos (regulamentados), conforme demonstram os depoimentos, a seguir.

“... uma falta de migração, e os clientes não entenderam. E não foi mostrado para eles pela imprensa e pelo governo que plano de saúde a partir de 1º de janeiro de 1999, era uma coisa diferente. Que os antigos planos precisavam de migrar com mudanças inclusive financeiras [...] você não paga o mesmo preço por um e por outro [...] E o meu custo, de onde é que eu tiro?” (ENTREVISTA 14).

“Quando a lei foi promulgada, eles disseram o seguinte. Que ela começaria a valer no dia 1º de janeiro de 1999 e, até dezembro de 1999, todo mundo que tinha plano de saúde teria que migrar para os novos planos. Então como a Unimed, na época, tinha aí trezentos e tantos mil clientes, o preço do plano novo foi calculado baseado em que todo esse pessoal ia migrar para esses planos novos. Porque é diferente você fazer os atuariais, cálculos estatísticos, epidemiológicos para uma população aí de 30 mil e para uma população de 350 mil, que dilui muito mais o risco. Então aí, depois que a gente já tinha feito isso tudo, já tinha calculado o preço, já estava vendendo, nem teria mais como mudar, eles [Governo] fizeram essa modificação toda. Talvez o problema maior financeiro para Unimed tenha sido esse” (ENTREVISTA 9).

Considerando-se que é o médico quem solicita os procedimentos, alguns itens da TAB. 14 retrataram medidas tomadas pela cooperativa: a informatização para controles mais rigorosos sobre os médicos e os pedidos de exame (15,38%), além de melhoria do grau de informação do cooperado sobre a utilização do plano de saúde, criação de projetos de educação continuada para os médicos, intenso trabalho para convencer o médico de que ele é dono da cooperativa, orientação do médico sobre o que está ocorrendo no mercado e criação da Unidade de Trabalho – UT – bonificada (7,69% cada), conforme relataram os entrevistados.

“... a partir do momento que a informática cresce o controle é mais fácil e mais rigoroso. O controle de consumo de todos os exames [...] Tudo é mais controlado. Você pode ver quem é quem” (ENTREVISTA 25).

“... o que conscientiza o pessoal é resultado objetivo. Então nós criamos a UT bonificada” (ENTREVISTA 9).

Esses itens estão relacionados com a necessidade de conscientização do cooperado, relatada pelos entrevistados. Sendo a Unimed-Alfa uma propriedade do médico, a administração 1998-2002 considerava estrategicamente importante que o cooperado assumisse esse papel, face ao novo contexto.

No entanto, um dos itens citados na mesma tabela mostra que a ampliação do negócio da Unimed-Alfa com as ações de prevenção e de promoção de saúde trouxe insatisfações para o médico, por reduzir a clientela nos consultórios (7,69%). Em princípio, pode-se pensar que, se a lógica do cooperativismo de trabalho é viabilizar trabalho para os associados da cooperativa, quanto mais doentes existirem, mais trabalho vai haver para o médico cooperado.

Tal premissa parece não ser verdadeira no caso da cooperativa médica. O faturamento da Unimed-Alfa depende de sua carteira de clientes. As despesas básicas que existem são as administrativas, tributárias e fiscais. Como o que se divide entre os cooperados são as *sobras*, teoricamente, quanto menos os médicos trabalharem, porque os clientes são saudáveis, maior seria o resultado financeiro que a cooperativa teria para distribuir entre seus cooperados. Não o inverso. Sendo assim, a questão parece não dizer respeito ao médico cooperado individualmente, mas talvez a outros interesses do sistema, como, por exemplo, aqueles que estão relacionados aos serviços de apoio diagnóstico, em geral.

Isso pode ser constatado com dados do Relatório Anual 2000. A relação entre número de médicos por especialidade e média anual de recebimento de honorários mostra, por exemplo, que as três especialidades clínicas apresentam o maior percentual de médicos, ou seja, ginecologia 15,50%, pediatria 10,80% e clínica médica 8,20%. No entanto, as médias anuais de honorários dos médicos dessas especialidades são as mais baixas apresentadas. As médias mais altas de honorários estão com a radiologia e a medicina nuclear, que, por sua vez, mostram respectivamente 2,1% e 0,1% dos médicos cooperados.

Também no que tange às relações da Unimed-Alfa com os clientes, 100% dos entrevistados afirmaram que a cooperativa modificou esse relacionamento. A principal mudança indicada (TAB. 15) relaciona-se com o incentivo que a Unimed-Alfa dá aos clientes para que estes mudem para os planos regulamentados (35,71%). As reflexões anteriores explicitam as razões para tal posição da cooperativa. Em seguida, aparece o aumento da exigência dos clientes e do número de processos no PROCOM e na Justiça (21,43%), juntamente com a montagem de um *call center* para melhor conhecimento do cliente e agilização das informações e autorizações, bem como o foco no cliente e o gerenciamento do relacionamento com o cliente (21,43 % cada). Relatos de entrevistas retratam essas mudanças no relacionamento com os clientes.

“A ação que a Unimed tem tido, proativamente, é de estar, constantemente, incentivando a que os clientes façam imigração para os novos planos” (ENTREVISTA 2).

“... trouxe mudanças, isso aí trouxe demais. Porque [...] hoje nós temos uma quantidade enorme de pessoas que vão ao Procon primeiro. Pessoas que vão ao Poder Judiciário, e que anteriormente não iam, ou iam muito menos. Então realmente mudou muito” (ENTREVISTA 18).

“...no campo do relacionamento com o cliente deixamos de ser simplesmente vende e compra. Tivemos que passar a ter um processo de começarmos a desenvolver do zero toda uma estratégia do relacionamento com o cliente, de descobirmos quem é o nosso cliente, o que o nosso cliente

quer, como ele quer. Começamos a desenvolver pesquisas para ver a satisfação do cliente” (ENTREVISTA 23).

“... a gente está trabalhando agora buscando o CRM [Customer Relationship Manager] é o gerenciamento do relacionamento com o cliente. [...] Quando você ligar para cá você vai cair na atendente, ela vai falar: Bom Fátima, já vem você na tela, e eu posso inclusive priorizar por exemplo os clientes. Aquele que eu quero que tenha um tratamento mais do que VIP vem uma frazezinha dizendo que você é um cliente super especial para mim, inclusive como foi o último contato seu. Se você estava ... vem uma carinha assim, ou assim você estava feliz é um indicador para o atendente. Isso sai em novembro” (ENTREVISTA 7).

TABELA 15

Mudanças no relacionamento da Unimed-Alfa com os clientes após a regulamentação

Itens discriminados	%
Incentivo aos clientes para migrarem para os planos regulamentados	35,71%
Montagem de um <i>call center</i> para melhor conhecimento/atendimento do cliente	21,43%
Aumento da exigência dos clientes e do número de processos no Procon/Justiça	21,43%
Implantação do gerenciamento do relacionamento com o cliente/software CRM	21,43%
Foco voltado para o cliente	21,43%
Esclarecimento ao cliente sobre a nova lei	14,29%
Negociação com o cliente das coberturas que ele não possui	14,29%
Instalação de sistema de coletas de reclamações dos clientes	14,29%
Aumento do conhecimento sobre o uso que o cliente faz do plano	7,14%
Criação de planos co-participativos visando utilização moderada por parte dos clientes	7,14%
Não responderam	14,29%

FONTE- Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA- A somatória das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Esclarecimento ao cliente sobre a nova Lei, negociação com o cliente das coberturas que ele não possui e instalação de um sistema de coleta de reclamações (14,29% cada), juntamente com aumento do conhecimento sobre o uso que o cliente faz do plano e a criação de planos co-participativos, visando a utilização moderada do cliente (7,14% cada), foram mudanças no relacionamento com o cliente, conforme os entrevistados relataram.

“... nesse ponto também da orientação do cliente. Parece que no início teve inclusive uma cartilha que a Unimed fez, para o cliente, explicando. E principalmente tranquilizar o cliente de que a Unimed já estava segura dentro das normas da ANS” (ENTREVISTA 32).

“... hoje a Unimed, hoje dentro da empresa tem uma equipe [...] porque, às vezes, um procedimento não é dado, e hoje tem uma equipe que estuda, analisa, a concessão daqueles procedimentos[...] E antigamente não. Era ‘não dá, pronto e acabou’. E hoje é mais flexível, mais aberta” (ENTREVISTA 29).

“... nós temos aqui um sistema de coleta de reclamações, que a gente põe números nisso e tudo” (ENTREVISTA 9).

“... temos um *call center* hoje com 48 posições funcionando, atendendo 24 horas por dia. O cliente tem acesso ao 0800 a hora que ele quiser. Nós estamos implantando o software de CRM [...] para

conhecer profundamente o cliente que nos liga, a interação que ele fez, o que ele utilizou, qual o grau de satisfação” (ENTREVISTA 18).

Após a regulamentação estatal, todas as empresas do segmento de assistência médica suplementar foram obrigadas a vender o plano-referência. Este conta com a cobertura mínima que pode ser oferecida aos clientes. A maioria dos entrevistados (78,57%) afirma que a Unimed-Alfa diversificou seus produtos, após a regulamentação. A TAB. 16 mostra esta diversificação. Os produtos para outras faixas de renda (classes C e D) aparecem em 72,73% das respostas, seguidos dos co-participativos (54,55 %). Foi desenvolvido também um produto que utiliza a rede preferencial, restrita a determinados hospitais (45,45%), investindo-se, assim, na adaptação às exigências do mercado (36,36%).

TABELA 16
Diversificação de produtos da Unimed-Alfa após a regulamentação

Itens discriminados	%
Produtos para outras faixas de renda (classes emergentes C e D)	72,73%
Produtos co-participativos	54,55%
Produto que utiliza rede preferencial, restrita a determinados hospitais.	45,45%
Adaptação às exigências do mercado	36,36%
Disponibilização de produtos de que o cliente precisa	27,27%
Criação de produtos para altos executivos, com seguro da Unimed Seguradora	9,09%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Depoimentos dos entrevistados atestam que a cooperativa adotou a estratégia de diversificar o plano-referência para se adequar ao mercado.

“...ela teve que diversificar esses produtos para atender, em primeiro lugar a lei [...] Com o passar do tempo, a Unimed teve que se adequar ao mercado e à própria necessidade do cliente” (ENTREVISTA 28).

“... a Unimed teve que adotar outras estratégias para estar viabilizando economicamente os seus planos, diante do mercado. Então isso se deu, basicamente, num estímulo cada vez maior ao plano co-participativo. Ou seja, onde o cliente tem uma co-participação na utilização do plano. Isso tem se mostrado como um fator moderador extremamente importante. O cliente ele usa com muito mais critério o plano no momento em que ele é chamado a co-participar” (ENTREVISTA 2).

Constata-se que a Unimed-Alfa adotou uma série de estratégias para se adequar rapidamente ao novo contexto configurado com a regulamentação estatal. Iniciando com a adoção do planejamento estratégico, a cooperativa definiu seu negócio, sua missão, seus objetivos,

analisou o ambiente interno e externo, definiu *aonde* quer chegar e *como* chegar. As mudanças empreendidas foram significativas.

A necessidade de recuperar processos diretamente relacionados com sua competência básica e que haviam sido terceirizados, a implementação de novas relações com seus públicos, cooperados e clientes dentre outros e a necessidade de desenvolver produtos para competir no mercado são algumas importantes mudanças que a cooperativa empreendeu, a partir de 1998. Para viabilizar a implementação dessas estratégias a cooperativa necessitou, conseqüentemente, ajustar sua estrutura organizacional, conforme se examina a seguir.

6.2 Uma nova estrutura organizacional

Na perspectiva estrutural, mudar uma organização significa alterar a forma como se distribuem a autoridade e a responsabilidade. Comparando-se a estrutura organizacional anterior (ANEXO B) e atual (ANEXO C) da Unimed-Alfa, verifica-se uma clara redução dos níveis hierárquicos, do número de áreas, e uma significativa horizontalização da estrutura.

Uma expressiva mudança que pode ser observada na nova estrutura é a ascensão do Conselho de Administração, Técnico e Fiscal na hierarquia da cooperativa. No entanto, também não consta na estrutura atual a Assembléia Geral que é o órgão decisório máximo da cooperativa, conforme os princípios cooperativistas preconizam. A estrutura de uma cooperativa pode ser verificada na primeira estrutura da Unimed-Alfa (ANEXO A).

Segundo Motta (2000, p.86), as reestruturações têm como objetivo “eliminar comportamentos discrepantes através da maior imposição e consciência sobre os limites da ação”, significando, assim, que a busca de uma nova estrutura organizacional introduz uma nova forma de distribuição da autoridade e das responsabilidades organizacionais.

A administração da Unimed-Alfa, face a um novo contexto que emergiu em 1998, promoveu uma radical mudança em sua estrutura. A TAB. 17 mostra as áreas que foram criadas. Essas áreas citadas evidenciam a sintonia da Unimed-Alfa com a natureza da atividade da cooperativa e com o ambiente no qual a mesma está inserida.

TABELA 17
Áreas criadas (ou extintas) na Unimed-Alfa

Itens discriminados	%
Setor de prevenção/promoção à saúde	33,33%
Setor de desenvolvimento de produtos	16,67%
Farmácia	16,67%
Call Center (central de atendimento 24 horas por dia)	16,67%
Atendimento domiciliar/homecare	16,67%
Área de marketing	8,33%
Área administrativo-financeira	8,33%
Área de fidelização do cliente	8,33%
Unibaby	8,33%
Não houve extinção de áreas	33,33%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Com 33,33% das respostas, é identificada a criação do setor de prevenção/promoção da saúde. Essa área representa a ampliação do negócio da Unimed-Alfa. Refere-se a um espaço que a cooperativa pretende ocupar no mercado. A criação do setor de desenvolvimento de produtos caracteriza um importante avanço da organização, na medida em que possibilita sua constante sintonia com o mercado mais competitivo no qual está inserida (16,67%). Considerando-se que a Unimed-Alfa decidiu oferecer diferenciais em seus produtos, o *Unibaby* (8,33%) é uma área que foi criada para tal, e está relacionada à estratégia de prevenção e promoção da saúde. Sendo assim, essas áreas citadas foram fundamentais para a implementação da estratégia da cooperativa.

“... foram criados dois setores que eu acho muito importantes, que não existiam dentro da cooperativa. Um é o setor de desenvolvimento de produtos. Então são pessoas que continuamente pensam sobre o desenvolvimento ou agregação de novos serviços, a um produto já existente, tá? De você tá sempre mantendo seu plano atualizado em relação à demanda praticada. E o outro setor é o setor de promoção à saúde. Então hoje nós temos, dentro da cooperativa um setor específico que cuida de estratégia de promoção à saúde, né. Então aí nós temos todo um trabalho que começa a ser desenvolvido agora, na área da prevenção, como vacinações, etc.” (ENTREVISTA 2).

“... *Unibaby* é uma promoção, uma concessão que a Unimed faz. Quando a mãe tem o filho pela Unimed, vai uma enfermeira, agenda uma visita. Tem uma enfermeira em cada maternidade. Ela agenda uma visita na casa da mãe, leva uns brindes, fralda, uma coisa, uma bolsinha. É uma questão assim de marketing, é uma questão assim educativa também, preventiva. Então ensina a dar banho, tira as dúvidas, e durante dez dias a mãe pode ligar para a enfermeira para obter alguma informação se necessário, então aproveita para dar alguns cuidados básicos, orientação aos cuidados básicos” (ENTREVISTA 31).

A farmácia criada pela Unimed-Alfa (16,67%) tem como objetivo oferecer remédios a preço de custo para os clientes, especialmente aqueles remédios que são utilizados de forma

constante por pacientes crônicos. Uma farmácia visa atender ao objetivo da Unimed-Alfa de gerenciar os grupos de risco, ou seja, facilitar para que o paciente que faz uso constante de determinado medicamento não deixe de usá-lo por dificuldades econômicas em adquirir. Esta medida faz parte da estratégia de promoção e prevenção de saúde.

“... nesse processo então a gente quer promover a saúde, vacinações, controle de carteira de risco. Nós vamos inaugurar uma farmácia para vender medicamentos para os nossos clientes a preço de custo [...] Medicamentos é o nosso negócio sim. Que o cliente seja bem tratado e que tenha condição de comprar, ou seja, a gente coloca genéricos na farmácia com preço de custo para os clientes, então ele vai conseguir tomar o seu remédio, que hoje em dia, a gente sabe que é caro” (ENTREVISTA 18).

O *call center* é uma central de atendimento 24 horas por dia (16,67%), todos os dias da semana. Com a estratégia de foco no cliente, esta área vem suprir a necessidade de oferecer rapidez e conforto no atendimento ao cliente, na medida em que atualmente

“... 2/3 das liberações aqui já são feitas via *call center*. Já melhorou bem. Antes ficava aquele filão lá. Chegava a ter mais de 100 pessoas na fila” (ENTREVISTA 9).

Além desse aspecto, o *call center* é um canal de comunicação com o cliente, pois houve mudanças nesse relacionamento que vão além de agilizar o atendimento, proporcionando conforto. A Unimed-Alfa passou a ter que ouvir, entender as insatisfações do cliente, e esclarecer as dúvidas dos mesmos.

“... o relacionamento que a Unimed teve que mudar com o cliente, é de ter muita paciência e de muito ouvir, e de engolir muito sapo. Porque a quantidade de coisas que se escuta, às vezes, num *call center*...Em muitos momentos o cliente não tem razão, mas ele ‘solta as cachorras’. Por que? Por ele entender que tem direito, e achar que o cara está enrolando ele. Então a Unimed teve e terá que aperfeiçoar muito nessa relação com o cliente. De ouvir, de aprender que mesmo o cliente não tendo direito, você deve dizer para ele. Mas você vai ter que dar ele tempo para ele falar” (ENTREVISTA 22).

A TAB. 18 mostra como o processo de reestruturação da Unimed-Alfa aconteceu. A consultoria externa (35,71%) é apontada como o meio escolhido pela organização para conduzir a reestruturação. Esta é uma forma que facilita o processo na medida em que a redistribuição de autoridade e responsabilidades tende a ser mais facilmente conduzida quando há a participação de elementos externos à organização (MOTTA, 2000).

TABELA 18
A reestruturação da Unimed-Alfa

Itens discriminados	%
Por meio de consultoria externa	35,71%
Por meio de planejamento estratégico	21,43%
Por meio de informatização/conexão em rede	14,29%
Por meio de mudança de visão, missão/nova estrutura organizacional	14,29%
Por meio de definição dos macro processos da organização	7,14%
Por meio de contratação de profissionais	7,14%
Por meio de montagem de nova equipe gerencial	7,14%
Por meio de valorização dos propósitos da cooperativa	7,14%
Por meio de maior ênfase na parte de marketing	7,14%
Por meio de investimento no treinamento de pessoal	7,14%
Por meio de solução dos problemas existentes	7,14%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

O planejamento estratégico (21,43%) foi a ferramenta adotada pela Unimed-Alfa para orientar a reestruturação da cooperativa. As discussões envolveram, além da diretoria, os Conselhos, que representam os cooperados, e os funcionários.

“... a partir de um determinado momento tomou-se uma decisão de reestruturar de forma intensa a cooperativa. E aí partiu-se de um planejamento estratégico” (ENTREVISTA 2).

“Então com esse trabalho que a gente fez, com a [nome da consultoria], que começou com o planejamento estratégico...” (ENTREVISTA 9).

“Não só diretoria, Conselhos, cooperados [...] também, funcionários, envolvidos nessas discussões no planejamento estratégico. Discutindo essa necessidade de mudança que a Unimed tinha” (ENTREVISTA 32).

No planejamento estratégico, foram definidas a visão e missão da Unimed-Alfa (14,29%) e a partir da estratégia escolhida, definiu-se uma nova arquitetura organizacional (14,29%).

“A missão da Unimed é a de valorizar o trabalho do médico e propiciar um serviço de qualidade a preço justo para os seus clientes” (ENTREVISTA 2).

“... dentro da Unimed houve uma nova visão, um novo propósito, uma missão. Isso tudo teve como consequência nova estrutura organizacional” (ENTREVISTA 29).

“... ela [a reestruturação] está sendo feita gradativamente dentro do planejamento estratégico, dentro da missão, dentro da visão da Unimed” (ENTREVISTA 30).

A informatização e conexão em rede (14,29%) compõem também os meios adotados pela cooperativa para promover sua reestruturação e sinalizam no sentido da concepção que se tem da nova estrutura organizacional.

“... a modificação estrutural, hierárquica do organograma, a informatização grande que nós estamos buscando” (ENTREVISTA 1).

“... todo processo de informatização, que é necessário na relação com o cliente, e por exigências da própria reestruturação da Unimed. Então essa é a área que mais cresceu” (ENTREVISTA 29).

A redução dos níveis hierárquicos e o investimento em informatização denotam a forma pela qual a Unimed-Alfa está sendo reestruturada. Pode-se observar como a cooperativa está se organizando, o modo de planejar o trabalho e de atribuir responsabilidades.

A definição dos macro processos da organização (7,14%) foi adotada pela Unimed-Alfa para iniciar a reestruturação. A mudança de funcionamento por funções para funcionamento por processos implica abandonar práticas antigas na realização dos negócios. Compreende uma mudança radical, conforme aconteceu na Unimed-Alfa e, sendo assim, nem sempre os funcionários estão preparados para tal. A mudança na forma de trabalhar afeta diretamente as pessoas, o que traz conseqüências (BROWN et al., 1996), como pode se constatar no depoimento de um dos entrevistados.

“... tudo que você profissionaliza, que você muda processos, muda formas de fazer as coisas, você mexe com as pessoas. Você mexe com as pessoas que já fazem aquilo há anos daquela forma. Então isso gera uma ansiedade, isso gera problemas, isso gera repercussões no clima organizacional, isso é óbvio” (ENTREVISTA 3).

Outro aspecto importante apontado trata da montagem da nova equipe gerencial (7,14%), pois os entrevistados indicaram que, por meio da mesma, aconteceu a reestruturação da cooperativa estudada. A montagem desta equipe foi um processo difícil, conforme atesta o depoimento.

“... gente que sabe fazer isso, eu não tenho aqui dentro da Unimed. Não existe esse povo aqui dentro. Esse povo aqui faz é a rotina, aquele trem de plano antigo que é uma coisinha simples, não é. Então não era o caminho. Não há a mínima possibilidade de continuar. Aí eu comecei a montar uma equipe, que eu gastei três anos e meio... agora que ela está completa [...] Porque tentei, não deu certo mandei embora, trocou, o cara não quis, não aceitou, não ficou, não sabia, teve todo esse tipo de coisa até que se chegou numa equipe, por tentativa e erro” (ENTREVISTA 14).

Praticamente toda a equipe responsável pela administração da Unimed-Alfa, excluindo-se os médicos cooperados eleitos em 1988, foi recrutada no mercado.

“... foram recrutados aí, pelo menos, hoje cerca de 20 executivos que dirigem a cooperativa. São executivos recrutados no mercado” (ENTREVISTA 2).

“... com a mudança brutal da regulamentação, com uma necessidade de profissionais, de executivos formados e qualificados é o que hoje realmente as empresas modernas precisam” (ENTREVISTA 23).

Dos dezenove executivos com cargo gerencial ou de *staff* na cooperativa, somente um (5,26%) trabalhava na empresa anteriormente; dezoito (94,74%) foram recrutados no mercado, após 1998. Essa foi uma mudança radical na distribuição da autoridade e da responsabilidade que ocorreu no processo de reestruturação da Unimed-Alfa: a decisão de profissionalizar toda a equipe gerencial. A profissionalização da gestão da cooperativa significou também importantes mudanças tecnológicas, conforme será examinado a seguir.

6.3 Inovações em tecnologia

Na perspectiva tecnológica, mudar a organização significa alterar sua tecnologia, especialização de funções e seus processos produtivos, conforme aponta Motta (2000). Nessa perspectiva de análise, a Unimed-Alfa também passou por significativas transformações a partir de 1998.

A reestruturação da organização estudada implicou a definição de estratégias e uma nova arquitetura organizacional. Segundo 92,86% dos entrevistados, a Unimed-Alfa necessitou também rever seus processos, após a regulamentação estatal. A principal justificativa para a revisão dos processos foi a necessidade de a Unimed-Alfa se adaptar às exigências da ANS para manter-se no mercado (42,86%). O aumento da competitividade (14,29%) é uma decorrência também desse novo contexto, assim como a revisão dos produtos que oferecia e a necessidade de fundir processos e planos de saúde, ambos com 7,14% (TAB. 19). Depoimentos retratam estas mudanças.

“... 160 tipos de planos de saúde. E como é que você ia ficar naquilo ali. Às vezes um plano de saúde tinha diferença de detalhe. Começou a se fazer fusões. Hoje nós estamos com oito processos dos 160. Às vezes é coisa tão boba, detalhe que, às vezes, nem custo gerava, mas estava lá diferente, e vinha aquela balburdia que você ficava louco com aquilo. Elimina isso, coloca, faz uma fusão, foi fundindo, fundindo, fundindo até chegar nisso que eu estou falando. Hoje temos oito processos, e que já é difícil porque nesses oito processos há muitas variáveis” (ENTREVISTA 14).

“... alguns processos foram revistos porque a regulamentação impôs novas condições e criou uma nova perspectiva no mercado, em função da perspectiva dos planos. Ou seja, ou eles se profissionalizam ou eles não vão ter condição de se manterem no mercado” (ENTREVISTA 2) .

TABELA 19
Razões da revisão de tarefas e processos após a regulamentação

Itens discriminados	%
Necessidade de se adaptar às exigências da Lei para manter-se no mercado	42,86%
Aumento da competitividade	14,29%
Necessidade de atender melhor o cliente	14,29%
Necessidade de acompanhar os prestadores de serviço	7,14%
Necessidade de controlar melhor os custos	7,14%
Visão da nova administração	7,14%
Revisão dos produtos que oferecia	7,14%
Necessidade de fundir processos e planos de saúde	7,14%
Necessidade de quebrar paradigmas	7,14%
Áreas, funções e tarefas mal delimitadas	7,14%
Necessidade de otimizar as atividades/baixar custos	7,14%
Não justificaram	7,14%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Uma das razões para que os processos da organização fossem revistos passou também pela necessidade de atender melhor o cliente (14,29% das respostas), o que significou para a Unimed-Alfa uma quebra de paradigma (7,14%), conforme atestam os entrevistados.

“...principalmente tivemos que fazer um negócio como os técnicos gostam muito de falar hoje,. Tivemos que quebrar um punhado de paradigmas” (ENTREVISTA 17).

“... mas é assim, é impressionante a gente imaginar como é que funcionava isso aqui. Acho que é porque realmente, na época, não tinha muita competição. O negócio era mais... fácil [...] Porque essa Lei n. 9.656, ela abriu o mercado de saúde do Brasil para o capital estrangeiro” (ENTREVISTA 9).

A necessidade de dados e informações, em uma abrangência e profundidade muito maiores, implicaram a implementação da tecnologia da informação e processamento de dados, conforme pode se constatar a seguir.

De acordo com 92,86% dos entrevistados, a regulamentação estatal influenciou a forma de utilização da tecnologia da informação na Unimed-Alfa. A TAB. 20 mostra que a principal justificativa apresentada para tal foi a necessidade de atender às exigências da ANS (30,79%). A tecnologia da informação como ferramenta de gestão e a necessidade de adaptar-se a um mercado competitivo (15,38% cada) foram também impulsos para tal decisão, conforme atestam os depoimentos.

“... a gente tem que mandar a relação para eles, para ANS, do número de clientes. Os clientes têm que estar registrados lá. Você paga uma taxa para cada cliente que coloca” (ENTREVISTA 9).

“... a Unimed, ela tem que ter um acesso assim direto [internet] com vários órgãos da área de saúde para estar sempre se atualizando. Então isso aí eu vejo que é uma prioridade dela, ela tem que tá sempre em dia com essas informações, com essas modificações” (ENTREVISTA 30).

“... eu não domino o meu preço. E eu não domino o meu custo, porque o meu custo quem domina é o meu cliente. Então eu só posso ter uma coisa. Eficiência de análise de decisão das informações. E com isso a tecnologia é fundamental, porque sem ela não tenho velocidade para decidir de momento” (ENTREVISTA 26).

TABELA 20
Justificativas para a utilização da tecnologia da informação

Itens discriminados	%
Atender às exigências da ANS	30,79%
Servir como uma ferramenta essencial para a gestão	15,38%
Adaptar-se ao mercado competitivo	15,38%
Necessitar de mecanismo de controle	7,69%
Aperfeiçoar os processos	7,69%
Tornar as informações mais objetivas	7,69%
Necessitar de dados confiáveis	7,69%
Necessitar de otimizar custos	7,69%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

Da mesma forma, a Unimed-Alfa modificou o modo de tratar dados e gerar informações, conforme afirmaram 100% dos entrevistados. A justificativa para essa mudança, com maior percentual de respostas, foi a obrigação de prestar contas à ANS (28,57); em seguida, a necessidade de ter dados confiáveis (21,43%); as possibilidades abertas com a informatização e a falta de informações sobre a clientela, com a existência de bancos de dados diferentes (14,29% cada) (TAB. 21).

TABELA 21
Razões para mudar a forma de tratar dados e disponibilizar informações

Itens discriminados	%
A obrigação de prestar contas à ANS	28,57%
A necessidade de ter dados confiáveis	21,43%
As novas possibilidades abertas com a informatização	14,29%
A falta de informações sobre a clientela / bancos de dados separados	14,29%
A visão dos novos funcionários	7,14%
Os novos controles implementados	7,14%
A necessidade de se negociar mais com os fornecedores	7,14%
A necessidade de conhecer as doenças, prevenção, tratamento	7,14%
A necessidade de gerenciamento dos clientes	7,14%
A necessidade de atualização	7,14%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA – A soma das freqüências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Segundo os entrevistados,

“... teria que ter informações muito boas para trabalhar com isso tudo e para a tomada de decisão. Mas quando também ela [ANS] começou a pedir muitas informações que nem existiam, e são informações, às vezes, difíceis de você processar, se você não tiver um sistema de informática muito bom. Aí ela [ANS] reforçou essa necessidade” (ENTREVISTA 27).

“... é necessidade porque você não tinha informação nenhuma. Eu falei a história dos vinte micro que a gente tinha em informática. Não valia nada. Nós não sabíamos quantos clientes tinham com certeza, 330, 320. E, às vezes, você tirava... tinham aí alguns bancos de dados que eram separados. Então determinadas coisas você tinha que juntar. Então você puxava em banco de dados, nome do usuário, número de clientes, digamos 330 mil, e puxava no outro 331, puxava no outro 340. Tinha essa maluquice toda. Você não sabia quantos clientes tinha. Então teve que mudar tudo” (ENTREVISTA 19).

Drucker (1999) afirma que, ao redefinir as informações de que a organização necessita, é possível passar do simples controle de custos para o controle de resultados. Nesse sentido, a organização estudada também introduziu novos instrumentos para o acompanhamento e avaliação de resultados, conforme atestaram os entrevistados. O Gerenciamento pelas Diretrizes (estabelecimento, avaliação de metas, gestão à vista), a utilização do *software* de gestão – SAP (14,29%) foram apontados (TAB. 22).

“Hoje a gente trabalha aqui com o GPD que chama Gerenciamento pelas Diretrizes. Então a cada mês o pessoal aí tem um Comitê Executivo aqui na Unimed, que é composto [...] do pessoal da assessoria da diretoria, dos superintendentes, dos gestores. E a cada mês, no final de cada mês, eles apresentam para nós, para diretoria, e depois para o Conselho de Administração, os dados todos da Unimed. E isso é mês a mês. Eu te falei que eles trabalham com metas. E a gente tem conseguido cumprir a maioria das metas” (ENTREVISTA 9).

“O que nós estamos usando, atualmente, [...] é um software chamado SAP. Que é um software que faz toda a gestão empresarial [...] São *softwares* de gestão empresarial, de padrão internacional, de empresas internacionais. E nesse sistema tem uma ferramenta, que é chamada a ferramenta de EIS [*Enterprise Information System*]. Que são ferramentas de buscas de informação, de construção de relatório” (ENTREVISTA 2).

Outro instrumento citado para acompanhamento de resultados é a UT bonificada (7,14%). Este instrumento foi criado pela Unimed-Alfa visando acompanhar o trabalho do médico cooperado e remunerar melhor os que obtivessem o desempenho esperado. Aprovada pelos médicos cooperados em Assembléia Geral Extraordinária, a consulta médica no consultório foi definida em 130 UT, aumentado de R\$29,90 para R\$37,70. Esta UT é paga de acordo com parâmetros para exames solicitados, conforme cada especialidade médica. No mês de implantação, 65% dos cooperados receberam a UT bonificada (JORNAL DO COOPERADO, 2001). Conforme os entrevistados,

“... agora finalmente estão premiando o profissional que não pede exame. O valor da consulta deles foi bem acima” (ENTREVISTA 25).

TABELA 22
Novos instrumentos para acompanhamento de resultados

Itens discriminados	%
GPD (estabelecimento e avaliação de metas/gestão à vista)	50,00%
<i>Softwares</i> de gestão/SAP (<i>Enterprise Information System</i>)	14,29%
Reuniões periódicas	14,29%
UT bonificada	7,14%
Não sabem informar	7,14%
Não responderam	7,14%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

Uma grande parte dos entrevistados (78,57%) considera que há dificuldades na utilização dos novos instrumentos adotados para o acompanhamento de resultados. Apresentaram duas dificuldades: o pouco tempo de utilização dos instrumentos (66,67%) e o aumento do grau de exigência e de pressão da organização (33,33%).

“... então é uma meta sua. E que depois você não pode sobrecarregar ninguém com ela, porque foi você que participou da definição dela. Então isso traz um esforço bem grande. Quando você vai sentindo que não vai atingir. E às vezes não atingiu pela sua incompetência, pela sua ineficiência, pela sua decisão mais lenta. Quer dizer, então isso traz uma pressão muito grande” (ENTREVISTA 26).

As transformações pelas quais a Unimed-Alfa passou, e continua passando, são muitas e abrangentes. As estratégias da cooperativa mudaram, a arquitetura organizacional foi totalmente remodelada, a tecnologia introduziu novas formas de trabalho, agregando *hardware*, *software* e a comunicação on-line. É impossível imaginar que tantas transformações pudessem ser introduzidas na organização sem que houvesse conseqüências para as pessoas. Tais conseqüências são analisadas a seguir.

6.4 Impactos na perspectiva humana

Em 1998, quando uma nova administração assumiu a Unimed-Alfa, havia 280 funcionários trabalhando na cooperativa. Não foram obtidos dados que permitissem avaliar os impactos da reestruturação no que tange à demissão e à contratação de empregados neste período. Os gerentes foram todos recrutados no mercado. Quanto aos funcionários, em geral, depoimento de entrevistado informa que

“... tem uma coisa dolorosa nessa reestruturação [...] Infelizmente nós tivemos que mudar mais ou menos 80% do pessoal” (ENTREVISTA 17).

Grande parte dos entrevistados (71,43%) considerou que houve mudanças na relação da Unimed-Alfa com seus funcionários, neste período. Essas mudanças que aconteceram estão retratadas na TAB. 23. Passou-se a avaliar constantemente o desempenho dos funcionários e houve uma preocupação maior com a integração entre os mesmos (20,00% cada).

TABELA 23
Mudanças na relação com os funcionários

Itens discriminados	%
Passa-se a avaliar o desempenho constantemente	20,00%
Preocupa-se mais com a integração entre os funcionários	20,00%
Passa-se a avaliar o desempenho constantemente	20,00%
Surge uma pressão positiva devido à grande demanda de serviço	10,00%
Atrela-se a remuneração ao cumprimento de metas	10,00%
Busca-se o recrutamento no mercado	10,00%
Melhora-se o clima no ambiente de trabalho	10,00%
Investe-se mais na formação/capacitação	10,00%
Amplia-se a visão que se tem da organização e dos funcionários	10,00%
Exigem-se dados e informações confiáveis	10,00%
Conscientiza-se do valor dos funcionários	10,00%
Aumenta-se a influência dos funcionários no processo decisório	10,00%
Exige-se mais profissionalismo	10,00%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Os outros itens apontados denotam possíveis mudanças nas políticas de gestão das pessoas na organização. No entanto, é importante lembrar que os entrevistados têm função gerencial e, portanto, essa é uma visão de gerentes. No caso dos funcionários, de forma geral, generalizações não são apropriadas.

A equipe gerencial sente que há uma pressão positiva, devido à grande demanda de serviço, uma melhora do clima no ambiente de trabalho, uma conscientização do valor dos funcionários, uma exigência de mais profissionalismo, um investimento maior na formação/capacitação, juntamente com a opção por recrutamento no mercado e vinculação da remuneração ao cumprimento de metas (10,00% cada).

A Unimed-Alfa passou a avaliar resultados por meio do GPD. A TAB. 24 mostra como os entrevistados avaliam a utilização desta metodologia gerencial na organização. A definição de

metas norteia o foco da organização (40,58%). Foi a resposta que apresentou o maior percentual. Em seguida, consideram que é fundamental trabalhar com o GPD como instrumento de gestão (12,50%), pois o mesmo contribui com informações importantes, permitindo uma visão global (9,38%), sendo importante ter objetivos e trabalhar em função deles, apesar de o engajamento ainda estar muito restrito ao nível gerencial (6,25% cada).

TABELA 24
Avaliação da utilização do Gerenciamento Pelas Diretrizes

Itens discriminados	%
Acredita que a definição de metas norteia o foco da organização	31,26%
Considera fundamental como instrumento de gestão	12,50%
Considera que contribui com informações importantes, permitindo uma visão global	9,38%
Considera engajamento no GPD mais restrito ao nível gerencial	6,25%
Ter objetivos e trabalhar em função deles é importante	6,25%
Mostra a tendência dos acontecimentos	3,13%
Aumenta o empenho pela qualidade	3,13%
Gera discussões/avaliação a respeito da filosofia e do negócio da Unimed	3,13%
Permite identificar e corrigir erros	3,13%
Facilita a avaliação pelo desempenho	3,13%
É um processo de aprendizagem	3,13%
Faz com que as pessoas assumam compromisso com metas e com a organização	3,13%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

Depoimentos dos entrevistados constata tais afirmações.

“... esses relatórios gerenciais e tudo mais, eles serão fundamentais para tomada de decisão, para poder ver tendências, para a gente sair da operação e [...] ter mais horas estratégicas e menos horas operacionais. Dá um norte, um foco para Unimed. A gente tem uma visão da organização como um todo” (ENTREVISTA 23).

“ Eu acho que ainda está muito restrito a equipes de dirigentes, gestores, superintendentes e diretoria. Eu acho que se não envolver toda a empresa o compromisso é diminuído. Então eu acho que em 2002 será possível fazer um processo com discussão mais ampla, o que é fundamental na gestão” (ENTREVISTA 21).

O GPD mostra a tendência dos acontecimentos, aumenta o empenho pela qualidade, gera discussões/avaliação a respeito da filosofia e do negócio da Unimed, permite identificar e corrigir erros, facilita a avaliação pelo desempenho, é um processo de aprendizagem, faz com que as pessoas assumam compromisso com metas e com a organização (3,13% cada), retratadas nos depoimentos dos entrevistados.

“... eu acho muito bom, porque inclusive na áreas aí, tem o mapa que mostra a tendência do que está acontecendo” (ENTREVISTA 9).

“... aquela meta, se não conseguiu, você tem que saber o motivo. Se você sabe o motivo pode corrigir os erros, senão você continua na mesma linha torta e não vai chegar no seu alvo” (ENTREVISTA 18).

“Não tem jeito de ser diferente porque como que eu vou tomar decisão aqui? Como é que eu vou saber se você [...] rende ou não rende” (ENTREVISTA 14).

Quanto à capacitação do quadro funcional, treinamentos para a área de vendas, atendimento e orientação do cliente (40,63%), treinamentos técnicos, treinamentos para utilização de sistema informatizado (28,13%) foram os mais apontados. (TAB.25)

“...os vendedores, os funcionários que atendiam no atendimento ao cliente, todos passaram por um processo de treinamento, de estudo dessa legislação, das regras, normas, como é que funciona agora cada plano. O próprio treinamento dos novos produtos da Unimed. A medida que a Unimed cria um produto novo ela submete toda a equipe que lida com isso a um treinamento”(ENTREVISTA 3).

“...os funcionários fazem treinamentos também. A gente tem um apoio da Universidade Unimed. Nós temos uma Universidade de Administração aí que é do sistema. Então a gente põe lá os funcionários, volta e meia tem cursos para eles [...] estarem sempre reciclando” (ENTREVISTA 17).

“...a minha área tem tido até bastante em termos do operacional. Então é *windows*, parte de informática, nós estamos tendo muito, justamente porque a gente está no desenvolvimento. Não está tendo exceção; todo mundo da minha área está entrando” (ENTREVISTA 30).

TABELA 25
Treinamentos realizados na Unimed-Alfa

Itens discriminados	%
Treinamentos para a área de vendas, atendimento/orientação ao cliente	40,63%
Treinamentos técnicos/qualificação e atualização do pessoal	31,25%
Treinamentos para a utilização de sistemas informatizados	28,13%
Treinamento na área da diretoria (gestão)	9,38%
Treinamento na área de integração de pessoas	9,38%
Treinamentos para estudo da nova legislação e implantação de novos produtos	6,25%
Treinamentos em forma de palestras/seminários, cursos	6,25%
Treinamentos para funcionários novatos na organização e nos cargos	3,13%
Não responderam	12,50%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Procedimentos que têm sido utilizados para o recrutamento e a seleção de pessoas para trabalharem na Unimed-Alfa estão apresentados na TAB. 26. O recrutamento externo, por meio de empresas especializadas (*head hunter*), é utilizado no caso dos cargos executivos (59,38%). Para esses cargos mais elevados, a seleção envolve avaliação psicológica (3,13%).

Para os níveis administrativos e operacionais, busca-se o recrutamento interno (43,75%), conforme retratam os discursos dos entrevistados.

“... através de uma empresa de *head hunter*. Eu saí da [nome de uma empresa] e a *head hunter* estava fazendo um processo de recrutamento aqui. Então eu passei por esse processo. Aliás um processo bem rigoroso. Aqui há um processo de seleção, para esse nível, bastante rigoroso. É um instituto que tem aqui de seleção, mas é um dos mais rigorosos” (ENTREVISTA 3).

“... tem o nível operacional, onde nós temos hoje mecanismo de recrutamento interno e que envolve, inclusive [...] um grande número de estagiários, de nível superior, que trabalham no *call center* da cooperativa” (ENTREVISTA 13).

A Unimed-Alfa utiliza a avaliação de aspectos da competência profissional para selecionar seus funcionários (28,13%). Define-se o perfil (6,25%) e consideram-se a criatividade e a iniciativa (3,13%) como variáveis importantes no processo seletivo, conforme pode ser constatado nos depoimentos de entrevistados.

“... são feitas as avaliações de currículo e de perfil psicológico, dentro de uma definição do perfil do que eu preciso aqui. Então é avaliada essa pessoa tanto no perfil de currículo, psicológico, e se atende as necessidades da área” (ENTREVISTA 19).

“... eles fazem uma avaliação assim digamos antropológica e psicológica. Nós vemos a parte técnica e essa parte de relacionamento. E aí contratamos desse jeito os funcionários” (ENTREVISTA 17).

“...é a pessoa multidisciplinar, bom relacionamento interpessoal, iniciativa, criativa, e bom conhecimento de informática” (ENTREVISTA 10).

TABELA 26

Atual forma de recrutamento e seleção de funcionários na Unimed-Alfa

Itens discriminados	%
Recrutamento externo através de empresas especializadas (<i>head hunters</i>) - executivos	59,38%
Recrutamento interno nos níveis administrativos e operacionais	43,75%
Avaliação da competência profissional	28,13%
Avaliação do perfil	6,25%
Indicação	3,13%
Avaliação psicológica para níveis mais elevados	3,13%
Pessoas com iniciativa, criativas	3,13%
Pessoas com bom relacionamento interpessoal e conhecimento em informática	3,13%
Pessoas multidisciplinares	3,13%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

A Unimed-Alfa passou a escolher seus funcionários de forma profissional, por meio de empresas terceirizadas, especialmente, no caso de cargos mais elevados. A avaliação é

rigorosa. Analisam-se, além do conhecimento técnico, as habilidades interpessoais, a capacidade de trabalhar em equipe e a de adaptação à organização, aspectos estes que são contemplados na avaliação psico-antropológica. Os depoimentos a seguir resumem os critérios para selecionar os executivos da cooperativa.

“... nós partimos para esse novo método, essa nova avaliação. Contratamos empresa especializada, porque tinha que passar por um crivo muito grande de avaliações, até assim, de resultados em locais anteriores que tinha trabalhado” (ENTREVISTA 14).

“Os executivos todos são recrutados e submetidos a testes psico-antropológicos para averiguar a capacidade do desempenho dentro da equipe. Muito mais importante para nós, que as qualidades individuais, é inserir na equipe pessoas que funcionem bem dentro da equipe. Essa equipe aí, que eu falo de 20 pessoas, que hoje conduz os negócios da cooperativa do ponto de vista operacional” (ENTREVISTA 2).

Melo (1999), ao analisar impactos das novas tecnologias organizacionais na área de recursos humanos, constata que o recrutamento e seleção, além de estarem sendo terceirizados, passaram por um processo de mudanças com a introdução da avaliação de perfis que mais se ajustam à organização, a utilização de técnicas como dinâmicas de grupo e a participação do gerente no processo seletivo de seus funcionários. A Unimed-Alfa introduziu essas mudanças em seus processos de recrutamento e seleção.

A Unimed-Alfa decidiu por estruturar uma equipe profissionalizada de gerentes. Todos os executivos que dirigem atualmente a cooperativa foram recrutados no mercado. A equipe é composta por funcionários de diversas categorias profissionais, experiências anteriores de trabalho diferentes, mas, de acordo com os critérios utilizados para selecioná-los, são considerados competentes e adequados para atuarem na organização, nesse momento singular que a mesma está vivendo. Essa equipe foi montada em três anos e meio, sendo o último executivo contratado em setembro de 2001.

A alta administração da cooperativa estudada pretende consolidar o processo de reestruturação e modernização da gestão contando com essa equipe gerencial. A decisão é adequada para a Unimed-Alfa, pois sabe-se que os processos eleitorais nas cooperativas acontecem de quatro em quatro anos, e a continuidade de um grupo gerencial profissional tende a beneficiar a organização, em especial, no atual contexto de mudanças ambientais e incertezas no qual a mesma está inserida.

Há uma assessoria estratégica para o Desenvolvimento Humano na Unimed-Alfa. Este formato para a gestão de pessoas segue tendências como a transferência dessa função para cada gerente e a administração assumindo uma característica descentralizada (MELO, 1999). Cabe aos executivos da Unimed-Alfa a responsabilidade pela gestão das pessoas que trabalham em suas respectivas áreas. Uma nova cultura organizacional está sendo construída nessa cooperativa médica.

6.5 A construção de uma nova cultura organizacional

Fleury (1996) afirma que algumas situações são potencializadoras da mudança na cultura das organizações. Dentre as situações relacionadas com o ambiente externo, cita as ações do Estado, os momentos de crise, de retração ou expansão da organização dentre outras. No que tange ao ambiente interno, aponta as novas lideranças, reorganizações do processo de trabalho e a introdução de novas políticas organizacionais. Pode-se dizer que a organização estudada, a partir de 1998, está sob o impacto de situações tanto do ambiente externo quanto interno.

Face a essa realidade, a Unimed-Alfa mudou sua forma de gestão para adaptar-se, sobreviver e crescer. Devido às mudanças que estão sendo implementadas, 100,00% dos entrevistados afirmam que a organização mudou seu jeito de ser. A TAB. 27 apresenta como a atual forma de gestão mudou o *jeito de ser* da cooperativa estudada.

TABELA 27
Como a atual forma de gestão mudou o jeito de ser da Unimed-Alfa

Itens discriminados	%
Tornando a Unimed-Alfa uma empresa profissionalizada	50,00%
Melhorando a qualidade do atendimento ao cliente / mudando o foco para o cliente	21,43%
Consolidando sua liderança de mercado	14,29%
Implementando a administração compartilhada	7,14%
Mudando o perfil de seus profissionais (pessoas independentes, isentas)	7,14%
Passando a exigir mais dos funcionários	7,14%
Renovando o quadro de funcionários	7,14%
Investindo mais em qualificação	7,14%
Passando a gerir a cooperativa como uma empresa	7,14%
Mudando os critérios para a admissão dos cooperados	7,14%
Aumentando a liberdade para se trabalhar	7,14%
Trazendo mais segurança para o cooperado	7,14%
Passando a ter uma gestão mais aberta	7,14%
Investindo na área de marketing	7,14%
Investindo na área de informática	7,14%
Aumentando a preocupação com a promoção da saúde	7,14%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Para os entrevistados, a Unimed-Alfa mudou seu jeito de ser principalmente tornando-se uma empresa profissionalizada (50,00%), melhorando a qualidade do atendimento prestado ao cliente (21,43%), assim como o perfil e quadro de funcionários, passando a cooperativa a ser gerenciada como uma empresa, por meio de uma administração compartilhada, que investiu em marketing e na informatização (7,14% cada), conforme depoimentos dos entrevistados.

“Agora, se você pegar hoje e comparar a Unimed com um tempo atrás, você vai ver que ela está muito mais profissional do que ela era. Ela está mais empresa do que ela era.[...] que eles passaram do sistema de informática, para de ... realmente de informação. Ela era muito carente disso. Agora as coisas ficaram mais profissionais” (ENTREVISTA 29).

“É uma empresa mais moderna, uma empresa que se preocupa com o relacionamento com o cliente, com os fornecedores, que busca parcerias. Acho que isso é um novo momento” (ENTREVISTA 21).

“... hoje se procura pessoas independentes, isentas, que não estejam em relação de cumplicidade nem com diretores nem com gestores, e que questionem, que façam, que se coloquem na relação com a empresa, com o superior e etc. Esse hoje é o perfil básico do profissional que se procura para cá. E isso é muito diferente. Daí que houve uma renovação muito grande do quadro, em função dessa mudança do perfil” (ENTREVISTA 2).

A Unimed-Alfa muda seu jeito de ser consolidando sua liderança no mercado (14,29%), pois

“... a Unimed hoje, apesar de a concorrência ser muito mais intensa, muito mais pesada, a Unimed ela está cada vez aumentando mais. Assim, até agora nós estamos cada vez mais líderes” (ENTREVISTA 9)

“Mudou o jeito de ser da Unimed perante clientes, perante qualquer pessoa. Eu acho que a Unimed ela [...] com a atual forma de gestão, ficou muito mais líder no mercado. Eu acho que mudou, e tem mudado, e vai mudar mais. Porque ela tem se empenhado para isso” (ENTREVISTA 28).

A cooperativa passou a exigir mais dos seus funcionários (7,14%), a investir em sua qualificação (7,14%), aumentando a liberdade para se trabalhar dentro da organização (7,14%), conforme mostram os depoimentos de entrevistados.

“... a demanda é muito grande. Então a gente é bastante exigido tanto em negociações quanto em mudança mesmo em informática e tal” (ENTREVISTA 1).

“... a preocupação da administração atual com a qualificação dos funcionários... mais profissionais e competentes na área de trabalho” (ENTREVISTA 13).

“... eu acho que a partir do momento que você tem mais liberdade de trabalhar, você também dá mais liberdade para as pessoas trabalharem. Então eu acho que é muito melhor. O ambiente hoje é diferente do que era antigamente” (ENTREVISTA 29).

O jeito de ser da Unimed-Alfa muda também no que tange aos cooperados. Os critérios para a admissão (ou credenciamento) de associados não são os mesmos (7,14%) pois

“... você já pensou? Credenciamento. Sorteio para credenciar médico... Onde é que já se viu isso? Sortear médicos. Hoje não. Hoje tem que ter currículo e prática” (ENTREVISTA 25).

“... agora a porta de entrada aqui é com concurso. Não tem mais condição de ser como era, porque antes era um negócio danado... indicação (ENTREVISTA 17).

Por outro lado, se mudaram os critérios para a admissão, há uma percepção de que a cooperativa hoje traz mais segurança para o médico cooperado (7,14%) porque

“... a Unimed hoje é uma Unimed mais aberta. Acho que a gente que é cooperado sente uma segurança maior. [...] ela [Unimed-Alfa] ficou para a gente muito aberta. Assim, a gente tem muita segurança de onde está pondo o pé. E a Unimed consolidou para a gente como... é o lugar onde a gente trabalha, é o nosso ganha pão, é a Unimed mesmo. Fortaleceu isso assim...” (ENTREVISTA 32).

Essas mudanças no jeito de ser da Unimed-Alfa estão relacionadas com a cultura da cooperativa. Retratam valores, crenças e hábitos que são compartilhados coletivamente. Estes podem ser observados em todas as dimensões da organização, ou seja, na estratégia, na estrutura, nas opções tecnológicas, na autoridade, enfim, em todos os aspectos que o coletivo organizacional compartilha (MOTTA, 2000).

As mudanças mostram que uma nova cultura está em construção na Unimed-Alfa. Diversas dimensões coletivamente compartilhadas, e que singularizam a organização, são expressão de sua cultura. Os valores, hábitos, interesses comuns, crenças, dentre outros aspectos da Unimed-Alfa, estão em transformação. As alterações tanto ligadas ao ambiente externo (ação do Estado regulamentando a assistência médica suplementar e o aumento da concorrência) como ao ambiente interno (novas lideranças e políticas organizacionais, além da reorganização do processo de trabalho) foram potencializadoras da mudança na cultura organizacional da cooperativa médica estudada.

Considerando-se que a organização é um sistema de poder em que as pessoas ou grupos estão sempre tentando influenciar o processo decisório, essas mudanças que aconteceram na Unimed-Alfa foram o resultado do jogo de forças entre pessoas e grupos que compõem a organização. Essa é a dimensão política da análise organizacional que se examina a seguir.

6.6 A questão política na cooperativa

A decisão da administração da Unimed-Alfa de contratar uma consultoria e executivos de mercado para conduzir a reestruturação mostrou que a cooperativa médica, em decorrência de um contexto de maior competitividade, passou a utilizar maior racionalidade administrativa, estruturando um corpo técnico-burocrático específico, e selecionado de maneira criteriosa e profissional, para conduzir as mudanças necessárias.

A profissionalização da administração da Unimed-Alfa é um marco para a transformação de sua cultura, pois, tradicionalmente a cooperativa vinha sendo administrada por seus próprios associados, ou seja, por médicos cooperados. A condução do processo de mudanças na Unimed-Alfa mostrou que uma nova cultura organizacional está em construção. A decisão de profissionalizar a gestão da organização pôde ser constatada nas diversas dimensões analisadas. Essa foi a forma escolhida pela atual administração para enfrentar a concorrência com as outras empresas do segmento de assistência médica suplementar.

No entanto, conforme demonstra a TAB. 28, os entrevistados apontaram dificuldades para efetuar as mudanças nas práticas de gestão da Unimed-Alfa e profissionalizar a administração. A resistência das pessoas em mudar (57,14%) foi a principal dificuldade apontada (TAB. 28). O acentuado número de demissões/troca de pessoal/rotatividade (28,57%) trouxe insegurança

e ansiedade para os funcionários, além do medo de perderem o emprego (21,43%). As mudanças provocaram um grande impacto na organização, tendo sido feito um trabalho para convencer as pessoas da necessidade de modernizar e atualizar a organização (7,14%):

“... resistência, insegurança, medo de perder emprego. E nós partimos do seguinte princípio: todo mundo que pudesse ser aproveitado, que tivesse possibilidade de aproveitar, pudesse ficar” (ENTREVISTA 14).

“Houve [dificuldades]. Eu, eu não vou relatar, porque... ouvi dizer. Mas houve. Houve inclusive muita demissão, por causa disso” (ENTREVISTA 24).

“... é a mudança mesmo. Convencer o pessoal que aquilo tinha que ser mudado para melhor, porque que a empresa precisava modernizar, atualizar. Eu acho que isso foi assim, para cabeça de algumas pessoas, foi muito complicado, sabe. Para ss pessoas que são resistentes à mudança, eu acho que foi bem complicado” (ENTREVISTA 29).

TABELA 28
Dificuldades para efetuar mudanças nas práticas de gestão

Itens discriminados	%
Resistência das pessoas em mudar	57,14%
Acentuado número de demissões/troca de pessoal/rotatividade	28,57%
Insegurança e ansiedade/ medo de perder o emprego	21,43%
Dificuldades no nível da Diretoria	14,29%
Interesses particulares/corporativos dos Conselhos e Assembléia	14,29%
Montagem de uma equipe/identificação de pessoas competentes no mercado	14,29%
Difícil relação com os prestadores de serviço no que tange ao controle de custos	7,14%
Adaptação inicial	7,14%
Brigas internas entre grupos	7,14%
Grande impacto das mudanças	7,14%
Caráter familiar da gestão anterior da Unimed-Alfa	7,14%
Trabalho de convencer as pessoas da necessidade de se modernizar /atualizar	7,14%
Mudanças muito rápidas da lei	7,14%
Antiga cultura	7,14%
Não houve resistência/dificuldade	7,14%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA – A soma das freqüências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Foram também apontadas as dificuldades enfrentadas no nível da diretoria, os interesses particulares/corporativos dos Conselhos e Assembléia, a difícil relação com os prestadores de serviço no que tange ao controle de custos e as brigas internas entre grupos (7,14% cada), como fatores dificultadores nas mudanças das práticas de gestão da Unimed-Alfa, conforme se pode constatar nos depoimentos.

“... no geral eu acho que... foi assim para a diretoria também, acho que a diretoria também sentiu em tudo. Tanto essas mudanças internas, como essas de leis e tudo” (ENTREVISTA 29).

“... a reestruturação foi abrangente a ponto de envolver a própria diretoria. Você começa a ter dificuldade até no nível de diretoria, as próprias diretorias foram reestruturadas. E depois a grande questão era a dificuldade que você tem dentro de uma estrutura cooperativa, onde você tem conselhos e assembléias que tem seus interesses e que defendem pontos de vista nem sempre compatíveis com aqueles que a cooperativa deseja mudar” (ENTREVISTA 2).

“... nos representantes das classes médicas, nos conselhos, tem representantes desses grupamentos. Entendeu? O Conselho é constituído por vários elementos. E lá dentro tem “nego” [médico] que está promovendo a autodefesa” (ENTREVISTA 25).

Essas dificuldades apontadas estão relacionadas com a forma como acontecem as relações de poder entre os associados. Dizem respeito ao duplo papel que os cooperados têm na cooperativa médica como donos e prestadores de serviços. O aumento do controle, decorrente do modelo de gestão que foi implantado na Unimed-Alfa e do significativo investimento em processamento de dados e geração de informações, afetou interesses de indivíduos e grupos.

Esse controle, dentre outros aspectos, se refere a um acompanhamento com a utilização de parâmetros, que possibilitam uma avaliação da produção dos médicos cooperados, por especialidade. Dessa forma, por exemplo, torna-se possível evidenciar as solicitações de exames, procedimentos etc. fora dos parâmetros e, até mesmo, detectar fraudes.

Nas cooperativas, conforme atesta Fleury (1983), que são sociedades organizadas de acordo com um modelo democrático, as condições se tornam mais propícias para que certos grupos se apropriem do poder e o utilizem em benefício próprio. Sendo assim, é provável e compreensível que uma gestão com mais controle provoque o surgimento de resistências por parte de pessoas ou grupos que possam estar auferindo vantagens.

Outras dificuldades importantes apontadas pelos entrevistados foram o caráter familiar da gestão anterior da Unimed-Alfa e a cultura antiga (7,14%).

“A gente que vinha de uma empresa, aquela empresa assim, muito familiar, como diz, né. Houve um impacto muito grande” (ENTREVISTA 29).

“E até a resistência interna da estrutura, que era um estrutura que vinha aí há 20 anos sobre a mesma direção, e que tem uma dificuldade muito grande de encarar e entender as mudanças” (ENTREVISTA 2).

“Olha, é a cultura antiga...” (ENTREVISTA 30).

As mudanças na gestão da cooperativa estudada foram de grande impacto para toda a organização. A administração anterior permaneceu à frente da Unimed-Alfa por quase vinte

anos. Essa situação foi possível em decorrência da atual legislação e estrutura de poder das cooperativas brasileiras. Dentre as deficiências que apresentam, destacam-se a possibilidade de centralização do poder e o rodízio do poder entre um mesmo grupo de associados. Tais problemas comprometem a competitividade das cooperativas especialmente devido à ineficiência administrativa que apresentam.

As mudanças na cultura das organizações, assim como na política, acontecem em longo prazo. Assim, os entrevistados fizeram sugestões para auxiliarem a consolidação de uma nova cultura na Unimed-Alfa (TAB. 29).

TABELA 29
Mudanças para auxiliarem a consolidação de uma nova cultura na Unimed-Alfa

Itens discriminados	%
Maior conscientização do médico cooperado	42,86%
Melhoria no nível de informação interna	21,43%
Melhoria do grau de informação do cooperado	14,29%
Investimento na satisfação dos funcionários	14,29%
Melhoria do relacionamento entre as áreas	14,29%
Melhoria da relação da Unimed-Alfa com os hospitais	7,14%
Mudança do modelo assistencialista para o modelo de promoção à saúde	7,14%
Diminuição da burocracia	7,14%
Implantação da UT fixa	7,14%
Maior participação dos funcionários que lidam diretamente com os clientes	7,14%
Melhoria da área de informática	7,14%
Não sabem informar	7,14%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Dois itens com altos percentuais destacam-se, ou seja, a maior conscientização do cooperado (42,86%) e a melhoria no grau de informação do cooperado (14,29%) expressam o sentimento dos entrevistados quanto a uma mudança necessária para uma nova cultura da cooperativa. Essa afirmação pode ser observada nos depoimentos.

“... eu acho que a gente devia trabalhar mais ainda com o médico. O médico ele tem que estar mais consciente de que a empresa é dele e que [...] não adianta a Unimed, o prédio Unimed, e todos os funcionários da Unimed trabalharem em prol do cliente, se o próprio médico que está atendendo o cliente ali na ponta, ele não fizer a parte dele, ele não entender que ele é o dono da cooperativa. Ou seja, ele tem que buscar o fortalecimento da cooperativa dele. [...] Ele buscando isso ele vai ter o ganho financeiro que precisa” (ENTREVISTA 1).

“... a principal mudança é uma maior, essa palavra, uma maior conscientização do cooperado o cooperado conhecer melhor a cooperativa” (ENTREVISTA 17).

“... eu acho que a principal mudança que falta ainda é o cooperado se conscientizar que ele é o dono da empresa, porque a parte técnica da gestão da Unimed, a mudança já ocorreu. Agora vai ser colher os frutos, se o cooperado assim nos ajudar” (ENTREVISTA 19).

Os entrevistados sentem que a conscientização, a aproximação e a participação do cooperado ainda precisam ser aumentadas. Nesse sentido, não está claro que tipo de conscientização é essa que se deseja – se sobre os princípios cooperativistas ou os princípios econômicos, atualmente preocupação relevante das empresas do segmento de assistência médica suplementar.

Um distanciamento dos associados pode ser decorrência de a cooperativa ser considerada pelos mesmos como um meio de satisfazer suas necessidades econômicas individuais, e não como um meio político-econômico. Sendo assim, os princípios cooperativistas adquirem pouco significado como orientadores da atitude do cooperado no que tange ao seu comprometimento e sua lealdade com a Unimed-Alfa.

A melhoria no nível de informação interna (21,43%), o investimento na satisfação dos funcionários e a melhoria do relacionamento entre as áreas (14,29%) aparecem também como propostas dos entrevistados para criar uma nova cultura na Unimed-Alfa.

“A gente tem que trabalhar para que eles estejam satisfeitos de estar aqui, e continuem aqui dentro da Unimed. Não só o pessoal de nível de superintendência e gestores, mas o pessoal que trabalha lá embaixo também” (ENTREVISTA 9).

“... a gente tem que melhorar mais ainda o nível de informação, não só para dentro da casa, que em todo lugar eles falam que é ruim, mas aqui também era ruim, e agora é razoável. Agora você tem que passar essa informação para os donos. O dia que o dono for bem informado você não tem dificuldade nenhuma mais” (ENTREVISTA 19).

“Acho que a Unimed tem tudo para, para melhorar cada vez mais. E a dificuldade, talvez a dificuldade maior seja interna, nossa, com relação aos cooperados. O pessoal perceber que, mudar essa visão de só até o fim do mês. Ver o quê que vem no fim do mês e pensar na estabilidade, na segurança, no fortalecimento da Unimed, e no coletivo da Unimed” (ENTREVISTA 7).

“A campanha de esclarecimentos dos médicos cooperados, porque mais uma vez eu volto a falar. O sujeito que só pensa no bolso dele e não na estrutura” (ENTREVISTA 25).

Tais opiniões denotam a preocupação dos entrevistados com o objetivo coletivo da organização. Mas as pessoas nas organizações, conforme afirma Motta (2000), além de desempenharem funções de interesse coletivo, mostram também seus interesses individuais. Sendo assim, agem de maneira a maximizar esses interesses ou conservar seus recursos de poder.

Então, a consolidação de uma nova cultura organizacional da Unimed-Alfa depende da capacidade de a cooperativa articular a dimensão política (interessada na promoção dos cooperados) e a dimensão econômica (que visa produzir um bem/serviço com eficiência econômica).

As mudanças empreendidas na cooperativa estudada trouxeram conseqüências no ambiente interno que estão relacionadas com a forma como acontecem as relações de poder na organização. Apesar de a Unimed-Alfa ser uma cooperativa, o presidente anterior esteve no comando durante vinte anos. Sendo assim, em 1998, a eleição de um novo grupo de cooperados e a profissionalização da gestão que foi implantada caracterizaram uma significativa mudança interna nas relações de poder. Os executivos contratados passaram a ocupar uma posição relevante nessas relações, pois eles tendem a ser dotados de habilidades que os proprietários – médicos cooperados – não apresentam.

Em que pese a Unimed-Alfa ter profissionalizado a sua administração, os entrevistados (100%) atestaram que existem dificuldades na gestão de uma cooperativa médica. A lentidão do processo decisório/burocracia (28,57%) foi a principal dificuldade apontada (TAB. 30). Essa é uma fragilidade das cooperativas, no que tange à questão administrativa, decorrente da concepção desse tipo de organização que prevê uma estrutura de poder diferenciada. É uma estrutura que apresenta deficiências, e estas comprometem a competitividade desse tipo de sociedade em relação às organizações não cooperativas:

“... tem uma desvantagem que pelo fato dela [cooperativa] ser democrática, e tem muitas decisões aí, muita coisa a gente deixa os cooperados resolverem. Então isso às vezes atrasa um pouco, você fica mais preso. Nós não temos assim, uma agilidade muito grande assim, de decisão em coisas que são realmente importantes, e que mudam o rumo, muda a filosofia da Unimed, porque isso é uma decisão que a gente sempre considera como de assembléia e leva para lá” (ENTREVISTA 9).

“... as dificuldades são exatamente essas, é o cooperado, as decisões dentro de uma cooperativa.....nós temos vantagem de ser cooperativa. [...] Mas eu que vivo o mercado que estou ali [...] com Saúde Bradesco, Sul América, eles são mais ágeis que a cooperativa”. . . Muitas vezes, as decisões aqui são lentas, e essas decisões lentas às vezes atrapalham da gente de pegar o mercado” (ENTREVISTA 18).

TABELA 30
Dificuldades existentes na gestão de uma cooperativa médica

Itens discriminados	%
Lentidão do processo decisório/burocracia	28,57%
Especificidades do modelo cooperativista	21,43%
Diversidade de especialistas/divergência de interesses	14,29%
Conflito entre os interesses individuais e coletivos	14,29%
Politicagem em detrimento do profissionalismo	14,29%
Consenso entre muitos donos	14,29%
Gerenciamento do médico pelo médico	7,14%
Papel duplo do médico: dono e prestador de serviço	7,14%
Direção assumir no nível operacional	7,14%
Descontinuidade da gestão em função das eleições de quatro em quatro anos	7,14%
Grande responsabilidade nas decisões por lidar com vidas	7,14%
Divergência entre os interesses dos cooperados e do cliente	7,14%
Regulamentação/novas leis	7,14%
Despreparo de alguns funcionários	7,14%
Processo de conscientizar os cooperados de seus direitos e deveres	7,14%
Dificuldade de se trabalhar com os médicos	7,14%
Diversidade de públicos da cooperativa	7,14%

FONTE - Entrevistas realizadas na Unimed-Alfa.

NOTA – A soma das frequências é superior a 100% por ter sido possível aos entrevistados darem mais de uma resposta.

Como as dificuldades na gestão de uma cooperativa médica estão relacionadas com a concepção da estrutura de poder diferenciada que tais organizações apresentam, os entrevistados relataram também as especificidades no modelo cooperativista (21,43%), uma diversidade de especialistas/divergência de interesses, o conflito entre os interesses individuais e coletivos, a politicagem em detrimento do profissionalismo e a necessidade de consenso entre muitos donos (14,29% cada) como dificuldades.

“... a grande dificuldade que tem é a distinção do interesse individual e do coletivo. Porque existe um interesse coletivo, que é fácil de aferir, de entender. E existem muitos interesses individuais de cada um. Interesse inclusive legítimo. Não estou nem considerando aqui nada obscuro. E esse interesses freqüentemente eles colidem. No momento em que você contraria o interesse de um grupo, ou de alguém, a reação é imediata. E muitas vezes o benefício dos que serão beneficiados não é imediato. Então você tem uns "casamento" aí daquele que vai ser beneficiado, e daquele que é muitas vezes é "prejudicado", aí sempre entre aspas” (ENTREVISTA 2).

“... a Unimed ela tem quatro mil médicos. Então quer dizer, eu acho que para ter o consenso desses médicos aí, a dificuldade é essa, a correlação de forças é maior ainda...” (ENTREVISTA 31).

Um dos elementos da ineficiência administrativa nas cooperativas se refere à lentidão do processo decisório por envolver consenso entre os cooperados. Por ser a cooperativa um *locus* em que, de maneira geral, um grande número de associados interage, esta organização torna-

se um evidente espaço de disputa de poder. Pagés et al. (1987) afirmam, no entanto, que o poder organizacional é uma entidade que não pode ser possuída. O poder difunde-se através da organização e manifesta-se por meio de práticas e relações cotidianas.

Existem também facilidades na gestão de uma cooperativa de trabalho médico, segundo 71,43% dos entrevistados. Destaca-se o fato de os donos da cooperativa serem os médicos, que lidam diretamente com o cliente, e também o caráter democrático/voto vinculado à pessoa (20,00%), conforme depoimentos.

“Olha, cooperativa é uma coisa assim, que é boa, porque é muito democrático. Cooperativa é uma sociedade de pessoas, não é sociedade de capital. A grande diferença para uma cooperativa e uma empresa, uma sociedade anônima é o voto. O voto está vinculado à pessoa, não está vinculado ao capital. Então a pessoa é dona, ela tem livre acesso à administração [...] Essa é a vantagem” (ENTREVISTA 9).

As dificuldades e as facilidades na gestão de uma cooperativa médica apontadas pelos entrevistados estão relacionadas com especificidades desse tipo de sociedade, o que leva a supor que haja diferenças entre a cultura de uma cooperativa e a cultura de empresas do mercado competitivo. Essa é uma questão que merece ser respondida, na medida em que a cooperativa tem sido apontada como uma alternativa para o mercado competitivo.

O radicalismo na mudança organizacional presume a necessidade de romper com a tendência à evolução natural dos sistemas organizacionais, pois as organizações complexas são propícias à estabilidade, à inércia, à acomodação e, conseqüentemente, ao desaparecimento (MOTTA, 2000).

A Unimed-Alfa reagiu à decadência, ou mesmo, à morte, realizando uma mudança radical. A regulamentação estatal e a competitividade do mercado foram provocações externas que impulsionaram a cooperativa a contrapor-se a esta tendência de evolução natural, rompendo com uma ordem estabelecida. A idéia foi de se criar uma transformação que seja irreversível. Radicalizar tal mudança significou reinventar a organização. Portanto, essas variáveis externas favoreceram para que a Unimed-Alfa contestasse seus valores e práticas, reconstruindo sua gestão com base em uma visão de futuro. A mobilização dos cooperados em torno do novo projeto organizacional da cooperativa, com determinação de mudar o necessário para alcançar a transformação projetada, é o desafio e a oportunidade de trabalho, que o contexto de turbulências, pós-1998, está oferecendo aos médicos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Nesta parte do trabalho, são apresentadas as conclusões da pesquisa, consideradas suas limitações e apontadas algumas questões suscitadas durante o percurso que poderão ser úteis a futuras investigações.

Este estudo iniciou-se com inquietações da pesquisadora no que se refere ao novo papel do Estado no Brasil, delineado a partir da proposta de reforma que está em curso. Houve uma motivação especial para buscar compreender as conseqüências que as ações do Governo, nesse contexto, têm provocado na gestão das organizações.

Estudou-se uma cooperativa médica Unimed, analisando mudanças que aconteceram em suas práticas de gestão como decorrência da regulamentação estatal do segmento de assistência médica suplementar. Examinaram-se dificuldades enfrentadas pela organização para se adequar às novas regras e analisaram-se as mudanças ocorridas em sua gestão nas perspectivas estratégica, estrutural, tecnológica, humana, cultural e política.

O estudo realizado foi de caráter exploratório-descritivo-analítico, e adotou-se uma abordagem qualitativa, na qual se utilizou o método do estudo de caso. A natureza exploratória da pesquisa deveu-se ao fato de haver pouco conhecimento acumulado e sistematizado sobre a temática escolhida. Sendo assim, sua finalidade principal foi esclarecer e modificar conceitos e idéias, visando a identificação de problemas mais precisos para futuras investigações.

Considerando-se o método adotado, ressalta-se que, apesar da profundidade de análise que o mesmo ofereceu e da possibilidade que houve de se examinar um fenômeno contemporâneo em seu contexto real, os resultados obtidos não permitem que se façam generalizações. Isso acontece como uma conseqüência tanto do objeto escolhido para o estudo quanto do convencionalizado para estudos qualitativos e quantitativos, sendo essa uma limitação da pesquisa.

Utilizou-se uma abordagem de análise organizacional sistêmica, o que se justifica, pois a organização é um fenômeno social global. Assim, foi também possível constatar a interdependência existente entre as perspectivas de análise utilizadas.

A análise dos resultados permite afirmar que a regulamentação estatal foi um importante impulso para a profissionalização e a modernização administrativa da cooperativa médica estudada, consolidando a sua liderança no mercado. Em dezembro de 2000, a Unimed-Alfa apresentava uma receita bruta de 406.168 milhões de reais, 386.486 clientes e 3.861 médicos cooperados (UNIMED, 2000b).

No entanto, essa política pública suscitou uma série de dificuldades para a organização, dificuldades essas relacionadas tanto a aspectos internos quanto externos da cooperativa. No que tange ao ambiente externo, a principal dificuldade que a Unimed-Alfa enfrentou se refere à forma como o processo de implementação dessa política vinha ocorrendo. Além das mudanças que as novas regras por si sós já trariam para as organizações do segmento de assistência médica suplementar, o fato de o Poder Executivo da União ter editado inúmeras MP's alterando a Lei n. 9.656/98 gerou uma grande instabilidade no ambiente. Isso dificultou de maneira significativa a adaptação da cooperativa à realidade do mercado regulamentado.

As mudanças e alterações em uma lei, após sua publicação, são previsíveis na fase de implementação, conforme atestam diversos autores (PRESSMAN e WILDAVSKY, 1973; METTER e HORN, 1975; SUBIRATS, 1989 dentre outros).

No entanto, no caso da Lei n. 9.656/98, o Presidente Fernando Henrique utilizou de forma expressiva o mecanismo de edição e reedição de MP's, o que permite algumas reflexões. Por um lado, as negociações no âmbito da regulamentação do segmento de assistência médica suplementar provavelmente foram resolvidas com pequeno grau de consenso entre os atores sociais envolvidos, e o Poder Executivo da União utilizou as MP's como forma de legislar, substituindo os procedimentos comuns de formação de leis, próprios do Legislativo.

Por outro lado, o tipo de contrato de gestão da ANS com o Ministério da Saúde pode estar trazendo impactos na atuação da diretoria colegiada da agência, na medida em que apresenta a cláusula de exoneração, diferentemente dos contratos das outras agências dos setores de infraestrutura. Assim, haveria a possibilidade de o Ministério da Saúde, instância supervisora, interferir no grau de independência da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e comprometer não só a regulação em si, mas a própria Reforma da Saúde dos anos 90.

As exigências da regulamentação estatal do mercado de assistência médica suplementar impuseram custos muito altos para o ajustamento da empresa estudada. No entanto, a cooperativa médica apresentou um mecanismo facilitador nesse processo de ajustes, por ser um tipo de organização que tem a particularidade de equilibrar-se financeiramente por meio da Unidade de Trabalho móvel, ou seja, o valor dessa UT não é predefinido e, sim, sujeito às *sobras* mensais da cooperativa. Dessa forma, o trabalhador médico cooperado é quem está sustentando o processo de adaptação da cooperativa estudada à nova legislação.

Face a essa constatação, pode-se supor que parte das empresas que operam com planos e seguros privados de saúde no Brasil, em especial, as não-lucrativas (planos próprios de empresas e cooperativas médicas menos estruturadas) e as lucrativas de menor porte estejam experimentando dificuldades financeiras importantes para se adaptarem às regras da regulamentação estatal.

Nesse contexto, é provável uma tendência à redução do número de operadoras no País, resultado de fusões e aquisições, com a conseqüente concentração do mercado de assistência médica suplementar nas mãos de grandes empresas, em particular, as seguradoras. No que tange à Unimed, há também a possibilidade de que as cooperativas médicas menores e menos estruturadas tenham dificuldades para se adequar e sobreviver.

No que se refere ao ambiente interno da organização, a forma de gestão adotada anteriormente pela Unimed-Alfa foi um grande dificultador nesse processo de adaptação. Uma administração caracterizada por centralização, amadorismo gerencial, falta de sinergia com o ambiente externo, ausência de planejamento de longo-prazo, desprovida de dados e informações, com importante atraso tecnológico dentre outros fatores, deixou um *gap* expressivo entre o que a Unimed-Alfa era e o que precisava ser para se adaptar, sobreviver e continuar crescendo em um mercado mais competitivo e regulamentado pelo Estado. A alternativa que restou para a equipe de associados que administrava a cooperativa estudada foi reestruturar de forma radical a organização, em um período de tempo muito reduzido.

Na perspectiva estratégica, a Unimed-Alfa mudou expressivamente. Promoveu um redirecionamento estratégico, no qual definiu o negócio, a missão, a visão e os objetivos da cooperativa, identificou seus pontos fortes e fracos, analisou seus públicos, as oportunidades e ameaças e adotou o planejamento estratégico como ferramenta gerencial.

Uma nova estrutura organizacional, caracterizada por significativa horizontalização, foi implementada na cooperativa. Da gestão por funções, partiu-se para uma gestão por processos. Tais mudanças implicaram a necessidade de inovações em tecnologia de informação e processamento de dados o que, por conseguinte, resultou em mudanças no processo de trabalho.

Assim, as conseqüências dessas transformações foram significativas na perspectiva humana. Um novo perfil de profissionais passou a ser exigido pela Unimed-Alfa. À qualificação técnica, agregaram-se os requisitos de habilidades interpessoais, de capacidade de adaptação a mudanças, e de lidar com novas tecnologias gerenciais e de processamento de dados. O desempenho passou a ser avaliado em termos de cumprimento de metas, tendendo, assim, a uma remuneração dos funcionários por resultados. Nesse contexto, os processos de recrutamento e seleção de pessoas foram radicalmente modificados.

Essas mudanças pressupõem a construção de uma nova cultura organizacional na cooperativa médica estudada. As relações de poder foram alteradas com a estruturação de um corpo gerencial altamente qualificado. A diretoria composta por médicos cooperados eleitos assumiu um papel político e estratégico, deixando sob a responsabilidade de especialistas a função operacional.

Os procedimentos para a associação de médicos foram, conseqüentemente, alterados com a incorporação de maior racionalidade administrativa. De um sistema que funcionava por indicação (ou sorteio), passou-se a exigir a qualificação do profissional, sendo implantada a admissão (ou associação) por concurso.

Também, como decorrência dessa maior racionalidade, houve o aumento dos controles sobre o trabalho dos funcionários, as atividades dos prestadores de serviços e sobre os atos dos médicos cooperados.

A profissionalização da gestão da Unimed-Alfa foi possível em decorrência de novas relações de poder que se estabeleceram com a eleição da diretoria 1998-2002. Um grupo de médicos cooperados, com visão de futuro, buscava superar o tradicionalismo e resistir às pressões dos interesses individuais e de determinados grupos, em prol do interesse coletivo da cooperativa.

Tal mudança implica a necessidade de conscientização do médico cooperado sobre seu papel na cooperativa médica Unimed-Alfa. Por sua vez, a superação dos conflitos e das resistências é essencial para a consolidação de uma nova cultura organizacional, cultura esta que pudesse garantir a eficácia administrativa e a competitividade da organização estudada.

Há uma diferença entre a cultura da cooperativa médica e a de uma empresa mercantil. Devido ao duplo papel que os médicos cooperados assumem como donos e como prestadores de serviços na sociedade cooperativa, haverá sempre conflitos de interesse no que se refere às estratégias da organização (enquanto interesse coletivo) e às estratégias do dono cooperado (enquanto interesse individual).

Aos associados da Unimed-Alfa caberia compreender o seu papel na cooperativa médica, distinguindo-o daquele que desempenha em outras empresas do segmento de assistência médica suplementar para as quais presta serviços. Nesse sentido, caberia a conscientização de que a cooperação significa reunir forças para alcançar objetivos comuns. E essa atitude implica a necessidade de um avanço no sentido da construção da solidariedade social.

Como a sociedade cooperativa apresenta particularidades, considera-se que há a necessidade de se desenvolver um modelo de gestão específico para as cooperativas médicas. A gestão organizacional, em todas as suas dimensões de análise, evolui continuamente e pode acrescentar novas possibilidades de *performance* para essas organizações.

Recomenda-se, portanto, que se continue analisando a gestão de cooperativas médicas que estejam contribuindo também para o sucesso desse tipo de organização, seus métodos e práticas adotados.

Os serviços prestados por empresas do segmento de assistência médica suplementar, de forma geral, são importantes para a sociedade brasileira. Considerando-se que existem quatro modalidades de assistência, que as organizações que as compõem apresentam particularidades, e que estão vivenciando uma fase de adaptação ao mercado regulamentado e mais competitivo, sugere-se que sejam realizados estudos comparativos, procurando identificar as mudanças ocorridas em sua forma de gestão, comparando-se os resultados obtidos.

O presente estudo oferece às outras Unimed's e organizações correlatas uma referência para analisar sua trajetória e suas práticas e para compreender a necessidade de profissionalizarem e modernizarem sua administração, face ao novo contexto do País, configurado com a regulamentação estatal do segmento de assistência médica suplementar, a partir de 1998.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, Sérgio Henrique H. de. A reforma do Estado: premissas, princípios, propostas. In: VELOSO, João Paulo dos Reis (Org.). **O leviatã ferido: a reforma do Estado brasileiro**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1991. p. 55-80.

_____. ABRANCHES, Sérgio. Privatização, mudança estrutural e regulação. In: XIº FÓRUM NACIONAL, 1999, Rio de Janeiro: Instituto de Altos Estudos – INAE. **Anais...** 17 a 20/05/99. Painel VI, *O day after* da privatização da infra-estrutura, 19 de maio de 1999 a.

_____. Reforma regulatória e reforma do Estado: conceitos, experiências e recomendações para o Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública, v.50, n.2, p.19-48, abr./jun.1999b.

ABRASCO. Regulamentação dos planos e seguros privados de saúde no Brasil. **Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. v. 15, abr./jun. 1997.

AKTOUF, Omar. O simbolismo e a cultura da empresa: dos abusos conceituais às lições empíricas. In: CHANLAT, Jean (Coord.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1993.

ALBUQUERQUE, Roberto C. Revisão do Estado brasileiro: visão de síntese. In: VELOSO, João Paulo dos Reis (Org.). **O leviatã ferido: a reforma do Estado brasileiro**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1991. p.5-34.

ALENCAR, E. Valorização da cooperativa agrícola de Curvelo-MG. Viçosa, 1976. Dissertação (Mestrado em Extensão rural) – Universidade Federal de Viçosa *apud* ANTONIALLI, Luiz Marcelo. Influência da mudança de gestão nas estratégias de uma cooperativa agropecuária. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 135-44, jan./abr. 2000.

ALMEIDA, Célia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar**. Brasília: IPEA, 1998. 81p. (Texto para discussão, n. 599).

_____. Reforma do Estado e reforma da saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 263-286, 1999.

AMMG. Escolas médicas: projeto de lei define critérios para criação e funcionamento das escolas médicas. **AMMG**, Belo Horizonte, v.29, n.74, p.5, ago./set. 2000.

ANDRADE, Regis de Castro; JACCOUD, Luciana (Org.). **Estrutura e organização do poder executivo**. Brasília, DF: Centro de Documentação, Informação e Difusão Graciliano Ramos, 1993. v. 2.

ANDREAZZI, Maria de Fátima S. **O seguro privado de saúde no Brasil**. 1991. 265p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

ANS, 2000. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso: 15 nov. 2000 – 10 dez. 2000.

ANS, 2001. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso: 05 jun. 2001 – 18 dez. 2001.

ANTONIALLI, Luiz Marcelo. Influência da mudança de gestão nas estratégias de uma cooperativa agropecuária. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 135-44, jan./abr. 2000.

ASHFORD, Douglas E. **La aparición de los estados de bienestar**. Madri: Ministério del Trabajo y Seguridad Social, 1986.

AULETE, Caldas. Dicionário contemporâneo da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Delta, 1958. 5v.

AZEVEDO, Eurico de Andrade. Agências reguladoras. *Revista de direito administrativo*. Rio de Janeiro, v213, I-VII, p. 141-148, jul./set. 1998 *apud* PECI, Alketa. Novo marco regulatório para o Brasil da pós-privatização: o papel das agências reguladoras em questão. In: ENANPAD, 23, 1999, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: ANPAD, 1999. AP13. CD-ROM.

BAHIA, Lígia. **Planos e seguros de saúde**: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil. 1999. 333p. Tese (Doutorado em Ciências na área de saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 1999.

_____ ; ELIAS, Paulo Eduardo. Interfaces público-privadas do mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil. In: SIMPÓSIO REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE, 2001, Brasília, DF, **Textos de referência** ... Brasília, DF : Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2001. Disponível em: <http://www.ns.gov.br/simposio_reulamentacao/texto_barroca.htm> Acesso em: 30 set. 2001.

BARDACH, E. **Implementation Game**. Cambridge: MIT Press, 1977.

BARROCA, João Luis. Coberturas e modelos assistenciais. In: SIMPÓSIO REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE, 28 e 29 de agosto de 200, Brasília. **Textos de referência...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.ns.gov.br/simposioregulamentacao/textobarroca.htm>> Acesso em: 30 set. 2001.

BENATO, João Vitorino Azolin. **O ABC do cooperativismo**. 4. ed. São Paulo: OCESP, 1997.

BITTAR, O. J. N. V. O mercado médico no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.1, p.55-66, jan./fev. 1999.

BOBBIO, Norberto; NICOLA, Matteucci; GIANFRANCO, Pasquino. **Dicionário de Política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000. 2v.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Belo Horizonte: Comercial e Editora Sampaio, 1998. Cap. 2, Título II, Art. 6.

_____. Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a política nacional de cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Presidência da República, 1971.

_____. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Presidência da República, 1990.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Presidência da República, 1990.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Presidência da República, 1990.

_____. Lei n. 8.987, de 13 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Presidência da República, 1995.

_____. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Presidência da República, 1998.

_____. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Presidência da República, 2000.

_____. Medida Provisória n. 1.928, de 25 de novembro de 1999. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Presidência da República, 1999.

_____. Presidência da República. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado.** Brasília: Presidência da República, Câmara de Reforma do Estado, Ministério da

Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. 86p. (Documentos da Presidência da República)

BRASIL, Sandra; CRUZ, Angélica Santa. **Em busca da cura paga**. Disponível em: <http://2.uol.com.br/veja/221097/p_102.htm> Acesso em: 27 abr. 2000.

BROWN, Mark G.; HITCHCOCK, Darcy E; WILLARD, Marsha L. **Por que o TQM falha e como evitar isso**. São Paulo: Nobel, 1996. 256p.

CARDOSO, Eliana. **Economia brasileira ao alcance de todos**. São Paulo: Brasiliense, 1993. 196p.

CARDOSO, Fernando H. **Autoritarismo e democratização**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975. 240p.

CARNEIRO, Palmyos Paixão. **Co-operativismo** – o princípio cooperativo e a força existencial-social do trabalho. Belo Horizonte: FUNDEC, 1981. 336p.

CASTELLS, Antoni et al. **Crisis económica y Estado de bienestar**. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, 1989. p. 55-9.

CHANDLER Jr. A. **Strategy and structure**, Cambridge: The MIT Press, 1982.

CHIZZOTTI, Antônio. **A pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.163p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Portal da saúde**. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>> Acesso em: 6 dez. 2001.

CORDEIRO, Hésio. **As empresas médicas**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 175p.

COSTA, C. R. da. Políticas públicas e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

COSTA, Nilson do R.; RIBEIRO, José M.; SILVA, Pedro L.; MELO, Marcus André. O desenho institucinal da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.2, p.193-228, mar./abr. 2000.

CROZIER, Michel. **A sociedade bloqueada**. Trad. de Maria Lúcia Alvares Maciel. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1983. 198p.

CUNHA, Mário Wagner. V. **O sistema administrativo brasileiro**. Rio de Janeiro: CEBRAPE, 1963.

DAVENPORT, Thomas H. **Reengenharia de processos**: como inovar na empresa através da tecnologia da informação. 5. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994. 391p.

DIAS, Ellen Cristina. Desafios marcam futuro do ensino da medicina. **Gazeta Mercantil**, 21-22 abr. 2001. Caderno Ciência e Tecnologia, p.8.

DIAS, Roberto da S. Cooperativismo de trabalho à luz de Guerreiro Ramos: uma economia de caráter isonômico para profissionais de nível superior. ENANPAD, 24., 2000, Florianópolis. **Anais...** ANPAD: 2000. Artigo ORG.71. CD-ROM.

DICIONÁRIO de Ciências Sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1987. 1421p.

DINIZ, Eli. **Crise, reforma do Estado e governabilidade** – Brasil, 1985-1995. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997. 228p.

DONALDSON, L. Teoria da contingência estrutural. In: CLEGG, S. (Org.) **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1999.

DRUCKER, Peter. **Administração em tempos de grandes mudanças**. 4. ed. Trad. Nivaldo Montigelli Jr. São Paulo: Pioneira, 1999. 230 p.

DULCI, Otávio Soares. **Estado, sociedade e políticas públicas no cenário mundial**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1997. 21p. (Caderno de textos, n. 6).

- DURKHEIM, Emile. **A divisão do trabalho social**. 3. ed. Lisboa: Presença, 1989. p. 63-86.
- ELDER, Charles D. ; COBB, Roger W. Formación de la agenda: el caso de la política de los ancianos. In: **PROBLEMAS públicos y la agenda del gobierno**. México, DF: Aguilar, 1991. p.77-103.
- ESTRUTURA sistêmica e organizacional da MEDIMINAS. Belo Horizonte: MEDIMINAS, 1972. 97p.
- EVERS, F. T; RUSH, J. C.; BERDROW, I. **The bases of competence: skills for lifelong learning and employability**. San Francisco: Jossey -Bass, 1998.
- FADUL, Élvia M. C. Reforma do Estado e serviços públicos: transformação de um modelo ou adaptação a uma nova ordem social? **Revista de Administração**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 70-78, jan./mar. 1999.
- FAORO, Raymundo. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 6. ed. rev. aum. Porto Alegre: Editora Globo, 1984. 137p.
- FAVARET, P. F.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados**, v.33, n. 2, 1990. p.257-83, mês 1990.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.
- FIORI, José Luiz. **Para uma economia política do Estado brasileiro**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, maio, 1993.
- FLEURY, Maria Tereza L.. O desvendar da cultura de uma organização: uma discussão metodológica. In: _____; FISCHER, Rosa Maria. (Org.). **Cultura e poder nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996. p. 15-27.
- _____. Cultura da qualidade e mudança organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.33, n.2, p. 26 - 34, mar./abr. 1993.

_____. Cooperativas agrícolas e o capitalismo no Brasil. São Paulo: Global Editora, 1983.

_____; FISCHER, Rosa Maria. As políticas da gestão de recursos humanos e a emergência de padrões e relações de trabalho. In: SEMINÁRIO PADRÕES TECNOLÓGICOS E POLÍTICAS DE GESTÃO: COMPARAÇÕES INTERNACIONAIS, 1, São Paulo. **Anais...** São Paulo, USP, 1989.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRANÇA, Júnia et al. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 4. ed. rev. e aum. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

GALBRAITH, J. K. **Anatomia do poder**. São Paulo: Pioneira, 1984.

GARCIA, R. M. O requisito de um programa de treinamento em cooperativas. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 21, n.1, p.39-45, jan./mar. 1981.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 205p. GREGORI, Maria Stella. O projeto de Fiscalização da ANS. In: SIMPÓSIO REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE, 28 e 29 de agosto de 2001, Brasília. **Textos de referência...** Brasília, DF : Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.ns.gov.br/simposioregulamentacao/textobarroca.htm>> Acesso em: 30 set. 2001.

GRENWOOD, E. **Metodologia de la investigación social**. Buenos Aires: Paidós, 1973.

HABERMAS, Jurgen. Knowledge and human interests. Boston: Beacon Press, 1971 *apud* GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 205p.

HAMMER, M.; CHAMPY, J. **Reengenharia**: revolucionando a empresa em função dos clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerência. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

HOLANDA, Nilson. A crise gerencial do Estado brasileiro. In: **Brasil, a superação da crise**. São Paulo: Nobel, 1993. p.163-176.

INTERIORIZAÇÃO da saúde versus médicos cubanos. **CFM**, Brasília, v.15, n.113, p.3, jan. 2000.

JAGUARIBE, Hélio. **O nacionalismo na atualidade brasileira**. Rio de Janeiro: MEC/ISEB, 1958. (Série Textos Brasileiros de Política).

JESUS, Jorge Wilton Pereira. A Reforma do Aparelho do Estado. In: ENANPAD, 22, 1998, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: ANPAD, 1998. Artigo AP14. CD ROM.

JORNAL DO COOPERADO, 2000. **UNIMED**. n. 21, nov./2000.

_____, 2001. **UNIMED**. n. 25, set./2001.

JORNAL DA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, **UNIMED**, fev/mar. 1998.

KLIKSBERG, Bernardo. **Como transformar o Estado**: para além de mitos e dogmas. Trad. de Florindo Villa-Alvarez e Helena Ferreira. Brasília: ENAP, 1992. 87p.

KOTLER, Philip. **Princípios de marketing**. Rio de Janeiro: LTC, 1995.

_____; ARMSTRONG, G. **Princípios de marketing**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

KUBR, M.; DEREK, A. Managers and their competences. In: **Management development: a guide for the profession**. Genebra: OIT, 1998.

LAUCHNER, R.; SCHWEINBERGER, G. A. Eficiência e eficácia de la empresa cooperativa y estructura del poder. *Perspectiva Econômica*, v.24, n.65, p.11-26, abr./maio 1989 *apud* ANTONIALLI, Luiz Marcelo. Influência da mudança de gestão nas estratégias de uma cooperativa agropecuária. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 135-44, jan./abr. 2000.

LIMA, Marcel Vilela et al. A burocracia estatal brasileira como ator social. In: ENANPAD, 22., 1998. Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: ANPAD, 1998. Artigo AP01.

LIMDBLOM, Charles. The science of muddling through. **Public and Administration Review**, New York, v. 19, p. 78-88, 1959.

MAJONE, Giandomenico. Do Estado positivo ao Estado regulador: causa e conseqüências de mudanças no modo de governança. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n.1, p.5-36, jan./mar. 1999.

MARCUSE, Herbert. Raison et révolutinon. Paris: Les Éditions de Minuit, 1968 *apud* GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 205p.

MARSHALL, Carla Isolda F. C. Medida Provisória: aspectos jurídicos da legalidade do uso em questões tributárias. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 67-87, jan./fev. 1999.

MARTINS, Humberto F. A Ética do patrimonialismo e a modernização da administração pública brasileira. In: MOTTA, Fernando P.; CALDAS, Miguel P. (Org.) **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997. Cap. 10, p.171-80.

MEDICI, André C. **Incentivos governamentais ao setor privado em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 1991a. (Relatórios técnicos).

_____. **Descentralização e informação em saúde**. Brasília: IPEA/ Planejamento e Políticas Públicas, 1991b. (Texto para discussão, n. 5).

_____. **Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes**. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 1991c. (Relatórios Técnicos).

MEHEDFF, N. G. **Habilidades, questão de competências?** Brasília: Ministério do Trabalho, Secretaria de Formação e Desenvolvimento Profissional. 1996.

MEIRELLES, P. A. Ações administrativas e participação social em cooperativas agropecuárias. Lavras, 1981. Dissertação (Mestrado em Administração Rural) – Departamento de Administração e Economia, Universidade Federal de Lavras, 1981 *apud* ANTONIALLI, Luiz Marcelo. Influência da mudança de gestão nas estratégias de uma cooperativa agropecuária. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 135-44, jan./abr. 2000.

MELO, Marcus André. Anatomia do fracasso: intermediação de interesses e reforma da política social na Nova República. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p.119-63, 1993.

MELO, Marlene Catarina Oliveira L. Gestão das pessoas nas organizações: um aprendizado para gerentes e profissionais da área. In: PIMENTA, Solange Maria. **Recursos humanos: uma dimensão estratégica**. Belo Horizonte: UFMG/FACE/CEPEAD, 1999. p. 157-75.

_____. Participação como meio não institucionalizado de regulação de conflitos. IN: FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. (Org.) **Processo e relações do trabalho no Brasil**. São Paulo: Atlas, 1987. p. 161-78.

MENDES, Alfeu Silva. Deixem as cooperativas trabalhar. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 19 jan. 2000, Caderno Opinião, p. 7.

MENDES, Eugênio V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. 359p.

_____. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In: MENDES, Eugênio V. (Org.). **O distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.

MENDES, Solange Beatriz P. Estrutura das operadoras. In: SIMPÓSIO REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE, 28 e 29 de agosto de 2001, Brasília. **Textos de referência...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/simposioregulamentacao/textomendes.htm>> Acesso em: 30 set. 2001.

METTER, Donald S.; HORN, Carl E. The police implementation process. A conceptual framework. **Administration & Society**, v. 6, n. 4, p.445-88, 1975.

MINAS GERAIS. Constituição (1989). **Constituição do Estado de Minas Gerais**. Promulgada em 21 de setembro de 1989. Belo Horizonte: César Sampaio, [1989]. Capítulo 1: Da Organização do Estado, Sessão IV: Da Administração Pública.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ed. São Paulo: HUCITEC: Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000. 269p.

MINTZBERG, Henri. **Criando organizações eficazes**. São Paulo: Atlas, 1995.

MISI, Márcia Costa. **Cooperativas de trabalho – Direito do trabalho e transformação social no Brasil**. São Paulo: LTr, 2000. 111p.

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento interpessoal**. 7. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: José Olympio, 1997. 276p.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 1995. 256 p.

_____. **Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000. 224p.

MUNIZ, R. **Relaciones intergubernamentales y política de medio ambiente em Brasil: un enfoque de gestión intergubernamental**. 1998. Tese (Doutorado) – Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1998. (Introdução, Cap. 2-3).

NADLER, David. (Org). **Arquitetura organizacional**. Trad. Marc S. Gerstein; Robert B. Shaw. Rio de Janeiro: Campus, 1993. 265p.

NÃO aos cursos de medicina!. **Informativo CRMEMG**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p.3, fev./mar.2000.

NASCIMENTO, Kleber T. Reflexões sobre a estratégia de reforma administrativa: a experiência brasileira. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 11-50, 1967.

_____. Implicações do moderno conceito de administração para a formulação de uma estratégia de reforma administrativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: v. 6, n. 1, p. 5-31, jan./mar. 1972.

NUNES, Edson. Modernização, desenvolvimento e serviço público: notas sobre a reforma administrativa no Brasil. In: **PERSPECTIVAS da economia brasileira**. Brasília: IPEA, 1992. p. 211-27.

OCB, 2001. Disponível em: <<http://www.ocb.org.br>> Acesso em: 10 ago. 2001.

OCEMG, 2001. Disponível em:<<http://www.ocemg.org.br>>Acesso: 15 jun. 2001 – 10 dez. 2001.

OCESP, 2001. Disponível em: <<http://www.oces.org.br>> Aceso em: 22 jun. 2001 – 18 nov. 2001.

OPOSIÇÃO vence eleição na UNIMED. **Gazeta Mercantil**, Belo Horizonte, 1 de abril de 1998. p. D-1.

OSBORNE, David.; GAEBLER, Ted. **Reinventando o governo**: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. Brasília: MH Comunicação, 1994. 436p.

OSZLAC, Oscar. Políticas públicas e regimes políticos: reflexões a partir de algumas experiências Latino-Americanas. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 17-60, jan./mar. 1982.

PAGÉS, M. et al. **O poder das organizações**: a dominação das multinacionais sobre os indivíduos. Trad. Cecília Pereira Tavares; Sônia Simas Favatti. São Paulo: Atlas, 1987. 234 p.

PECI, Alketa. Novo marco regulatório para o Brasil da pós-privatização: o papel das agências reguladoras em questão. In: ENANPAD, 23, 1999, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: ANPAD, 1999. AP13. CD-ROM.

PEREIRA FILHO, C. E. F. **A política pública como caixa de pandora**: a organização de interesses, processo decisório, e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira – 1985/ 1989. 1994. 166p. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa Integrado de Mestrado em Economia e Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1994.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Da administração pública à gerencial. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v.47, n.1, p.120, jan./abr, 1996.

PINHO, Diva Benevides. **Avaliação do cooperativismo brasileiro**. 2. ed. Belo Horizonte: FUNDEC, 1981. 82p.

_____. **Economia e cooperativismo**. São Paulo: Saraiva, 1977.

_____. (Org.). **Tipologia cooperativista**. São Paulo: CNPq, 1984. (Manual do cooperativismo, v.4).

PORTER, Michel. E. What is strategy? **Harvard Business Review**. Boston, v. 76, n. 6, p. 61-78, Nov./Dec. 1996.

POSSAS, Cristina. **Saúde e trabalho**: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

PRAHALAD, C. K. Reexame de competências. **HSM Management**, São Paulo, v. 3, n. 17, p. 40-6, nov./dez. 1999.

PRESSMAN, J. I. ; WILDAVSKY, A. **Implementation**. Berkeley: University of California Press, 1973.

QUEIROZ, Carlos Alberto R. S. de. **Manual da cooperativa de serviços e trabalho**. São Paulo: STS, 1998. 283p.

RAMOS, Alberto Guerreiro. **Administração e contexto brasileiro**: esboço de uma teoria geral da administração. 2. ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1983. 323p.

RAMOS, Lauro; REIS, José G. A. **Emprego no Brasil nos anos 90**. Rio de Janeiro: IPEA, mar.1997. 34p. (Texto para discussão, n. 468).

RAMOS, Naimar M. Modernização administrativa e estratégias de mudança: algumas reflexões sobre o caso brasileiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.15, p. 168-90, 1981. (Número Especial).

RELATÓRIO sobre o desenvolvimento mundial 1997: o Estado num mundo em transformação. set. 1997. Washington D. C.: Banco Mundial, 1997. 211p.

REVISTA Exame: O Brasil em exame. São Paulo, n. 673, 1998.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson R.; SILVA, Pedro Luiz B. **Política de saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas**. Rio de Janeiro: Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.4, n.6, p. 61-84, fev. 2000.

RIGOLON, Francisco José Z. Regulação da infra-estrutura: a experiência recente do Brasil. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v.4, n.7, p. 123-50, jun. 1997.

ROBBINS, Steplen P. **Comportamento organizacional**. 8 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999. 489p.

ROSSETO, Adriana M. Estrutura organizacional pública como um entrave à adoção de inovações em tecnologia de informação. In: ENCONTRO ANUAL DAS ESCOLAS DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 23, 1998, Foz do Iguaçu, **Anais...** Foz do Iguaçu: ANPAD, 1998. AP32. CD-ROM

SADER, Emir. **A transição no Brasil**: da ditadura à democracia. 2. ed. São Paulo: Atual, 1990.

SALERNO, M. S. Trabalho e organização na empresa industrial flexível. In: FERRETI, C. J. et al. **Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1994. P.36-67.

SANCOVSCHI, Moacir. Reengenharia de processos e controle interno: uma avaliação comparativa. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.39, n.2, p.64-7, abr./jun. 1999.

SANTOS, Reginaldo S.; RIBEIRO, Elizabeth M. A administração pública brasileira. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.102-35, out./dez. 1993.

SANTOS, Wanderley G. **Cidadania e justiça: a política na ordem social brasileira**. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987. 89p.

SAÚDE em Minas. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 08 fev. 1998. Suplemento.

SILVA, José Roberto Gomes da. **Comunicação e mudança em organizações brasileiras: desvendando um quadro de referência sob a ótica do sujeito e da reconstrução de identidades**. 2001. 2v. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Departamento de Administração, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SILVEIRA Jr., A.; VIVAQUA, G. A . **Planejamento estratégico como instrumento de mudança organizacional**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996.

SIQUEIRA, Moema M. **Estado e burocratização da medicina**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 1987. 78p.

SKINNER, B. F. **Science and human behavior**. New York: Macmillan, 1983.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações**. Trad. Norberto de Paula Lima. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

SPECTOR, B. **Como criar e administrar empresas horizontais**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

SUBIRATS, J. **Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración.** Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública – Ministério para las Administraciones Públicas, 1989. 183p.

TAVARES, Mauro Calixta. **Planejamento estratégico: a opção entre sucesso e fracasso empresarial.** São Paulo: Harbra, 1991.

_____. **Gestão estratégica.** São Paulo: Atlas, 2000. 398p.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILAS BOAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância em saúde.** [s.l.]: [s.n.], abr./jun., 1998.

UNIMED. **Estatuto Social.** [s.l.]: [Unimed], abr. 1971a. (Mimeogr.)

UNIMED. **Estatuto Social.** [s.l.]: [Unimed], fev. 1990. (Mimeogr.)

UNIMED. **Estatuto Social.** [s.l.]: [Unimed], abr. 2001. (Mimeogr.)

UNIMED. Livro de atas das Assembléias Gerais. 1971b. 50p.

UNIMED. **Memorial UNIMED 25 anos.** São Paulo: Cartaz, 1992a. v.1: Cooperativismo médico: a história e o êxito de um ideal, 215p.

UNIMED. **Memorial UNIMED 25 anos.** São Paulo: Cartaz, 1992b. v.2: Cooperativismo médico: o sistema e suas singulares, 279p.

UNIMED. **Memorial UNIMED 25 anos.** São Paulo: Cartaz, 1992c. v.3: Cooperativismo médico: perspectivas para o próximo milênio. v.3, 279p.

UNIMED. Projeto de reestruturação organizacional, 2000a. 87p.

UNIMED. Relatório anual, 1999. [s.n.t.].

UNIMED. Relatório anual, 2000b. [s.n.t.].

UNIMED 30 anos. São Paulo: Cartaz Editorial, [1997].

UNIMED, 2001. Disponível em: <<http://www.unimed.org.br>> Acesso em: 16 fev. 2001 – 22 nov. 2001.

UNIMED-MG, 2001. Disponível em: <<http://www.unimedmg.org.br>> Acesso em: 5 mar. 2001 – 6 dez. 2001.

URIOCOECHEA, Plata F. **O minotauro imperial**: burocratização do Estado patrimonial brasileiro no século XIX. São Paulo: Diefel, 1978.

VERGARA, Sylvia C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1998. 90p.

VIANNA, Maria Lúcia T. W. **Articulação de interesses, estratégias de bem-estar e políticas públicas**: a americanização (perversa) da seguridade social no Brasil. 1995. 254p. Tese (Doutorado em Ciências Políticas), IUPERJ, Rio de Janeiro, 1995.

VIVEIROS, Ricardo. **Ética e solidarismo na saúde**: a trajetória de vida de Edmundo Castilho [coleta de depoimentos e pesquisa José Maria Silva Moreira]. São Paulo: Ricardo Viveiros, 1999. 131p.

WAHRLICH, Beatriz. A reforma administrativa no Brasil: a experiência anterior, situação atual e perspectivas – uma apreciação geral. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.49-59, jan./mar. 1984.

WEBER, Max. **Ensaio de sociologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982. (Ed. original 1946).

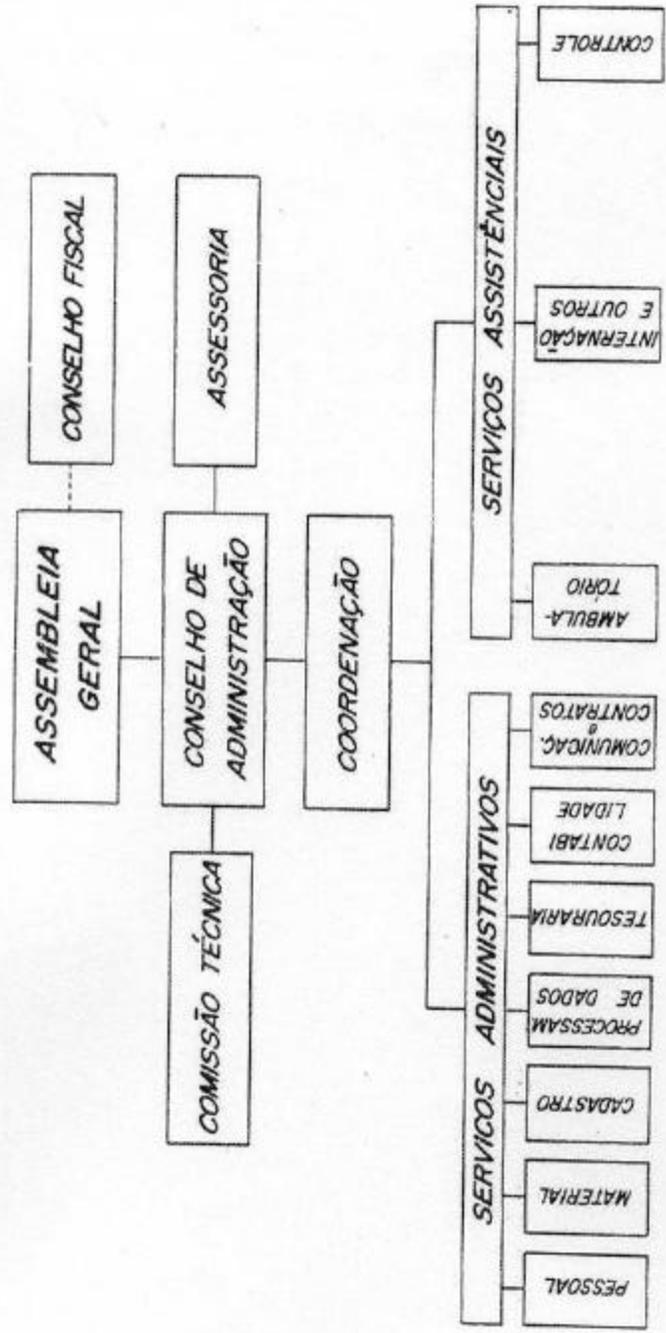
WOOD JR., T. e CALDAS, M. P. Quem tem medo de eletrochoque? Identidade, terapias convulsivas e mudança organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.5, p.13-21, set./out., 1995.

YIN, Robert. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Trad. Daniel Grassi. São Paulo: Bookman, 2001. 205p.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO A

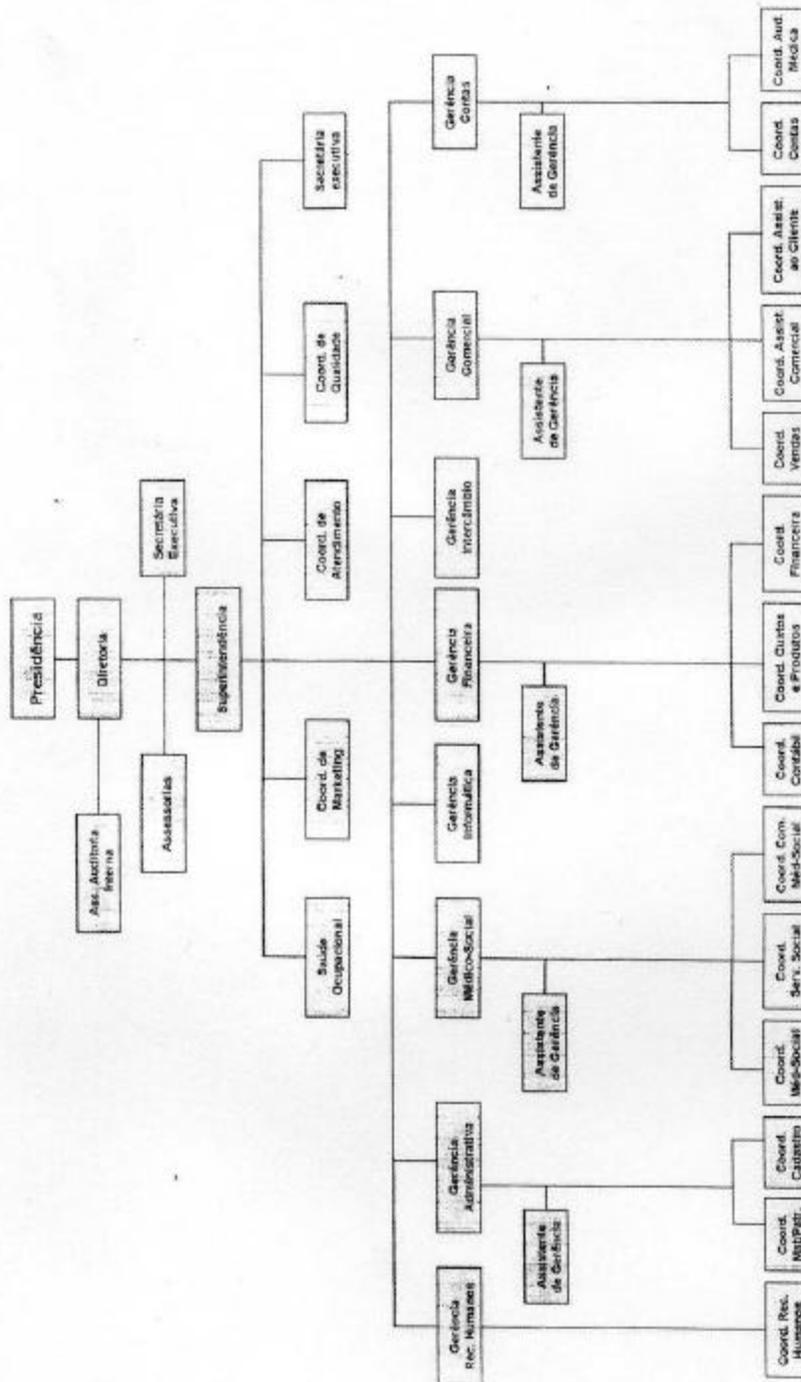
Primeira estrutura organizacional da Unimed-Alfa



FONTE – Documento interno da Unimed-Alfa

ANEXO B

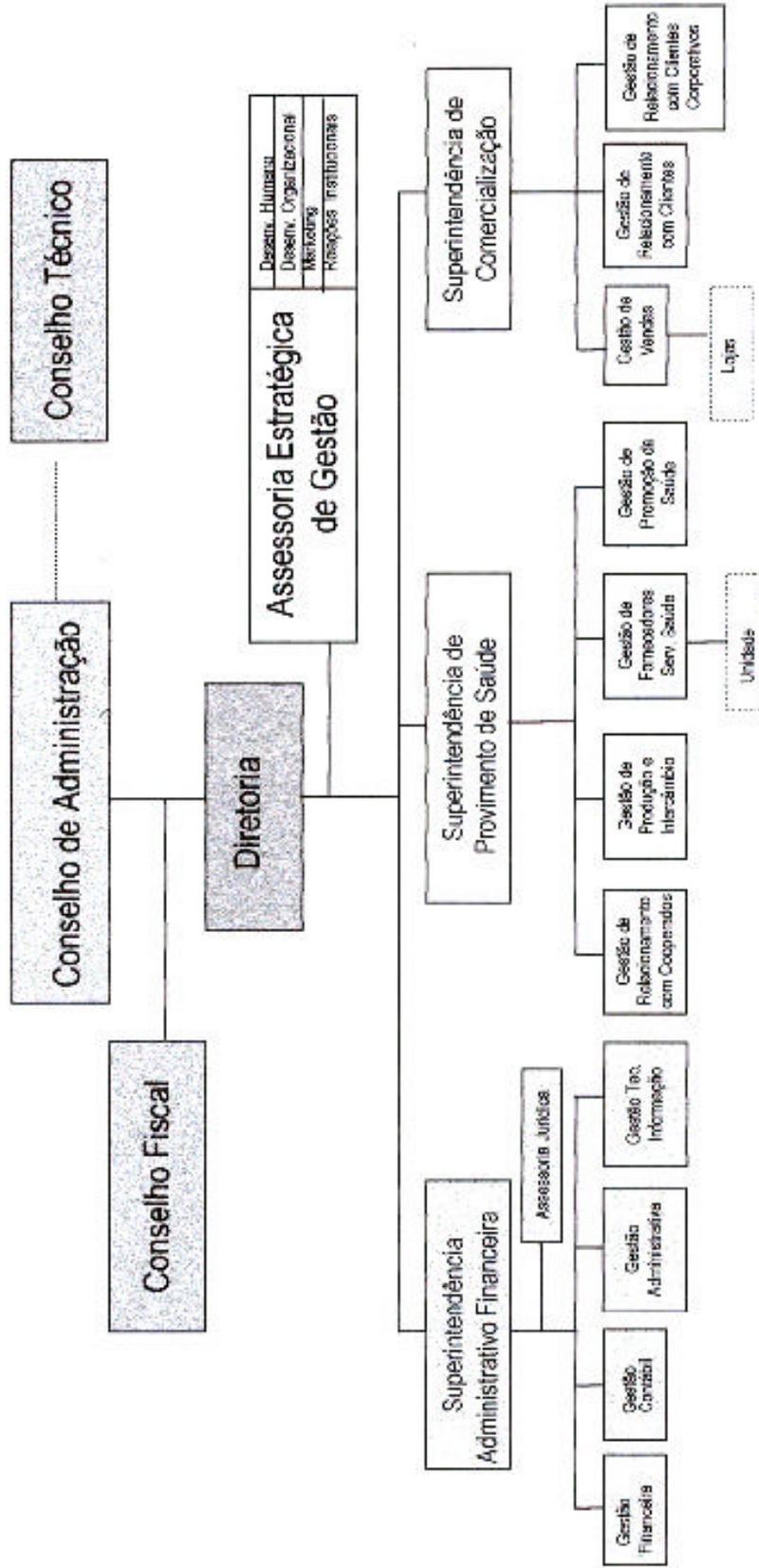
Estrutura organizacional da Unimed-Alfa anterior à reestruturação (1998)



FONTE – Documento interno da Unimed-Alfa

ANEXO C

Estrutura organizacional da Unimed-Alfa (set./2001)



FONTE – Documento interno da Unimed-Alfa

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1 Na opinião do(a) senhor(a), quais as conseqüências que o processo de regulamentação dos planos de saúde trouxe para a Unimed-Alfa?
 - 1.1 Quais dificuldades a Unimed-Alfa tem encontrado para implementar a Lei n. 9.56 e as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar?
 - 1.2 E há facilidades?
 - 1.3 Quais?
- 2 Com a regulamentação dos planos de saúde mudou a forma de gestão da Unimed-Alfa?
 - 2.1 Quais mudanças aconteceram? Por que razões estas mudanças aconteceram?
 - 2.2 Que dificuldades existem para implementar as normas da regulamentação em sua área de trabalho?
 - 2.3 E facilidades?
- 3 Como as mudanças estão sendo (ou foram) conduzidas na empresa?
- 4 Houve dificuldades internas para implantar as mudanças necessárias?
 - 4.1 Quais?
 - 4.2 Como estas dificuldades foram resolvidas?
- 5 A Unimed-Alfa tem uma missão? Qual é?
- 6 Qual é o negócio da Unimed-Alfa?
- 7 Após a regulamentação, a Unimed-Alfa terceirizou tarefas?
 - 7.1 Quais?
- 8 A Unimed-Alfa tem feito parcerias (ou alianças estratégicas) com outras empresas?
 - 8.1 Por quê?
- 9 Após a regulamentação, aconteceram mudanças na relação Unimed-Alfa/médico cooperado?
 - 9.1 Quais?
- 10 A regulamentação trouxe mudanças na relação Unimed-Alfa/cliente?
 - 10.1 Quais?
- 11 Com a regulamentação, a Unimed-Alfa precisou diversificar os tipos de planos de saúde que comercializa?
 - 11.1 Por quê?
- 12 A regulamentação implicou a criação ou extinção de áreas de trabalho na Unimed-Alfa?
 - 12.1 Como foi o processo de reestruturação?
 - 12.2 Áreas criadas ou extintas na Unimed-Alfa.
- 13 Como são tomadas as decisões na Unimed-Alfa?

- 14 Os funcionários, incluindo o(a) senhor(a), participam da gestão na Unimed-Alfa?
- 14.1 De que forma?
- 15 Qual a autonomia de ação do senhor(a)?
- 16 A regulamentação influenciou para que a Unimed-Alfa aperfeiçoasse a forma de utilizar a tecnologia da informação?
- 16.1 Por quê?
- 17 A Unimed-Alfa precisou rever tarefas e processos, após a regulamentação?
- 17.1 Por quê?
- 18 Com a regulamentação houve mudança na forma de se tratar dados e disponibilizar informações na Unimed-Alfa?
- 18.1 Por quê?
- 19 Foram criados novos instrumentos para o acompanhamento de resultados?
- 19.1 Quais?
- 20 Estes instrumentos para acompanhamento de resultados trazem dificuldades para o seu trabalho?
- 20.1 Quais?
- 20.2 E facilidades?
- 20.3 Quais?
- 21 Após a regulamentação, houve mudanças na relação da Unimed-Alfa com seus funcionários?
- 21.1 Que mudanças aconteceram?
- 22 A Unimed-Alfa mudou diretores, gerentes e funcionários, após a regulamentação?
- 22.1 Por quê?
- 23 Como o(a) senhor(a) foi recrutado e selecionado para trabalhar na Unimed-Alfa?
- 24 Atualmente, como são identificadas e escolhidas as pessoas para trabalharem na Unimed-Alfa?
- 25 A Unimed-Alfa trabalha com o “Gerenciamento pelas Diretrizes” – GPD?
- 25.1 Como é trabalhar com o GPD?
- 26 Os funcionários da Unimed-Alfa recebem retribuição pelos resultados?
- 26.1 Como?
- 27 A Unimed-Alfa faz treinamentos?
- 27.1 Que tipos de treinamentos?
- 28 Na opinião do(a) senhor(a), a atual forma de gestão mudou o jeito de ser da Unimed-Alfa?
- 28.1 Como?
- 29 A atual forma de gestão da Unimed-Alfa traz dificuldades no seu dia-a-dia do trabalho?
- 29.1 Quais?

29.2 E facilidades?

29.3 Quais?

30 Na opinião do(a) senhor(a), quais mudanças poderiam ser realizadas para melhorar a gestão da Unimed-Alfa?

30.1 Por quê?

31 Existem dificuldades na gestão de uma cooperativa de trabalho médico?

31.1 Quais?

31.2 E facilidades?

31.3 Quais?

32 Como é trabalhar na Unimed-Alfa?

33 Há alguma coisa que o(a) senhor(a) deseja acrescentar sobre a gestão da Unimed-Alfa?

34 O(a) senhor(a) gostaria de perguntar alguma coisa?

APÊNDICE B

Planilha temática

- 1 Percepção do processo de regulamentação dos planos privados
 - 1.1 Mudança no foco de responsabilidade (público → privado)
 - 1.2 Aumento do custo dos planos
 - 1.3 Exclusão das classes menos favorecidas
 - 1.4 Planos maiores/mais complexos
 - 1.5 Significado para a organização
- 2 Impactos da implementação da Lei n. 9.656/98 e da Agência Nacional de Saúde Suplementar
 - 2.1 Negativos
 - 2.1.1 Retrabalho
 - 2.1.2 Demissão de pessoal
 - 2.1.3 Necessidade de reajustamentos constantes
 - 2.1.4 Demanda constante nas justiças
 - 2.2 Positivos
 - 2.2.1 Adequação das especialidades
 - 2.2.2 Impulso para a modernização da gestão
 - 2.3 Mudança na relação cooperativa-cooperado
 - 2.4 Mudança na relação cooperativa-cliente
 - 2.5 Mudança na relação cooperativa-colaboradores
 - 2.6 Mudança na relação médico-cliente
 - 2.7 Mudança na relação cooperativa-prestadores de serviço
- 3 Regulamentação dos planos e a forma de gestão da organização
 - 3.1 Mudança na forma de gestão
 - 3.1.1 Relacionados a mudanças culturais
 - 3.1.2 Relacionado com a reestruturação da diretoria/gerentes
 - 3.1.3 Relacionado com a reestruturação organizacional
 - 3.1.4 Relacionado com o processo de trabalho
 - 3.1.5 Relacionado com a estratégia organizacional
 - 3.1.6 Relacionado com a utilização de novas tecnologias
 - 3.1.7 Relacionado com a redistribuição do poder

- 3.2 Causa da mudança na forma de gestão
 - 3.2.1 Necessidade de sobreviver no mercado
 - 3.2.2 Necessidade de melhorar a qualidade de atendimento
 - 3.2.3 Necessidade de acompanhar custos
 - 3.2.4 Necessidade de comprometimento do cooperado com a cooperativa
 - 3.2.5 Necessidade de aumentar o conhecimento sobre o cliente
- 3.3 Processo de tomada de decisão
 - 3.3.1 Por meio das leis
 - 3.3.2 Obedecendo as alçadas das cooperativas
 - 3.3.3 Dificuldades com o processo democrático
- 3.4 Revisão de processos e tarefas
 - 3.4.1 Aumento da qualidade de atendimento
 - 3.4.2 Definição das responsabilidades por processo
 - 3.4.3 Definição dos macro-processos da organização
 - 3.4.4 Definição dos processos/tarefas prioritárias
- 3.5 Controle de resultado
 - 3.5.1 Melhor acompanhamento dos resultados
 - 3.5.2 Implantação de nova tecnologia gerencial - GPD
- 3.6 Treinamentos proporcionados pela organização
 - 3.6.1 Em informática
 - 3.6.2 Na parte operacional de cada área
 - 3.6.3 Integração da equipe
- 3.7 Facilidades da nova gestão
 - 3.7.1 Agilidade em processo
 - 3.7.2 Maior autonomia
 - 3.7.3 Foco comum para todos os colaboradores
- 3.8 Dificuldades da nova gestão
 - 3.8.1 Decisões morosas
 - 3.8.2 Interferência de questões pessoais na tomada de decisão
 - 3.8.3 Interesses pessoais X interesses coletivos
- 4 Processo de implantação das normas
 - 4.1 Dificuldades
 - 4.1.1 No processo de trabalho
 - 4.1.2 Cultura antiga/resistência a mudanças

- 4.1.3 Alto custo
- 4.1.4 Dificuldades jurídicas
- 4.1.5 Reestruturação da diretoria
- 4.2 Facilidades
 - 4.2.1 Tecnologia e informática
 - 4.2.2 Cursos de preparação de pessoal
 - 4.2.3 Relação exclusiva entre médicos e clientes
- 5 Tendências do mercado
 - 5.1 Diversificação dos planos de saúde
 - 5.2 Maior competitividade
 - 5.3 Necessidade de ampliar o mercado
- 6 A organização em si
 - 6.1 Facilidades
 - 6.1.1 Trabalhar entre o público e o privado
 - 6.1.2 Marca consolidada
 - 6.2 Dificuldades
 - 6.2.1 Ter vários donos
 - 6.2.2 Distinção de interesses
- 7 Contradições
- 8 Outros

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO N.: _____

DATA: _____

ASPECTOS RELATIVOS AO CARGO OCUPADO

1- Denominação do cargo: _____

2- Superior hierárquico imediato: _____

3- Tempo na organização:

() menos de 05 anos () de 05 a 10 anos () de 10 a 15 anos () de 15 a 20 anos
() mais de 20 anos

No caso de menos de 5 anos:

() 0 a 06 meses () 06 meses a 01 ano () 01 a 02 anos () 02 a 03 anos
() 03 a 04 anos () 04 a 05 anos

4- Ocupava cargo de gerência ou similar nesta organização, anteriormente?

() sim () não

Em caso afirmativo:

Qual o cargo ocupado? _____

Qual o tempo de permanência no cargo? _____

5- Tempo na função atual:

() menos de 01 ano () de 01 a 02 anos () de 02 a 03 anos () de 03 a 06 anos
() mais de 06 anos

6- Jornada de trabalho:

a- Jornada “formal” de trabalho diária:

() 04 horas () 06 horas () 08 horas

b- Jornada “real” de trabalho diária:

() 04 horas () 06 horas () 08 horas () 10 horas () mais de 10 horas

Sua jornada de trabalho é flexível? () sim () não

Em caso afirmativo, qual sua opinião sobre a flexibilidade de horário?

ASPECTOS REFERENTES À QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

1- Qual a sua formação profissional? _____

2- Em qual Instituição se graduou: _____

3- Tempo de formado (a):

() de 01 ano a 05 anos () de 06 a 10 anos () de 11 a 15 anos () de 16 a 20 anos
 () mais de 20 anos

4- Curso de Pós-Graduação:

() Residência () Especialização () Mestrado () Doutorado () PHd

Em caso afirmativo, especificar área de concentração do (s) curso(s) realizado(s):

5 - Curso de formação gerencial: () sim () não

ASPECTOS PESSOAIS

1- Idade:

() menos de 30 anos () de 31 a 35 anos () de 36 a 40 anos () de 41 a 45 anos
 () de 46 a 50 anos () mais de 50 anos

2- Estado Civil:

() solteiro(a) () casado(a) () viúvo(a) () separado(a) () divorciado

3- Filhos:

Tem filhos? () sim () não

Número de filhos: _____

Idade dos filhos: _____

4- Tem algum outro vínculo empregatício ou realiza alguma outra atividade remunerada atualmente? () sim () não

Em caso afirmativo, especificar a organização: _____

4.1- Cargo (s) que ocupa (s) na (s) outra (s) organização: _____

4.2- Jornada de trabalho na outra organização (ou tempo dispendido na outra atividade exercida):

() até 04 horas () 04 horas () 06 horas () 08 horas () 12 horas

5- Número de empregos: _____

6- Quantas horas, em média, o(a) senhor(a) costuma dormir por dia?

() 12 horas () 10 horas () 08 horas () 06 horas
 () 04 horas () menos de 04 horas

7- Tem o hábito de realizar algum tipo de atividade física? () sim () não

Em caso afirmativo, com que frequência elas são realizadas? _____

8- O(a) senhor(a) destina algum tempo específico para seu lazer? () sim () não

Em caso afirmativo, com que frequência? _____

9- Qual o meio de transporte que utiliza para vir para o trabalho?

() carro próprio () ônibus () táxi () a pé () outros

Em caso de outros, especificar: _____

10- Em média, quanto tempo gasta para se deslocar de casa para o trabalho?

() menos de meia hora () entre meia hora e uma hora () mais de uma hora

11- O(a) senhor(a) se considera uma pessoa estressada? () sim () não

Por quê?

ASPECTOS RELATIVOS À RENDA/ REMUNERAÇÃO

1- Faixa salarial (relativa ao cargo gerencial ou similar):

() de 2.501,00 a 3.000,00 () de 3.001,00 a 3.500,00
 () de 3.501,00 a 4.000,00 () de 4.001,00 a 4.500,00
 () de 4.501,00 a 5.000,00 () de 5.001,00 a 5.500,00
 () de 5.501,00 a 6.000,00 () de 6.001,00 a 6.500,00 () mais de R\$ 6.500,00

2- Existe plano de cargos e salários na organização? () sim () não

3- Sua ascensão profissional seguiu esse plano? () sim () não

Em caso negativo, como ocorreu sua ascensão: _____

4- Que benefícios a empresa oferece? _____

5- Rendimento obtido no outro vínculo empregatício / atividade exercida:

() até 1.000,00 () de R\$ 1.001,00 a R\$ 1.500,00
 () de R\$ 1.501,00 a R\$ 2.000,00 () de R\$ 2.001,00 a R\$ 2.500,00
 () de R\$ 2.501,00 a R\$ 3.000,00 () de R\$ 3.001,00 a R\$ 3.500,00
 () de R\$ 3.501,00 a R\$ 4.000,00 () mais de R\$ 4.000,00

6- Principal fonte de renda familiar:

() própria () pais () marido/esposa/companheiro () aposentadoria () outros

Em caso de outros, especificar: _____

7- O(a) senhor(a) é sindicalizado(a)? _____

8- O(a) senhor(a) realiza algum tipo de trabalho voluntário? () sim () não

Em caso afirmativo, especificar: _____
