

**GESTÃO ESTRATÉGICA DE UMA  
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO:  
UMA ANÁLISE A PARTIR DA VISÃO  
BASEADA EM RECURSOS**

**DANIELLA APARECIDA MONTEIRO**

**2005**

**DANIELLA APARECIDA MONTEIRO**

**GESTÃO ESTRATÉGICA DE UMA COOPERATIVA DE TRABALHO  
MÉDICO: UMA ANÁLISE A PARTIR DA VISÃO BASEADA EM  
RECURSOS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras como parte das exigências do Curso de Mestrado em Administração, área de concentração em Organizações, Estratégias e Gestão, para a obtenção do título de “Mestre”.

Orientador

Prof. Dr. Ricardo de Souza Sette

LAVRAS  
MINAS GERAIS - BRASIL  
2005

**Ficha Catalográfica Preparada pela Divisão de Processos Técnicos da  
Biblioteca Central da UFLA**

Monteiro, Daniella Aparecida

Gestão estratégica de uma cooperativa de trabalho médico: uma análise  
a partir da visão baseada em recursos / Daniella Aparecida Monteiro. –

Lavras : UFLA, 2005.

169 p. : il.

Orientador: Ricardo de Souza Sette.

Dissertação (Mestrado) – UFLA.

Bibliografia.

1. Estratégia. 2. Visão baseada em recursos. 3. Serviço. 4. Cooperativa. 5.  
Unimed. I. Universidade Federal de Lavras. II. Título.

CDD-658.4012

**DANIELLA APARECIDA MONTEIRO**

**GESTÃO ESTRATÉGICA DE UMA COOPERATIVA DE TRABALHO  
MÉDICO: UMA ANÁLISE A PARTIR DA VISÃO BASEADA EM  
RECURSOS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras como parte das exigências do Curso de Mestrado em Administração, área de concentração em Organizações, Estratégias e Gestão, para a obtenção do título de “Mestre”.

APROVADA em 21 de janeiro de 2005

Prof. Dr. Antônio Carlos dos Santos

UFLA

Prof. Dr. Luciel Henrique de Oliveira

MACKENZIE

Prof. Dr. Ricardo de Souza Sette  
UFLA  
(Orientador)

LAVRAS  
MINAS GERAIS - BRASIL

*A Deus,*

*por tudo,*

***OFEREÇO.***

Aos meus pais, pelo apoio e dedicação. Em especial, à minha mãe, pelos ensinamentos de amor, diálogo, amizade, esperança e fé.

Ao meu esposo Bruno, por compreender os momentos ausentes, acreditar e apoiar todas as minhas decisões.

Àqueles de minha família que realmente acreditaram e torceram por mim: meu irmão Thiago e meus tios, Waldir e Vilma.

***Dedico esse trabalho.***

## **AGRADECIMENTOS**

À equipe da Unimed pela receptividade a mim dispensada e a abertura para a pesquisa. Em especial, agradeço a Vânia e Alessandra pelas informações fornecidas.

Ao Prof. Ricardo de Souza Sette, por sua objetividade, tão necessária no momento em que assumiu a orientação desta dissertação e por ter acreditado e confiado em meu potencial intelectual.

Aos professores Robson Amâncio, Antônio Carlos dos Santos e Luís Marcelo Antonialli pelo apoio no decorrer do curso.

A professora Flaviana Andrade de Pádua Carvalho e ao professor Antônio Carlos dos Santos pelas leituras, críticas e sugestões tão necessárias para finalizar esta dissertação.

As amigas do curso de mestrado do DAE/UFLA, Danielle e Débora. A Danielle, por compartilhar as mesmas alegrias, tristezas, notas, orientação etc... no decorrer do curso e a Débora, por também participar destas alegrias e tristezas, além de compartilharmos os preparativos de um casamento atrelado à execução da dissertação.

A ex-funcionária do DAE/UFLA, Sílvia Aparecida de Rezende, pela sua colaboração e atenção quanto às minhas dúvidas de “mestranda”.

A minha amiga “Nininha”, fiel companheira em todas as horas e momentos de estudo, estando sempre ao meu lado junto ao computador.

Por fim, a todos aqueles que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

## SUMÁRIO

|                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| LISTA DE FIGURAS.....                                                                     | i   |
| LISTA DE QUADROS.....                                                                     | ii  |
| RESUMO.....                                                                               | iii |
| ABSTRACT.....                                                                             | iv  |
| 1 INTRODUÇÃO.....                                                                         | 1   |
| 2 OBJETIVOS.....                                                                          | 5   |
| 2.1 Objetivo geral da pesquisa.....                                                       | 5   |
| 2.2 Objetivos específicos.....                                                            | 5   |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA.....                                                              | 6   |
| 3.1 As vertentes de como os serviços foram abordados no Brasil.....                       | 6   |
| 3.2 Panorama dos serviços de saúde no Brasil.....                                         | 9   |
| 4 REFERENCIAL TEÓRICO.....                                                                | 13  |
| 4.1 Setor de serviços: conceito e importância.....                                        | 13  |
| 4.1.1 A classificação dos serviços.....                                                   | 16  |
| 4.1.2 Características dos serviços.....                                                   | 18  |
| 4.2 Gestão estratégica pela visão baseada em recursos – VBR.....                          | 20  |
| 4.3 O enfoque estratégico competitivo: as estratégias do setor de<br>serviços.....        | 38  |
| 4.4 Contextualização da assistência médica suplementar no<br>Brasil.....                  | 42  |
| 4.4.1 A evolução do segmento de assistência médica suplementar e<br>suas modalidades..... | 43  |
| 4.4.2 As cooperativas médicas.....                                                        | 45  |
| 4.4.2.1 O contexto do cooperativismo.....                                                 | 46  |
| 4.4.2.2 O cooperativismo médico.....                                                      | 53  |
| 4.4.2.3 Cooperativismo médico – a Unimed do Brasil.....                                   | 56  |

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5 METODOLOGIA.....                                                     | 71  |
| 5.1 A opção pela pesquisa qualitativa.....                             | 71  |
| 5.2 O uso da técnica quantitativa.....                                 | 74  |
| 5.3 O campo de estudo e o objeto de pesquisa.....                      | 76  |
| 5.4 A coleta dos dados.....                                            | 77  |
| 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....                                          | 83  |
| 6.1 A organização estudada.....                                        | 83  |
| 6.2 Os serviços oferecidos pela cooperativa.....                       | 90  |
| 6.3 Recursos utilizados pela cooperativa para prestar os serviços..... | 97  |
| 6.3.1 A relação cooperativa-cooperados.....                            | 97  |
| 6.3.2 A relação cooperativa-prestadores de serviços credenciados.....  | 109 |
| 6.3.3 A análise dos recursos da Unimed-Beta.....                       | 115 |
| 6.4 Posicionamento estratégico da cooperativa.....                     | 131 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....                                            | 139 |
| 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                                      | 144 |
| LISTA DE ANEXOS.....                                                   | 155 |
| ANEXOS.....                                                            | 156 |

## **LISTA DE FIGURAS**

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| FIGURA 1 Seqüência circular de pesquisas em ciências sociais..... | 74 |
| FIGURA 2 Modelo de organograma de uma cooperativa.....            | 86 |

## **LISTA DE QUADROS**

|                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| QUADRO 1 Tipo e descrição dos recursos possíveis de serem encontrados pela VBR.....                                              | 28 |
| QUADRO 2 Especialidades médicas e sua presença em número de cooperados na Unimed-Beta.....                                       | 92 |
| QUADRO 3 Especialidades de serviços médicos e sua presença em número de prestadores de serviços credenciados na Unimed-Beta..... | 93 |

## RESUMO

MONTEIRO, D. A. **Gestão estratégica de uma cooperativa de trabalho médico: uma análise a partir da Visão Baseada em Recursos**. 2005. 169 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Lavras, Lavras.

Com a globalização da economia e dos mercados, o uso de estratégias passou a ser crescentemente valorizado no que concerne aos padrões de competitividade das organizações. Para a condução do processo de prestação de serviços torna-se necessário um enfoque estratégico que possibilite a obtenção de um diferencial competitivo. Quanto às organizações cooperativas, é apresentado o desafio de encontrar as melhores estratégias que as auxiliem a se tornarem mais competitivas e permanentes no mercado. Diante disso, este trabalho tem por objetivo avaliar, a partir da Visão Baseada em Recursos (VBR), o processo de gestão estratégica dos serviços de uma Cooperativa de Trabalho Médico Unimed, para identificar seus fatores competitivos, mediante a identificação dos serviços e dos recursos utilizados para prestá-los, da relação cooperativa-cooperados e cooperativa-prestadores de serviços credenciados e da explicação do seu posicionamento estratégico para se manter competitiva no mercado, tendo em vista a aplicação de seus recursos. Para isso, foi feita uma pesquisa qualitativa, com os dados sendo coletados por meio dos cooperados, prestadores de serviços credenciados, presidente, gerente geral e assessora da diretoria da cooperativa. Depois de analisados, os resultados foram relacionados com a literatura norteadora do trabalho, permitindo assim atingir os objetivos de pesquisa. Os resultados mostram que, ao prestar serviços, a cooperativa utiliza alguns recursos. Pela VBR, a vantagem no mercado somente pode ser sustentada pela organização quando se baseia em recursos raros, inimitáveis e para os quais os concorrentes não podem encontrar substitutos. Assim, a cooperativa detém, como recursos estratégicos, os seus cooperados e prestadores de serviços credenciados que, conciliados à marca Unimed, proporcionam vantagem competitiva sustentável e posição de destaque em sua área de atuação. Finalmente, tem-se que a singular Unimed, objeto de estudo, exemplifica a importância e a evolução de sua modalidade dentro do segmento de assistência médica suplementar e confirma-se a necessidade de uma gestão estratégica, neste caso embasada nos princípios cooperativistas e, sobretudo, no mercado, que exige viabilidade econômica e competitividade.

---

Comitê Orientador: Dr. Ricardo de Souza Sette – UFLA (Orientador), Dr. Antônio Carlos dos Santos – UFLA e Dr. Luciel Henrique de Oliveira - MACKENZIE

## ABSTRACT

MONTEIRO, D. A. **Strategic administration of a cooperative of a medical work cooperative: an analisys from the Resource Based View**. 2005. 169 p. Dissertation (Master Program in Administration) - Federal University of Lavras, Lavras.

In global integration times, the use of economic and market strategies became much valued in what it concerns to the patterns of organizations competition. For the conduction of the services installment process it becomes necessary a strategic focus which facilitates the acquisition of a competitive differentiation. To the cooperative organizations it is presented a challenge of finding the best strategies that could help them to become more competitive and stable in the market. In view of the fact, this research has an objective to analyse the strategic administration process of a Medical Cooperative Work (Unimed) starting from the *Resource-Based View (RBV)*. From this, the present work aims to identify the competitive factors, by finding out the services and resources used by cooperative to the clients, the relationship between cooperative and cooperative members as well as cooperative and credible furnishing services, and the explanation of its strategic standing to maintain itself in a competitive way, taking into account the application of its resources. For this, a qualitative study of case was done, with the data being collected by means of cooperative members, credible supplying services, president, general manager and his adviser. After the analyses, the results were related with the literature findings in order to achieve the research objective. The results show that when rendering its services, the cooperative uses some resources. Through RBV, the advantage in the market can only be sustained by the organization when based on rare and inimitable resources and for which the competitors can not find substitutes. Thus, the cooperative has as strategic resources its own cooperative members, credible supplying services that linked to the trademark Unimed, can provide sustainable competitive advantage and distinguished status on its field of performance. Finally, it can be said that Unimed, the object of study, exemplifies the importance and the evolution of its modality inside the medical supplemental segment of attendance and it confirms the need of a strategic administration, based on cooperative principles of and above all, in the market which demands economic viability and competitiveness.

---

Guidance Committee: Ricardo de Souza Sette – UFLA (major professor), Antônio Carlos dos Santos – UFLA and Luciel Henrique de Oliveira - MACKENZIE

## 1 INTRODUÇÃO

A globalização da economia e dos mercados, que caracteriza a expansão do capitalismo em âmbito mundial vem provocando mudanças sociais profundas em praticamente todas as esferas da sociedade. Em face desse cenário, o uso de estratégias vem sendo crescentemente valorizado no que concerne aos padrões de competitividade.

Diante de dificuldades de assimilação ou de acompanhamento destas tendências, as estratégias passaram a ser compreendidas como ferramentas fundamentais para o desempenho e a sobrevivência das organizações. Tal fato reflete também no setor de serviços, cuja importância no cenário econômico mundial é justificada pelo aumento de sua demanda e pelo seu grau de geração de emprego (Grönroos, 1995). Assim, consolidou-se a necessidade de uma gestão estratégica deste setor dinâmico da economia, sob o contexto da competitividade internacional.

Para a condução do processo de prestação de serviços, torna-se necessário um enfoque estratégico, já que é imprescindível desenvolver e implementar estratégias para que a organização ofereça um serviço de qualidade e obtenha, dessa forma, um diferencial competitivo. Neste sentido, convém salientar que as organizações prestadoras do mesmo serviço são bastante similares entre si e, conseqüentemente, necessitam de um diferencial diante da concorrência, revendo seus princípios e buscando uma maior eficiência e produtividade.

As cooperativas prestadoras de serviços médicos, como qualquer outro segmento de mercado, vêm enfrentando dificuldades para se adaptar à concorrência do mundo atual. O grande desafio dessas organizações é encontrar as melhores estratégias que as auxiliem a se tornarem mais competitivas e permanentes no mercado.

Sendo assim, diante da importância da elaboração e implementação de estratégias organizacionais é pertinente problematizar: como organizações que apresentam particularidades inerentes, ou seja, as cooperativas e aquelas prestadoras de serviços, conduzem-se estrategicamente sob a ênfase de serem competitivas?

Na literatura sobre organizações, encontram-se vários enfoques para estudar as estratégias. Dentre esses enfoques, salientam-se os estudos da relação da organização com o ambiente externo sob a ênfase da competitividade, a análise das condições internas (pontos fortes e fracos) e externas (oportunidades e ameaças) das organizações que influenciam na formulação e implementação de suas estratégias e as condições organizacionais internas que determinam a tomada de certas decisões estratégicas.

Para este trabalho, foi utilizada a abordagem estratégica denominada Visão Baseada em Recursos (VBR), do inglês *Resource-Based View (RBV)*, que vem ganhando espaço dentro da literatura estratégica e tenta explicar diferenças de desempenho por meio dos recursos e competências de cada organização, não mais pela estrutura da indústria. Os defensores desta perspectiva afirmam que a vantagem no mercado somente pode ser sustentada quando se baseia em recursos raros, inimitáveis e para os quais os concorrentes não podem encontrar substitutos.

Considerando este movimento, pretendeu-se avaliar estrategicamente o processo de gestão dos serviços de uma cooperativa de trabalho. De acordo com a metodologia, os recursos humanos enfatizam, por um lado, a capacidade de sentir, pensar, expressar, conhecer e aprender do homem, fazendo com que a aprendizagem e o conhecimento sejam considerados fatores competitivos necessários diante das contingências ambientais. Enquanto que os recursos organizacionais referem-se aos atributos coletivos de indivíduos, incluindo a estrutura formal da empresa, os sistemas formais e informais de planejamento,

controle e coordenação, a cultura, bem como relações entre grupos pertencentes à firma e também com outros externos a ela.

Desse modo, a organização pode ser avaliada sob a visão de uma pessoa de fora, prevalecendo um caráter mais objetivo de estudar a realidade, ou de dentro, embasada em um processo subjetivo de interpretação. Neste trabalho, consideraram-se duas vertentes de análise: *a cooperativa e o mercado*, ou seja, para fora, a cooperativa deve ser economicamente viável e competitiva, e *a cooperativa e o associado*, ou para dentro, em que a cooperativa deve possuir capacidade técnica para atender a todos os associados de forma a viabilizar suas atividades econômicas e torná-las competitiva.

O objeto de estudo escolhido foi uma Cooperativa de Trabalho Médico Unimed, situada no interior do estado de Minas Gerais. A escolha da organização deu-se, principalmente, pelo fato de ser uma organização do setor de serviços. Além deste, o fato da organização atuar há mais de dez anos no mercado e o acesso a organização, foram motivos relevantes para tal escolha.

Como justificativa para realização desta pesquisa, partiu-se do pressuposto de que o setor de serviços tem crescido muito nos últimos anos, ocupando posição de destaque na economia mundial, o que é confirmado pelo Produto Interno Bruto (PIB) de diversos países. Torna-se evidente a importância de desenvolver conceitos e técnicas de administração direcionadas para este setor nas mais diversas áreas de conhecimento, cuja preocupação é a tentativa de compreender o mundo e a realidade de uma forma não linear/determinista.

A presente dissertação é apresentada em sete partes, cuja estrutura lógica será descrita a seguir. A primeira parte traz em uma perspectiva introdutória, a apresentação da temática em questão e a justificativa do estudo proposto. Na segunda parte, são apresentados os objetivos da pesquisa, de âmbito geral e específico. Na terceira, é apresentada a revisão literária necessária para identificar o que já havia sido estudado sobre o tema dentro das vertentes de

estratégia e serviços. A quarta parte forma a base teórica da dissertação, tendo sua estrutura lógica sido concebida considerando as particularidades teóricas do setor de serviços e da perspectiva estratégica da Visão Baseada em Recursos, bem como a contextualização do segmento da qual a organização, objeto de estudo desta pesquisa, faz parte. A quinta parte descreve a concepção metodológica necessária para a consecução da presente pesquisa, enquanto que a sexta explicita os resultados e análise dos dados obtidos mediante a conciliação com a teoria envolvida. Por fim, a sétima parte apresenta as conclusões da dissertação e possíveis sugestões para novos estudos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral da pesquisa**

Avaliar, a partir da Visão Baseada em Recursos (VBR), o processo de gestão estratégica dos serviços de uma Cooperativa de Trabalho Médico para identificar seus fatores competitivos.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Determinar os serviços oferecidos pela cooperativa.
- Identificar os recursos utilizados pela cooperativa para prestar os serviços.
- Verificar a relação cooperativa-cooperado e cooperativa-prestadores de serviços credenciados.
- Explicar o posicionamento estratégico da cooperativa mediante a aplicação de seus recursos para se manter competitiva no mercado.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Como o estudo de gestão estratégica é bem difundido na literatura, a revisão aqui foi agrupada em dois blocos com vistas a confirmar a lacuna e a importância de realizar o estudo em questão.

#### 3.1 As vertentes de como os serviços foram abordados no Brasil

O setor de serviços tem crescido muito nos últimos anos, ocupando posição de destaque na economia mundial. Nesse sentido, foram encontrados na literatura trabalhos enfatizando temáticas relacionadas à inovação, ao marketing e à qualidade. Contudo, há de se perceber que existem lacunas para diversas outras abordagens de estudo que permitem a melhor visualização deste importante setor, como a análise de estratégias e da competitividade.

Foram encontrados trabalhos reflexivos e práticos de pesquisadores, empenhados em compreender a realidade dos serviços no Brasil, contribuindo imensamente para a ampliação do debate acerca dos fenômenos organizacionais e sua interação com o ambiente. Especificamente, procurou-se aqueles que poderiam apresentar uma análise associando serviços com estratégias para que um cenário rico em considerações e debates fosse composto.

Para compreender a oferta efetiva de serviço, Meira (1997) realizou um estudo de serviço ao cliente final no setor de *shopping centers* de Porto Alegre. Tal estudo propôs a possibilidade de serviços potenciais e demonstrou que o serviço agregado de *shopping centers* é um instrumento de fidelização e serve para atrair novos consumidores. Nesta mesma linha de pensamento, Farias & Santos (1998) discutem a satisfação do consumidor da terceira idade, por meio da identificação de atributos de satisfação para o serviço de hotelaria.

Já Saraiva & Capelão (1998) analisaram a utilização do marketing como estratégia de melhoria da qualidade dos serviços prestados ao cidadão mediante um estudo de caso sobre a perspectiva organizacional na esfera pública. Para tal, os autores analisaram as variáveis eficiência e inovação sob a égide da utilização de instrumentos de marketing como fator de melhoria da qualidade dos serviços. Silva & Varvakis (2000) afirmam que as organizações devem buscar mecanismos que permitam a constante melhoria dos seus serviços, melhorias estas baseadas na otimização de seus processos e avaliação constante dos serviços prestados e, principalmente, no estabelecimento de medidas de desempenho, que assegurem a monitoração sistemática dos resultados.

Vecchi & Luce (2001), analisaram as expectativas de qualidade mínima e desejada, e a percepção dessa qualidade de 131 clientes institucionais do setor de informática. Os autores relacionaram os serviços da prestadora de informática com as intenções de comportamento futuro dos clientes. Novamente, pela ênfase da qualidade, Silva & Barbosa (2002) verificaram que o treinamento de pessoas assume importância fundamental para a implantação, com êxito, de um sistema que padronize os serviços de uma organização hoteleira. Assim, Brasil (2002) apontou que o desenvolvimento de novas tecnologias aplicáveis à prestação de serviços determinou mudanças significativas em diferentes aspectos da oferta de organizações deste setor, influenciando o processo de escolha do consumidor diante de diferentes formas de entrega de um serviço.

A partir da perspectiva de inovação foram encontrados alguns trabalhos relacionados aos serviços. Cerqueira (2002) realizou um levantamento teórico sobre seus conceitos no setor e analisou indicadores internacionais, a partir de *surveys* de inovação realizados em alguns países. Vargas (2002a), considerando que a análise desse processo em serviços é recente na literatura, procurou investigar as bases teóricas para a aplicação de uma abordagem dos sistemas de inovação sobre o seu processo em serviços e, em especial, a consideração de

uma dimensão espacial, local ou regional, a ser considerada em futuras investigações empíricas. As considerações de Vargas (2002a) apontam na direção da pertinência deste enfoque, uma vez que o processo de aprendizagem, determinante do processo de inovação sob o novo paradigma, possui um caráter delimitado geográfica e culturalmente que está na fonte das vantagens competitivas das organizações.

Vargas (2002b), aprofundando no aspecto de inovação em serviços, discutiu se o mesmo possui um caráter endógeno ou exógeno. Com base em um estudo de casos considerando inovações introduzidas em oito hospitais porto-alegrenses, avaliou a relação entre as inovações introduzidas nestes hospitais e a estratégia previamente definida.

Klement (2002) estudou as emergências que surgem durante a operacionalização de uma empresa prestadora de serviço, mas não são contempladas em seu planejamento, programação e controle da produção (PCP). Este autor procurou descrever o PCP desenvolvido no sistema produtivo estudado e, posteriormente, comparar o planejado ao realizado. Dessa forma, tentou compreender os movimentos não planejados que emergem a partir tanto das interações dos subsistemas que compõem o sistema produtivo quanto deste com o ambiente tarefa.

Sob a ênfase da competitividade, Vilela et al. (2000) analisaram as atividades de execução dos principais processos de prestação de serviço da área de hotelaria, com o intuito de aperfeiçoar os seus processos produtivos e a agregar valor aos seus produtos e serviços. Neste sentido, Figueiredo et al. (2000) confirmaram em seu estudo que uma boa avaliação das estratégias de recuperação adotadas pelos varejistas influencia positivamente a retenção dos clientes. O estudo de Trez & Luce (2001) confirma a utilização dos serviços ao cliente como uma filosofia de competição das organizações e seu impacto na performance competitiva nas empresas do setor eletroeletrônico brasileiro. Já

Fonseca et al. (2002) buscaram um melhor entendimento de como acontece o processo de decisão dos consumidores na escolha de prestadoras de serviços, pela maneira como eles agem no sentido de reduzir os riscos percebidos.

Com base na implementação da estratégia e gestão de mudanças nas organizações, Silva et al. (2001) reconheceram a importância da participação plena e integrada das pessoas nesses processos, as supostas *resistências humanas* à mudança e identificaram iniciativas organizacionais que possam melhor promover essa participação por meio do marketing interno (ou *endomarketing*) em uma organização brasileira que atua no setor de serviços públicos. Mediante a visão baseada em recursos, Baraniuk & Bulgacov (2002) verificaram o conteúdo e os recursos estratégicos de três unidades de negócios de organizações que atuam no nicho de serviços de comunicação de dados voltadas para o mercado corporativo, identificando os produtos e mercados de atuação, sendo constatada grande diversidade de modos de atuação, adequados aos recursos tangíveis ou intangíveis disponíveis para cada organização.

O presente trabalho prioriza o estudo das estratégias sob a ênfase da competitividade, em uma unidade prestadora de serviço, com vistas a obter certa vantagem competitiva.

### **3.2 Panorama dos serviços de saúde no Brasil**

Para as organizações que atuam no setor de serviços, manterem-se competitivas é fundamental. Porém, as cooperativas, de maneira geral, têm enfrentado dificuldades de sobrevivência relacionadas, entre outros fatores, à inadequação das práticas de gestão às exigências do mercado competitivo.

Foram poucos os trabalhos encontrados na literatura que abordaram o universo dos serviços, mediante as vertentes da saúde e cooperativas de trabalho médico. Dentre estes, procurou-se aqueles que poderiam apresentar uma análise

combinada de cooperativa de prestação de serviços com sua gestão estratégica, ou seja, mais voltada para os objetivos deste trabalho.

Sob a ênfase de serviços, novamente, a questão da qualidade foi abordada. Falk & Xavier (1998), por meio da gestão pela qualidade em serviços de saúde, buscaram identificar as expectativas dos clientes potenciais e percepções dos profissionais da área. Nesse contexto, o trabalho verificou a importância de diversos critérios de satisfação para o paciente na comunidade da Região Metropolitana do Recife e o grau de consistência existente com a percepção da equipe de saúde (médicos e enfermeiros). Barbosa (2000) avaliou se os critérios estabelecidos por alguns autores acerca da qualidade em organizações prestadoras de serviço podem ser considerados pelas organizações de diagnóstico médico como determinantes da qualidade e verificou se a organização, objeto de estudo, presta um bom serviço a seus clientes externos.

A Unimed foi estudada por diferentes perspectivas. Molina (1999) analisou os devidos reflexos da Unimed-Lavras (MG) a uma nova lei que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, abordando principalmente a legislação básica dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Já Paula (2001) descreveu o processo organizacional da Unimed-Lavras (MG) a partir da identificação dos processos primários e de suporte organizacionais que produzem o serviço que é oferecido aos clientes, os planos de saúde, pois, devido à concorrência no mercado de tais planos, é cada vez mais necessário contar com serviços diferenciados que possam agregar valor aos negócios. Roquete (2002) analisou os impactos decorrentes da regulamentação estatal na gestão de uma cooperativa médica Unimed do estado de Minas Gerais, sob o contexto da Reforma do Estado no Brasil.

A partir de uma visão mais estratégica do setor de saúde, Chequim (1999) estudou o processo da gestão estratégica da informação da Unimed-Lavras, bem como interpretou o fluxo de informações no escritório, avaliou a

utilização da tecnologia da informação nas áreas funcionais, analisou as vantagens e desvantagens do uso da tecnologia da informação, verificou se as informações geradas a partir da tecnologia da informação são utilizadas no processo de tomada de decisão e identificou a importância do gerenciamento estratégico da informação dentro da cooperativa. Pascucci et al. (2003), mediante a Visão Baseada em Recursos para explicar o posicionamento estratégico, ou a estratégia de posicionamento ou o processo de diversificação das organizações, em franco contraste com a Visão Competitiva Porteriana e ou a Visão Mercadológica Kotleriana, analisaram o processo da formação da estratégia de uma cooperativa de trabalho médico ao longo de seu percurso histórico, tendo a Visão Baseada em Recursos como referencial teórico.

Pelo enfoque competitivo, tem-se o trabalho de Dias (2000) que examinou, numa base conceitual, aspectos do cooperativismo de trabalho como uma associação de profissionais em busca de competitividade no mercado de trabalho. A questão subjacente ao texto é se o cooperativismo de trabalho pode ser considerado como uma *economia de caráter isonômico*, conforme as dimensões apresentadas no paradigma paraeconômico de Guerreiro Ramos (*apud* Dias, 2000). Já Miranda & Tinoco (2002) verificaram os motivos que levaram à implementação da terceirização dos serviços públicos municipais por meio de cooperativas de trabalho, bem como detectaram as vantagens e desvantagens desse tipo de terceirização na ótica dos gestores públicos e dos cooperados que prestam os serviços, a partir do estudo do caso do município de Itajá, RN.

Com base em estudos sobre estratégia, o presente trabalho enriquece e aprofunda tal temática em relação às organizações prestadoras de serviço, ao avaliar o processo de gestão estratégica dos serviços de uma cooperativa de trabalho médico. Especificamente, a partir das relações entre os diversos atores envolvidos com a organização, como os cooperados, os laboratórios e os

hospitais conveniados e demais parceiros, foi possível identificar e ou estabelecer o diferencial competitivo de tal organização por meio da identificação dos serviços oferecidos pela cooperativa, dos recursos utilizados para prestar estes serviços e do posicionamento estratégico da cooperativa mediante a aplicação de seus recursos para se manter competitiva no mercado.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para atingir os objetivos propostos neste trabalho, a elaboração de um quadro de referência teórico foi essencial no que tange à análise da gestão estratégica da organização objeto de estudo.

Por se tratar de uma organização prestadora de serviços, a perspectiva teórica aglutinou-se em três grandes blocos. O primeiro ressalta as particularidades do setor de serviços, mediante seus conceitos, importância, classificação e características. O segundo representa o respaldo teórico norteador deste trabalho, a Visão Baseada em Recursos (VBR) que conciliada ao setor de serviços, resultou no terceiro bloco teórico, no qual se analisam as estratégias do setor de serviços sob a ênfase da competitividade.

### 4.1 Setor de serviços: conceito e importância

Para a compreensão da natureza estratégica das atividades que envolvem os serviços, é importante, primeiro, entender exatamente o conceito de *serviço*. Assim, torna-se necessário esclarecer o significado desse termo que cobre um amplo espectro de atividade do nosso cotidiano e é definido por diversos autores.

Para Kotler & Armstrong (1999), os serviços variam muito. O setor *governamental* presta serviço por meio de tribunais, agências de empregos, hospitais, agências de empréstimo, serviço militar, departamentos de polícia e de bombeiros, correios, órgão legais e escolas. O setor de *entidades sem fins lucrativos* presta serviços por meio de museus, associações de caridade, igrejas, faculdades, fundações e hospitais. Grande parte do *setor de negócios* oferece serviços por meio de empresas aéreas, bancos, hotéis, companhias de seguros, empresas de consultorias, médicos, advogados, empresas de entretenimento, empresas imobiliárias, agências de propaganda e pesquisa e varejista. Assim, os

autores, observando todas essas variáveis, concluem que serviço “*é toda atividade ou benefício, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulte na posse de algum bem*” (Kotler & Armstrong, 1999, p. 455;)

Grönroos (1995) acrescenta a esse conceito a noção de um processo interagente entre clientes e fornecedores ao considerar

*serviço como uma atividade mais ou menos intangível, que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre clientes e empregados de serviço e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços, que é fornecida como solução ao(s) problema(s) do(s) cliente(s)* (p.36).

De acordo com a Associação Americana de Marketing, *apud* Toledo (1978, p. 25), o conceito de serviços refere-se a “*aquelas atividades, vantagens ou mesmo satisfações que são oferecidas à venda ou que são proporcionadas em conexão com a venda de mercadorias*”. Essa definição tem sido contestada por alguns autores, sob a alegação de que ela igualmente poderia ser aplicada para definir produtos.

Assim, pode-se dizer que produtos são atividades (latentes), benefícios ou satisfações oferecidas à venda ou fornecidas em conexão com a venda de serviços. Para evitar atritos entre as definições, Judd, *apud* Toledo (1978, p. 25), sugere que um serviço seja “*uma transação de mercado realizada por uma empresa ou por um empresário, na qual o objeto de transação não está associado à transferência de propriedade de um bem tangível*”.

Kotler (1998), neste sentido, considera que a produção de serviços pode ou não estar ligada a um produto físico.

Ao ilustrar a importância do setor de serviços, tanto para organizações sem fins lucrativos como para organizações que visam a lucros, a *American Marketing Association* define serviços como “*produtos, como empréstimos bancários ou seguros residenciais, que são intangíveis, ou pelo menos intangíveis em sua parte*” (Churchill & Peter, 2000, p. 290).

Lovelock & Wright (2001) comentam que, muitas vezes, é difícil compreender o modo pelo qual os serviços são criados e entregues aos clientes, porque muitos insumos e produtos são intangíveis. Os autores relatam que muitas pessoas quase não encontram dificuldade para definir o setor industrial ou o agrícola, entretanto, a definição de serviço pode confundi-las. As definições abaixo, reunidas pelos autores, captaram a essência dos serviços:

- serviço é um ato ou desempenho oferecido por uma parte a outra;
- serviços são atividades econômicas que criam valor e favorecem benefícios para cliente em tempos e lugares específicos, como decorrência da realização de uma mudança desejada no – ou em nome do – destinatário do serviço.

Para Davidow & Uttal (1991), *serviço ao cliente significa todos os aspectos, atitudes e informações que ampliem a capacidade do cliente de compreender o valor potencial de um produto ou serviço essencial*. Essa definição abrange as atividades tradicionais de serviços ao cliente, os novos tipos de serviços e o espectro de serviços ao cliente. Ao mesmo tempo, exclui muitos aspectos de um produto ou serviço, não relacionados ao serviço ao cliente.

Uma outra vantagem dessa definição é que ela enfatiza um importante traço do serviço ao cliente: trata-se de um alvo móvel, ou seja, se uma empresa está buscando sair na frente ao oferecer um serviço de qualidade superior ao cliente tem que criar constantemente novas formas diferentes de capacitá-los clientes a perceberem o valor do serviço. Descobre-se o valor de produtos e

serviços enquanto estão sendo usados e as empresas podem obter estas informações se descobrirem quais são as expectativas de seus clientes. Mesmo com as vantagens e desvantagens ressaltadas anteriormente, será adotada a definição de Davidow & Uttal (1991), por apresentar uma dimensão mais estratégica e ampla dos serviços.

#### **4.1.1 A classificação dos serviços**

De acordo com Téboul (1999), o setor de serviços, apesar de sua importância, é considerado como um dos setores mais imperfeitos. Em razão de existir um número relativamente pequeno de estudos que lhe são dedicados, mal definido e, sobretudo, indefinido em seus limites, o campo dos serviços é efetivamente, um dos mais delicados a ser explorado.

De acordo com este mesmo autor, o procedimento empírico do setor terciário consiste em excluir o conjunto de atividades que, seguramente, não constituem serviços e, a seguir, em examinar a série de atividades restantes para procurar o ponto comum.

Nessa ótica, chega-se de fato à classificação tripartite dos setores da economia. Assim, os serviços representam o setor terciário e os outros dois componentes, a agricultura, enquadrando-se ao setor primário e as atividades de mineração ou indústrias, ao setor secundário. O setor de serviços engloba, então, todas as atividades cuja produção não seja um bem físico. A partir dessa classificação, percebe-se que o que caracteriza os serviços é a simultaneidade do consumo e da produção.

Téboul (1999) ressalta que, devido à baixa geração de emprego por parte da indústria, a participação dos serviços neste segmento vai continuar decrescendo, tanto em número de empregados quanto no PIB, nos países desenvolvidos, em razão dos ganhos de produtividade, da automatização e da transferência para países com mão-de-obra barata. Para o autor, o

desenvolvimento dos serviços, até hoje, compensou o declínio do emprego industrial e, à medida que os lares enriqueceram e alcançaram o limite dos bens materiais desejados, voltaram-se para os serviços, visando melhorar sua qualidade de vida e chegar a níveis superiores de satisfação.

Ainda de acordo com Téboul (1999), na sociedade de consumo sofisticada de hoje, o modelo trisetorial tradicional perde, assim, muito do seu interesse. O setor de serviços é muito vasto e mal definido para se prestar ao estudo.

Em vista da diversidade do setor, no entender do autor, a classificação tripartite demonstra-se pouco operacional; ela é muito ampla e engloba uma variedade muito importante de atividades econômicas. Embora considere que não deve ser descartada, o autor sugere a classificação Browning-Singlemann, que distingue seis setores econômicos diferentes:

- I. as indústrias extratoras (agricultura e mineração);
- II. as indústrias de transformação (construção, agroalimentício, fabricação, bens de primeira necessidade);
- III. a distribuição (logística, comunicações, comércio varejista e atacadista);
- IV. os serviços destinados ao produtor intermediário (bancos, seguros, imobiliárias e empresas);
- V. os serviços sociais (saúde, previdência, etc.);
- VI. os serviços a pessoas físicas (domicílios, hotel, consertos, tinturaria, diversão, etc.).

O setor de serviço é subdividido verticalmente em três setores: serviços destinados ao produtor, serviços destinados ao consumidor e fornecimento de auto-serviço, assim discriminados:

- a) serviços destinados ao produtor intermediário: as empresas sempre consumiram serviços prestados por outras empresas, tais como

distribuição, financiamento e seguro. Ao longo do tempo, os serviços destinados aos produtores intermediários cresceram, quando as empresas começaram a terceirizar as tarefas que elas efetuavam internamente, tais como informática consultoria jurídica, publicidade, projeto, pesquisa, limpeza, e segurança, etc.;

- b) serviços ao consumidor final: os serviços prestados ao consumidor final são ora serviços vendáveis, como certos serviços bancários ou de seguro vendidos diretamente ao consumidor final, para seu uso pessoal, ora serviços não-vendáveis, como saúde ou educação;
- c) fornecimento de auto-serviços: o próprio consumidor final pode ser capaz de produzir o serviço desejado, prestando um serviço a si mesmo.

Diante dos três setores do setor de serviço, pode-se compreender melhor as suas características.

#### **4.1.2 Características dos serviços**

Consideremos que, geralmente, as empresas são divididas entre aquelas que pertencem ao setor de produto e aquelas que pertencem ao setor de serviço. Contudo, ambas buscam prestar um bom serviço aos seus clientes.

Churchill & Peter (2000), ao analisarem o crescimento do setor de serviços, apontam duas razões: a demanda dos consumidores e compradores organizacionais aumentou e as novas tecnologias tornaram os serviços mais acessíveis.

*A maior demanda por serviços* faz com que os consumidores fiquem mais inclinados a usar serviços quando dispõem de mais dinheiro do que o necessário para as compras básicas, como alimento, roupas e moradia. Assim, conforme as economias nacionais se desenvolvem, os serviços tendem a desempenhar um papel mais importante. As mudanças nas estruturas familiares

também levam a uma maior demanda por serviços. No setor de negócios, uma fonte importante de demanda por serviços é a onda de reestruturação, reengenharia e outros esforços para melhorar eficiência das organizações (Churchill & Peter, 2000).

Em relação à maior *oferta de serviços*, os autores mencionam que as mudanças tecnológicas influenciam não só a demanda por serviços, mas também sua oferta. Com o desenvolvimento da tecnologia da informação, muitas organizações que tradicionalmente ofereciam apenas produtos tangíveis estão considerando lógico e lucrativo acrescentar serviços a seu composto de produtos.

Para Churchill & Peter (2000), embora o processo de identificar e satisfazer às necessidades dos mercados-alvo e criar valor para que eles sejam essencialmente o mesmo para bens e serviços, a natureza dos serviços cria desafios especiais para os profissionais de marketing. Eles precisam, portanto, estar atentos às diferenças entre serviços e bens.

Em pesquisas que envolvem organizações prestadoras de serviços, suas peculiaridades devem ser levadas em consideração: os serviços são mais intangíveis do que tangíveis - o serviço é resultado de um esforço, eles são consumidos, mas não podem ser possuídos; os serviços são simultaneamente produzidos e consumidos – os serviços são usualmente vendidos, depois de produzidos e consumidos simultaneamente; os serviços são menos padronizados e uniformes – os serviços são baseados em pessoas ou equipamentos, mas o componente humano é o que prevalece e, por essa razão, fica difícil de ser produzido sempre de maneira uniforme e padronizada; os serviços não podem ser estocados – uma vez que o serviço é produzido, deve ser consumido, já que não há possibilidade, ao contrário do produto, de ser estocado para venda e consumo futuro; os serviços, via de regra, não podem ser protegidos por patentes – isto porque são facilmente copiados e raramente podem ser protegidos por

patentes (é necessário que o serviço desfrute de uma boa imagem de marca, diferenciando-se dos similares estrategicamente); é difícil estabelecer o preço – pois como serviço se apóia em trabalho humano, os custos de produção variam, já que são estipulados subjetivamente por quem o produz (Veiga Júnior, 1997).

No entanto, estão presentes no mercado diferentes organizações prestadoras de serviços, como aquelas que oferecem serviços médicos.

#### **4.2 Gestão estratégica pela visão baseada em recursos – VBR**

A análise da competitividade de uma organização passa pela avaliação de um conjunto de indicadores, em que o pressuposto básico é de que a competitividade é um fenômeno multideterminado e dinâmico, sendo variável no tempo, de acordo com diferentes determinantes (Coutinho, 1993).

De acordo com esta premissa, a competitividade deve ser entendida como a capacidade da empresa de formular e implementar estratégias concorrenciais que lhe permitam conservar, de forma duradoura, uma posição sustentável no mercado (Coutinho, 1993).

Desse modo, para se obter vantagem competitiva, as organizações devem adotar estratégias adequadas e conseguir se adaptar às alterações em seu ambiente. A constante monitoração de fenômenos que a organização julga importante para sua estratégia de atuação em seu ambiente competitivo, como as ações dos concorrentes, surgimento de novas tecnologias, aspectos políticos e sociais, etc., influenciam as decisões sobre quais estratégias competitivas provocarão os resultados desejados (aumento de participação de mercado, maior rentabilidade, etc.).

Para Coutinho (1993), a competitividade de uma organização é avaliada a partir de uma análise de um conjunto de características internas e externas a ela. Este autor ressalta que o processo de avaliação e capacidade de definir e

implementar estratégias deve ser procedido pela identificação do conjunto de fatores que são relevantes para o sucesso competitivo de uma organização, buscando uma avaliação dinâmica da competitividade, a partir da verificação dos fatores determinantes da competitividade da empresa.

Existem diversos fatores ambientais que exercem pressão sobre as organizações. Entre eles, pode-se citar os que são externos às organizações como normas, leis, modelos competitivos e padrões culturais. As forças sociais afetam as organizações por meio de tradições, valores e expectativas que a sociedade detém em relação às organizações. Há também as pressões internas da organização que, em interação com o ambiente, conduzem a diferentes tipos de ação, mesmo que haja semelhança no contexto em que se inserem (Machado-da-Silva et al., 1999).

Para Proença (1999), a essência para a vantagem competitiva sustentável encontra-se nos recursos, o que explica questões fundamentais sobre as fontes e manutenção da vantagem competitiva das empresas.

Por meio da Visão Baseada em Recursos (VBR) iniciou-se o movimento sobre novas fontes de vantagens competitivas, principalmente em decorrência das transformações ambientais que influenciam a interpretação dos dirigentes e, por conseguinte, suas estratégias de ação. Com Edith Penrose e Harold Demsetz, pode-se compreender a respeito do significado dos recursos únicos (tangíveis e intangíveis) à conduta da firma.

Penrose (1959), em *The Theory of the Growth of the Firm*, propiciou importantes contribuições teóricas devido ao pioneirismo em analisar os determinantes internos do crescimento da empresa e na originalidade em relação ao conceito de firma, a partir de uma visão funcionalista (Possas, 1985).

Considerando os *recursos internos* no âmbito da *firma individual*, a abordagem da “Visão Baseada em Recursos - VBR”, procura fazer a conexão entre a sustentabilidade da vantagem competitiva e a exploração e

desenvolvimento de *recursos tangíveis e intangíveis*, cujos fundamentos teóricos provêm de Penrose (1959), Demsetz (1973), Wernerfelt (1984), Rumelt (1984 e 1987), Lippman & Rumelt (1982), Barney (1986, 1991 e 1995), Dierickx & Cool (1989), Reed & DeFillippi (1990), Prahalad & Hamel (1990), Teece (1980, 1982, 1986), Peteraf (1993), Teece et al. (1997) e outros.

De acordo com Hinings & Greenwood (1989), é necessário avaliar a interpretação que os membros da organização fazem do contexto em que a organização está inserida, a estruturação e os processos internos da organização. Assim, compreende-se por recursos, qualquer elemento pertencente de modo semipermanente à empresa que não pode ser transferido a outra sem custos e, que a capacita a conceber e executar estratégias de modo a obter e ou manter certa posição competitiva (Wernerfelt, 1984; Barney, 1992, 1994, 1996; Barney & Hesterly, 1996).

A nova visão desloca a origem da vantagem competitiva do lado de fora para dentro das organizações (combinação das perspectivas externa e interna) e sugere que a adoção de novas estratégias esteja restrita ao nível corrente de recursos da companhia. A VBR emerge da insatisfação e ou insuficiência das contribuições das análises de estratégia e vantagem competitiva (Foss, 1997) centralizadas na análise externa à firma, acrescentando que os recursos internos podem ser analisados para entender as condições pelas quais eles geram rendas ou vantagem competitiva sustentável (Barney, 1991 e 1995; Peteraf, 1993; Amit & Schmoemaker, 1993). De acordo com essa perspectiva, as decisões estratégicas da firma não são determinadas pelos mercados de fatores e de produtos, mas sim pela organização de planos e dos recursos (Penrose, 1959).

A VBR preconiza que a lucratividade e crescimento da empresa não são provenientes de produtos bem posicionados na indústria, mas da posse e utilização produtiva, pela organização, de recursos essenciais, únicos e idiossincráticos (Penrose, 1959). A autora ressalta que não é somente a posse de

recursos essenciais, mas a heterogeneidade dos serviços produtivos disponíveis ou potencialmente disponíveis em função dos recursos em posse da empresa que fornece, a cada uma, seu caráter único. Desse modo, para Penrose (1959), um sistema produtivo eficiente podia ser fonte de vantagem competitiva se fosse idiossincrático e peculiar da empresa, em que o manuseio dos recursos produtivos em diferentes usos, por um certo prazo, é determinado por decisão administrativa - os mesmos recursos podem ser usados diferentemente sob diferentes circunstâncias.

A função econômica básica da firma é ‘utilizar os recursos produtivos’, sendo os *recursos* capazes de produzir *serviços* (*recursos intangíveis*). Deste modo, os *serviços* são uma função que depende da maneira pela qual os recursos são usados, ou seja, a eficiência tecnológica das instalações, máquinas e equipamentos (o estado da arte) e também habilidades, competências (essenciais), “capacidades” (essenciais/dinâmicas) e conhecimentos dos empregados e proprietários. Sendo assim, os recursos são definidos não pelo seu uso (ou durabilidade), mas sim pelos *serviços potenciais* neles embutidos.

De acordo com os princípios da VBR, a fonte de vantagem competitiva precede um produto bem posicionado e se encontra no uso produtivo de recursos essenciais de eficiência superior, tornando a empresa que os possui mais eficiente e capaz do que as outras. Assim, possibilita a entrega do valor proposto para os clientes, ao menor custo marginal da indústria.

Ao abordar os fatores internos à firma, a VBR introduziu um avanço qualitativo na maneira de ver o comportamento da firma individual em relação ao método tradicional, que focaliza sua análise em aspectos externos, considerando aqui o problema da determinação do preço e da produção, a eficiência técnica e alocativa dos recursos e a maximização do lucro.

Sendo contrário às barreiras de mobilidade de Porter (1980), Wernfelt (1984) introduziu o conceito de barreiras de posição de recursos que visavam a

proteção dos recursos essenciais contra a imitação e apropriação pelos concorrentes, preservando a vantagem competitiva. Com o trabalho de Wernefelt (1984), a VBR passou a ser utilizada por vários autores em busca de explicar a vantagem competitiva das empresas.

Desse modo, tem-se que os recursos, estratégicos e essenciais para a operação da organização, são distribuídos de maneira heterogênea na indústria, não sendo facilmente transferíveis. Dessa forma, a organização, e não o grupo estratégico em uma indústria, é a unidade de análise nos estudos sobre vantagem competitiva, no caso específico deste trabalho, uma singular de uma Cooperativa de Trabalho Médico Unimed.

As diferenças, com vistas à heterogeneidade entre as firmas, existem não só em questão de *desempenho*, mas também em *comportamento* (Nelson, 1991). Quanto ao desempenho, as firmas diferem em relação ao ‘*desempenho dos recursos*’ empregados no processo de produção e comercialização dos produtos. Assim, o desempenho dos recursos considera várias dimensões, como a eficiência e a eficácia. As firmas apresentam níveis diferentes de ‘eficiência’ quando os recursos são capazes de produzir mais eficientemente e de ‘eficácia’ quando os recursos são capazes de melhor satisfazer o desejo dos consumidores (Peteraf, 1993; Collis & Montgomery, 1995). O desempenho dos recursos das firmas também é alterado em virtude do posicionamento da firma no mercado, em termos de participação de mercado, faturamento e lucratividade. A análise da heterogeneidade das firmas com base no desempenho e comportamento representa duas versões da Visão Baseada em Recursos.

Com Demsetz (1973), por meio do artigo *Industry Structure, Market Rivalry, and Public Policy*, a vantagem competitiva foi examinada sob condições de incerteza e custos de informações positivos, em que a superioridade (eficiência) das firmas não depende tanto das práticas

monopolísticas (poder de mercado), mas da resposta eficiente (dotação de recursos) à escassez.

Para o autor, uma indústria tornar-se-á mais concentrada sob condições competitivas apenas se uma vantagem diferencial em expandir a produção se desenvolver em algumas firmas (Demsetz, 1973). Além de focalizar a eficiência, o autor também enfatiza o papel da heterogeneidade para explicar a vantagem competitiva diferencial, considerando que a heterogeneidade das firmas, resultante de eficiências diferenciais, tem como fonte diferentes pacotes de recursos.

Demsetz (1973) considera que os lucros, ou seja, os retornos que as vantagens diferenciais devem gerar, não necessitam ser logo eliminados pela concorrência. Para o autor, é bem provável que o desempenho competitivo superior seja específico a uma firma. Essa firma pode ter estabelecido uma reputação ou clientela que é difícil dissociar dela, ou seja, uma fonte de produtividade que deve ser difícil de transferir pouco a pouco.

Para Barney (1991), os recursos podem ser definidos como

*“todos os ativos, capacidades, processos organizacionais, atributos da empresa, informação, conhecimento etc., controlados pela empresa, que a possibilita elaborar e implementar estratégias que melhorem sua eficiência e eficácia”.*

O autor classifica os recursos em:

- a) *recursos físicos*, tais como equipamentos, fábricas, localização geográfica e acesso à matéria-prima;
- b) *recursos humanos*, ou seja, relações sociais e experiências dos funcionários; e

- c) *recursos organizacionais*, como estruturas, processos e sistemas de informação.

Collis & Montgomery (1995) consideram que a visão com base em recursos destaca que os recursos, acumulados ao longo do tempo, determinam a competência para o desenvolvimento das atividades que, por sua vez, definem os níveis de custo e diferenciação. A VBR, nesse sentido, analisa a relação entre recursos e estratégia.

A VBR, de maneira geral, é abordada por meio de duas escolas de pensamento, a estrutural e a processual. A estrutural considera que a vantagem competitiva sustentável é viável somente se os recursos utilizados para alcançá-la forem raros, tiverem mobilidade imperfeita entre as empresas e forem não-substituíveis; a escola processual difere da anterior quanto às considerações sobre o tipo de mercado no qual a competição se desenvolve.

Para Schulze (1994), enquanto, na escola estrutural, as empresas tentam proteger os seus recursos essenciais da imitação, substituição e transferência para que o estado de equilíbrio permaneça, na escola processual, o mercado é visto como um ciclo de equilíbrio e desequilíbrio. Nesse caso, as fontes de mudança não são somente exógenas, mas endógenas, visto que o sistema econômico é influenciado pela ação de empresas inovadoras. Na escola processual, além da identificação e proteção dos recursos essenciais, focaliza-se também nas condições e processos por meio dos quais os recursos essenciais são criados e desenvolvidos, dentre eles (Grant *apud* Schulze, 1994): a) de aprendizagem de novas formas de gerenciar os recursos atuais, b) de desenvolvimento de novos recursos e capacidades, e c) de busca de congruência entre as condições do mercado e os recursos organizacionais utilizados pela empresa.

Penrose (1959) ressalta que explorar oportunidades produtivas com referência apenas às mudanças no *ambiente* da firma pode não ser satisfatório. A

autora considera que, mesmo na ausência de mudanças no mundo externo, existe um impelimento, um estímulo ou um incentivo contínuo, que é inerente aos próprios recursos, que pressionam mudanças não só no âmbito da firma, como também no escopo e direção dos seus negócios. Desse modo, se os sinais de mercado mudam ou não, as firmas tentam aperfeiçoar seus processos e produtos pelos mecanismos de busca de tentativas e erros e imitação dos resultados já alcançados por outras firmas, motivadas pela vantagem competitiva que as inovações possam oferecer (Dosi, 1988).

Em outras palavras, o incentivo para inovar não tem como origem apenas a análise do ambiente para avaliar a taxa ou ritmo da mudança tecnológica e a natureza dos mercados e da competição. Muitas mudanças incrementais pequenas trazem significado econômico ou o poder cumulativo (Nelson, 1991), tornando-se o aspecto essencial do sucesso no processo competitivo (Rosenberg, 1994).

De maneira geral, os recursos são classificados em dois grupos, os recursos propriamente ditos e as capacidades (Grant, 1991):

- recursos são insumos ao processo produtivo, como, por exemplo, equipamentos, prédios, patentes, marcas, recursos financeiros e as habilidades dos funcionários individualmente;
- capacidades resultam da habilidade em combinar recursos, como as habilidades que algumas empresas desenvolvem para lançar novos produtos, pesquisar mercados, aplicar controles financeiros e manter relações duradouras com os clientes.

Basicamente, a tipologia de recursos utilizada para nortear o trabalho é descrita no Quadro 1.

QUADRO 1. Tipo e descrição dos recursos possíveis de serem encontrados pela VBR

| TIPOS DE RECURSOS          | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Financeiros</b>         | Inclui todos os tipos de recursos financeiros que possibilitem à organização conceber e executar estratégias (Barney, 1996)                                                                                                                                                                                             |
| <b>De capital humano</b>   | Inclui o treinamento, a experiência, a inteligência, o conhecimento, o julgamento, <i>insights</i> , etc. (Barney, 1996)                                                                                                                                                                                                |
| <b>Organizacional</b>      | Difere da categoria anterior, pois recursos organizacionais se referem aos atributos coletivos de indivíduos. Inclui a estrutura formal da empresa, os sistemas formais e informais de planejamento, controle e coordenação, a cultura, bem como relações entre grupos pertencentes à firma e também com outros de fora |
|                            | <b>Arquitetura estratégica:</b><br>Refere-se aos relacionamentos da empresa com outras organizações (fornecedores, clientes, intermediários, concorrentes)                                                                                                                                                              |
| <b>Físicos</b>             | Inclui fábrica, localização geográfica, acesso à matéria-prima, etc. (Barney, 1996)                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Tecnologia</b>          | <i>Softwares, hardwares</i> , equipamentos e maquinários, etc. (Grant, 1991)                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Reputação</b>           | Associação da empresa com produtos de qualidade, confiança, reconhecimento de produto (Grant, 1991)                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Inovação</b>            | Refere-se à questão a capacidade da empresa de oferecer novos produtos no mercado (Kay, 1996)                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Ativos estratégicos</b> | Está relacionado ao domínio ou posição de mercado da empresa e pode ser de três tipos: monopólio natural, restrições de mercados devido a licenças e ou regulamentações e vantagens relacionadas à curva de experiência (Kay, 1996)                                                                                     |

Fonte: adaptado de Barney (1996), Grant (1991) e Kay (1996) por Hayashi Junior et al. (2003).

Para Penrose (1959), a firma é vista como uma "coleção de recursos", em que a interação entre conhecimento, habilidade, aprendizado, bem como os meios de organização (coordenação) e combinação (transformação) dos recursos são expressados em capacidades de desenvolvimento. Buscando a produção de novos conhecimentos e a criação de novos *serviços* produtivos, a firma alterará e realçará os seus recursos disponíveis.

De maneira geral, a Visão Baseada em Recursos procura analisar as condições que garantem e sustentam a firma reter os recursos que são específicos a ela ou não são facilmente transferíveis. A perspectiva fundamental desta visão está em destacar a possibilidade da firma desenvolver vantagem competitiva (sustentável), não com base em restrições deliberadas (poder de mercado ou eficiência) e legais (direitos de propriedade bem definidos), mas sim em restrições complexas (a auto-reprodução dos recursos pela firma em si é tão difícil quanto a imitação pelos competidores, porque eles são sutis e difíceis de entender) e tácitas (dificuldade de codificar e transferir conhecimento).

Grant (1991) destaca ainda que, para a maioria das empresas, a capacidade mais importante é aquela que possibilita integrar diversas capacidades individuais relevantes como, por exemplo, desenvolver produtos, fabricação, logística e promoção de vendas tendo em vista objetivos a serem alcançados. Hamel & Prahalad (1995) denominam de competências centrais estas capacidades em função de sua importância estratégica. Segundo esses autores, elas resultam do aprendizado geral de uma organização, envolvendo, em geral, a coordenação de diversas habilidades de produção e a integração de múltiplos fluxos de tecnologia.

Para Galunic & Rodan (1998), as competências são recursos baseados em conhecimento que existem nos diversos níveis hierárquico. Conforme explicação de Schulze (1994), é o conjunto de recursos para desempenhar tarefa ou atividade. Competências, ao contrário dos recursos, envolvem padrões

complexos de coordenação e cooperação entre pessoas, entre pessoas e recursos (Grant, 1991), que influenciam a produtividade dos recursos (Schulze, 1994).

Tem-se de maneira sucinta que a competitividade de uma organização não depende apenas desses fatores, mas de uma conduta socialmente valorizada que garanta a sua legitimidade e sobrevivência no ambiente. Neste sentido, Barbosa (1999) afirma que o conceito de competitividade será mais reflexivo, quando os diferentes níveis de análise puderem ser levados em conta, pelo fato de cada nível (em relação ao conjunto) possuir medidas específicas, que permitem a compreensão das particularidades do conceito.

Pettigrew & Whipp (1993) consideram que, para se analisar a competitividade, é preciso ter em mente a influência dos padrões setoriais e das características socioculturais presentes nas organizações e no ambiente em que atuam. Na análise da vantagem competitiva, uma firma seleciona sua estratégia de “busca contínua por retorno” baseada nas capacidades dos recursos dela. A vantagem competitiva aqui se baseia na capacidade estratégica da firma, sendo que a posição dos recursos (ou ativos) específica à firma se refere à dotação corrente de tecnologia, propriedade intelectual, ativos complementares, base de consumidores e seus relacionamentos com fornecedores e integrados (Teece et al., 1997). Esta visão enfatiza a importância de se determinar o que as firmas são e como elas se distinguem das outras.

Machado-da-Silva & Fernandes (1998) consideram fundamental que se compreenda a natureza da atividade de cada organização para se entender a ação estratégica adotada. As estratégias são concebidas de modo diferenciado, em função da importância relativa que se atribui aos ambientes técnico e institucional para o alcance dos objetivos organizacionais. As organizações respondem às exigências de ambas as dimensões do ambiente, em diferentes graus, em face da importância relativa de cada uma; enquanto o ambiente técnico condiciona a sua posição no mercado e o seu potencial de concorrência,

o ambiente institucional afeta a legitimidade de suas escolhas e práticas (Machado-da-Silva & Fonseca, 1999).

Assim, a análise da vantagem competitiva está embutida na avaliação sobre o que uma firma faz ou pode fazer (processo organizacional e gerencial) com a dotação de recursos que dispõe, a um dado ponto no tempo. Entretanto, a firma deve ser vista em uma perspectiva ‘histórica’ (‘evolucionária’), em que a posição corrente dela é, freqüentemente, formada pelo caminho que ela tem percorrido (“*dependência de caminho*”).

Convém ressaltar que nem todos os recursos são recursos estratégicos. Recursos estratégicos são aqueles que trazem vantagem competitiva implementando uma estratégia de criação de valor que não é simultaneamente empregada por nenhuma outra empresa e é capaz de sustentar a vantagem competitiva mantendo a estratégia da empresa isolada de cópia por outras empresas (Barney, 1996). Assim sendo, as empresas não podem esperar obter vantagem competitiva sustentável se os recursos empregados estão disponíveis a todas as empresas ou possuem alta mobilidade.

A implementação de estratégias de mercado requer das firmas recursos apropriáveis (comercializáveis) e não-apropriáveis (não-comercializáveis). Contudo, a firma emprega ambos os tipos de recursos. Neste sentido, quando os recursos necessários (relevantes) para a implementação de uma estratégia específica são livremente comercializáveis (recursos que são comprados e vendidos sem qualquer restrição, exceto o preço de mercado de fatores), estes não proporcionam uma vantagem competitiva sustentável. É mais provável que o sucesso na implementação de uma estratégia esteja fortemente relacionado ao requerimento de recursos altamente específicos à firma, tais como habilidades, conhecimento e cultura (Dierickx & Cool, 1989). Por serem componentes *acumulados* internamente, argumentam os autores, tais recursos não são comercializáveis, logo estão sujeitos à imitação ou substituição pelos

competidores que os desejam, mas não podem comprá-los no mercado de fatores. Contudo, a não-comerciabilidade de um recurso é uma condição necessária mas não suficiente, para a sustentabilidade da vantagem competitiva.

Um ponto forte ou uma fonte importante de heterogeneidade entre as firmas, ou seja, uma vantagem competitiva a um ponto no tempo está no “caráter único do recurso da firma” (Penrose, 1959), como, por exemplo, competência distintiva e rotina organizacional superior (Mahoney & Pandian, 1992: 364-365), *know-how* (Teece, 1980), reputação (Dierickx & Cool, 1989) e ativos especializados (Teece, Pisano & Shuen, 1997). Desse modo, a firma que requer vantagem competitiva deve, além da exploração dos recursos e capacidades internas e externas, o desenvolvimento (investimento, renovação e alavancagem) de novos recursos e capacidades (Prahalad & Hamel, 1990, Collis & Montgomery, 1995; Teece et al., 1997) ou a combinação de habilidades (competências/capacidades) e recursos únicos (essenciais/dinâmicos) que construam, mantenham e realcem as vantagens distintivas e difíceis de imitar.

É sob esta ênfase que reside o interesse da Visão Baseada em Recursos, ou seja, conciliar o entendimento da vantagem competitiva e das dinâmicas da vantagem competitiva às características dos recursos e como estas características mudam ao longo do tempo (Foss, 1997). Assim, surgiu a noção de *sustentabilidade* como função das “barreiras à imitação” dos recursos, sustentabilidade que é alcançada desde que a condição básica de *heterogeneidade* da vantagem seja preservada (tenha vida longa), ou seja, deva ser relativamente durável ao *adicionar valor*.

Pela VBR, as condições pelas quais os recursos geram vantagem competitiva podem ser agrupadas em duas dimensões:

- *vantagem competitiva posicional*, que reúne as condições que definem (distinguem) o tipo, a magnitude e a natureza do estoque de recursos adquiridos ou construídos pela firma, enfocando os

fatores que dificultam ou limitam a livre expansão ou imitação (reprodução) por outras firmas; e

- *vantagem competitiva sustentável*, que reúne as condições que garantem e sustentam a firma reter os recursos que são específicos a ela ou não são facilmente transferíveis. Contudo, quando os recursos são ‘baseados na propriedade’ (recursos de propriedade), a proteção contra a imitação pelos competidores depende, fundamentalmente, de restrições deliberadas ou legais, mesmo que muitos competidores tenham o conhecimento suficiente para reproduzir estes tipos de recursos dos rivais.

A presença de um recurso pode trazer vantagem competitiva sustentável se este recurso for: 1) valioso, (2) raro, (3) imperfeitamente imitável e (4) não possuir equivalente estratégico. Sob esta ênfase, Collis & Montgomery (1995), mediante a articulação de diversos argumentos da VBR, defendem que a teoria dos recursos explica como os recursos dirigem a performance da empresa em um ambiente competitivo combinando análises internas sobre a empresa com análises externas sobre o ambiente. O sucesso da firma advém da melhor e mais apropriada posse de recursos para seus negócios e estratégias.

O conceito *valioso* é resultado do recurso escasso/raro, em que o proprietário de um *recurso valioso* consegue se apropriar do retorno. Nesta perspectiva, os altos retornos são resultantes das características dos recursos, ou seja, dos “*recursos atrativos*”, aqueles que combinem bem com aqueles que as firmas já têm e em que elas, provavelmente, estão competindo apenas com poucos adquirentes, podendo sustentar uma “barreira de posição do recurso” (Wernerfelt, 1984), ou dos “*recursos estratégicos*”, que são recursos cujo custo de aquisição seja significativamente menor do que o valor econômico deles (valor presente líquido), que são necessários para a implementação de estratégias de mercado de produtos (Barney, 1986). Um recurso valioso deve contribuir

para a produção de algo que os consumidores desejam a um preço que eles estejam dispostos a pagar. Nesse sentido, os recursos e habilidades são considerados valiosos quando auxiliam uma firma a formular e implementar uma estratégia que melhore sua eficiência e eficácia (Collis e Montgomery, 1995; Lazonick, 1992).

Relacionando recursos com vantagem competitiva, Barney (1995) refere que se uma firma possui recursos e capacidades particulares valiosos, mas comum (não-raro), esta deve obter, ao menos, vantagem competitiva *equivalente* (*parity*). Ou seja, a firma desfruta de uma vantagem competitiva quando ela está implementando uma estratégia de criação de valor não simultaneamente implementada por grande número de outras firmas. Para Penrose (1959), a *raridade* deve ser entendida como resultado da conexão entre *especificidade* e outras três características intrinsecamente relacionadas dos recursos: (1) *capacidade*, (2) *durabilidade* e (3) *natureza*. Os recursos diferem consideravelmente em capacidade, dependendo da posição deles em relação à firma no tempo e no espaço. O uso limitado de um recurso físico durável determina sua capacidade produtiva em seu estado natural específico. Recursos deste tipo são coisas que podem ser compradas ou arrendadas facilmente. Entretanto, dada a característica única dos *serviços* (habilidades, conhecimento, valores, eficiência, etc.) dos recursos humanos e dos recursos materiais, no sentido de que o mesmo *serviço* não é reproduzível, é que faz as firmas diferirem entre si (heterogeneidade).

Quanto ao conceito de ‘imitabilidade imperfeita’, este decorre de fenômenos como “ambigüidade causal” (Lippman & Rumelt, 1982), complexidade social (Dierickx & Cool, 1989) e condições históricas (Barney, 1991). Peteraf (1993) ressalta que existem recursos que são comercializáveis, mas que são mais valiosos dentro da firma que os empregados que eles poderiam ser em outro emprego.

Penrose (1959) também salienta, sob a ótica do papel da gerência, que estes devem tentar fazer o melhor uso dos recursos disponíveis. Segundo a autora, muitos recursos podem, dentro dos limites de mobilidade, ser razoavelmente deslocados com facilidade de um uso para outro, dentro de uma dada base de produção e entre grupos de bases estritamente relacionadas, em que uma firma pode adicionar ou remover linhas de produtos a custos baixos. A característica chave da mobilidade do fator imperfeito repousa em dois aspectos (Peteraf, 1993, p. 184): (a) *que o recurso imperfeitamente móvel permanecerá disponível à firma;* e (b) *que os retornos serão compartilhados pela firma.* Assim, a mobilidade do fator imperfeito é uma condição necessária para a *sustentabilidade* da vantagem competitiva e um componente particularmente importante do modelo de vantagem competitiva, porque tais recursos são menos prováveis de serem imitados do que outros tipos por permanecerem confinados (“*bound*”) à firma e disponíveis para uso ao longo do tempo ou, então, ao menos no curto prazo, por ficarem “grudados” (“*stick*”) à firma (Teece, Pisano & Shuen, 1997). Corroborando o que foi exposto anteriormente, Teece et al. (1997, p. 514) apontam três razões pelas quais esta “aderência” aumenta:

- *o desenvolvimento de negócios é visto como um processo extremamente complexo. Notavelmente, firmas nas quais faltam capacidade organizacional para desenvolver, rapidamente, novas competências;*
- *alguns ativos são, na realidade, simplesmente não-comercializáveis; e*
- *mesmo que um ativo possa ser comprado, as firmas devem se sujeitar a ganhar pouco ao fazer isso.*

Barney (1991) ressalta que as firmas concorrentes ou potenciais, quando não possuem recursos valiosos, raros e imperfeitamente imitáveis de outra firma, podem implementar as mesmas estratégias, mas, de maneira diferente, usando

recursos estrategicamente equivalentes. Esta substituíbilidade, segundo o autor, pode assumir duas formas: (1) substituição por *recursos similares* e (2) substituição por *recursos diferentes*.

Neste sentido, com base em condições históricas que favoreçam o desenvolvimento é que uma estratégia deve ser adotada ou criada. Porém, o papel da firma não é apenas o de alocação de recursos escassos entre finalidades alternativas, mas sim da gestão dos processos de acumulação, coordenação e difusão dos recursos que passam a ser a função primordial da administração de empresas para a performance competitiva (Prahalad & Hamel, 1990).

De maneira geral, a Visão Baseada em Recursos concilia a vantagem competitiva às características dos recursos e como elas mudam ao longo do tempo. A sustentabilidade é alcançada se as condições básicas de heterogeneidade (especificidade) forem preservadas (vida longa), ou seja, se a heterogeneidade dos recursos da firma for relativamente durável ao adicionar valor: acumulação do estoque de recursos únicos, imitabilidade imperfeita, mobilidade imperfeita e substituíbilidade imperfeita. Conforme Penrose (1959), a potencialidade dos recursos é para a firma, ao mesmo tempo, um desafio para inovar, um incentivo para expandir e uma fonte de vantagem competitiva.

A partir da perspectiva de Hamel & Prahalad (1995), uma organização precisa ser capaz de se reavaliar, regenerar suas estratégias centrais e reinventar seu setor, para que, em suma, ela seja diferente. No setor de serviços, esta diferenciação é essencial, em virtude dos serviços relacionados à mesma atividade serem bastante similares entre si.

De acordo os autores, é necessária a compreensão de que as organizações precisam desaprender grande parte de seu passado para descobrirem o futuro, construindo as competências necessárias (*core competencies*) para dominar os mercados futuros. Nesse sentido, a estratégia é a luta para superar as limitações de recursos por meio de uma busca criativa e

infindável da melhor alavancagem dos recursos. Para serem essenciais, as competências devem responder a três critérios: (a) uma competência central deve ser versátil e proporcionar acesso a uma ampla variedade de mercados, (b) oferecer reais benefícios aos consumidores, e (c) ser difícil de imitar e prover acesso a diferentes mercados. Uma competência central não é constituída por uma habilidade ou tecnologia isolada, mas sim por uma complexa harmonização de múltiplas habilidades e tecnologias (Prahalad & Hamel, 1990).

Em busca do fortalecimento cooperativo-empresarial, as cooperativas devem abrir caminho para melhores práticas de gestão. Assim, as vantagens competitivas das cooperativas devem estar baseadas em suas formas de interação para com seus clientes (cooperados e mercado em geral) e não simplesmente nas leis que sustentam sua constituição (Oliveira, 2001).

A abordagem estratégica da Visão Baseada em Recursos vem ganhando espaço dentro da literatura estratégica por explicar diferenças de desempenho mediante os recursos e competências de cada organização, não mais pela estrutura da sua indústria. Tal perspectiva oferece, assim, um panorama da cooperativa em relação ao mercado, ou seja, sob a ênfase da prestação de serviço, agregando valor e sendo economicamente viável e competitiva, bem como em relação ao associado, fornecendo capacidade técnica para atender a todos os associados de forma a viabilizar suas atividades econômicas e torná-las competitivas.

Tem-se, assim, que o conjunto de recursos ou competências organizacionais pode direcionar a organização para o desenvolvimento de estratégias e, conseqüentemente, para o seu crescimento (Hamel & Prahalad, 1990; Wernerfelt, 1984) à medida que esta detecta os recursos e competências estratégicas relevantes em nível micro e macrororganizacional, bem como os impactos dos recursos e competências estratégicas relevantes na vantagem competitiva. A VBR é uma perspectiva que vê os recursos como o fundamento

para a estratégia da firma considerando as competências, capacidades (“*capabilities*”), habilidades (“*skills*”) como sendo a ‘base de conhecimento’ produtivo e organizacional e, por sua vez, a fonte mais importante da vantagem competitiva, da heterogeneidade e do retorno (lucratividade) das firmas, a longo prazo ou de vida longa.

#### **4.3 O enfoque estratégico competitivo: as estratégias do setor de serviços**

A palavra estratégia, nas últimas décadas, ganhou o interesse do meio empresarial, transformou-se em linguagem comum entre os administradores e, gradativamente, foi incorporada no cotidiano das organizações (Antonialli, 2001).

A estratégia apresenta um paradoxo interessante, que é a questão de que, por uma visão convencional, a organização deve estar se adaptando freqüentemente às mudanças, as quais são contínuas. Ao mesmo tempo, a estratégia estabelece uma direção, destacando os cursos de ação e estimulando a cooperação dos membros em diretrizes estabelecidas; assim, a estratégia procura manter a estabilidade em uma organização. Isso cria um dilema em que se faz necessário um equilíbrio entre as forças para a estabilidade e para a mudança (Mintzberg et al., 2000).

Convém ressaltar aqui que o contexto ambiental reflete de várias maneiras nas ações organizacionais. Em função das crenças e valores compartilhados pelos membros de uma organização, o curso das atividades e o desempenho organizacional sofrem alterações decorrentes das mudanças ambientais.

Machado-da-Silva et al. (1999), nesta linha de pensamento, consideram que conceber subjetivamente o ambiente significa reconhecer a possibilidade de indivíduos, grupos e organizações perceberem de maneira diferente o mesmo

contexto institucional e, em consequência, poderem agir de forma diversa na dinâmica de relacionamento entre organização e ambiente.

A estratégia possui, assim, diferentes conotações em diferentes contextos, quer na esfera teórica, quer na esfera prática. Trata-se de um conceito realmente amplo e seu uso corrente permite associá-lo desde um curso de ação bastante preciso até a um posicionamento organizacional, em última análise, a toda alma, personalidade e razão de ser da empresa (Meirelles et al., 2000).

Diante dos diversos pontos de vista sobre o processo de formulação de estratégia, considerou-se aqui que este processo vai além do indivíduo, para outras forças e outros agentes. Como a prestação de um serviço implica em uma ação, as estratégias devem agregar valor ao cliente e, dessa forma, as empresas precisam se antecipar às reais necessidades dos clientes e satisfazê-las. Sobretudo, esta visão passa estrategicamente a compor a condução dos negócios das empresas, já que elas estão buscando elementos que denotem diferenciação dos seus produtos frente à concorrência, possibilitando-lhes serem mais competitivas.

Nesse sentido, *a estratégia competitiva de uma firma envolve o propósito de adquirir uma vantagem competitiva sustentável e, por conseguinte, intensificar o desempenho do negócio, bem como a organização dos recursos para a realização deste propósito*. Dessa forma, os recursos estão ligados a algum propósito estratégico (Penrose, 1959). A firma deve selecionar suas estratégias para gerar retornos (lucros) baseados nos seus recursos (Andrews, 1971 e Ansoff, 1965 *apud* Teece et al., 1997) e propiciar um “ajuste dinâmico” com as oportunidades externas (consumidores, competidores e tecnologia, por exemplo) [Collis & Montgomery, 1995 e 1998; Teece & Pisano, 1994; Teece et al., 1997; Barney, 1991 e 1995]. A formulação de estratégias deve considerar não apenas a eficiência e a eficácia na construção de vantagem sustentável, mas também as mudanças organizacional e tecnológica e o processo dinâmico

envolvido no relacionamento entre as competências ou capacidades específicas à firma (essenciais).

Para Nadler et al. (1993), ressaltando aspectos da VBR, a *estratégia é um processo pelo qual a organização tenta ajustar de maneira efetiva o uso que faz de seus recursos e demandas, restrições e oportunidades colocadas pelo ambiente*. Esse ajuste dos recursos da organização ao ambiente é essencialmente a determinação por parte da organização de qual será o seu papel dentro dele.

Convém salientar que as premissas que caracterizam as dimensões para o diagnóstico de uma gestão estratégica baseada em recursos, propostas neste trabalho, são orientadas pelo modo como são formuladas e implementadas as estratégias para a prestação de um melhor serviço. Nesse sentido, consideraram-se as competências (capacitações internas) da empresa; pelo caráter dinâmico, levando-se em consideração as constantes mudanças/adaptações das capacitações (formação de competências) e comportamento adotado, para atender às mudanças do ambiente e pelos aspectos envolvidos no processo de formulação que levam a uma distinção entre as empresas (devido aos recursos serem imperfeitamente imitáveis).

A partir de uma visão mais ampla do desenvolvimento e formulação da estratégia, torna-se possível, segundo Nadler et al. (1993), analisar o ambiente e avaliar os recursos organizacionais como elementos importantes. Além disso, os valores dos indivíduos-chave no processo de tomada de decisão e no processo político existente nas organizações também são importantes para a determinação da estratégia que finalmente emerge.

Contudo, as estratégias de serviços devem estar situadas dentro do planejamento estratégico da organização, mediante as tendências e condicionantes do ambiente, dos recursos da organização que, combinados, serão critérios de avaliação para determinar a melhor alternativa entre

oportunidades e recursos e, conseqüentemente, a estratégia econômica, confirmando a escolha de produtos e mercados (Gianesi & Corrêa, 1994).

Para Gianesi & Corrêa (1994), a estratégia de serviços é definida como o resultado do planejamento estratégico funcional (constitui-se das armas competitivas que irão transformar-se nas competências distintivas da empresa), relativo à função de serviços, o qual situa-se em relação ao processo de planejamento estratégico como um todo.

A principal preocupação de empresas, tanto de manufatura como de serviços, volta-se para como gerenciar suas operações de modo a obter, manter e ampliar seu poder competitivo. Isso porque a estratégia de serviços é tida como uma ferramenta cujo objetivo principal é o aumento da competitividade e, para tal, busca organizar os recursos da empresa e conformar um padrão de decisões coerente, para que ela possa prover um composto adequado de características de desempenho que lhe possibilite competir eficazmente no futuro. Trata-se de um processo, implícito ou explícito de ligação entre os objetivos e áreas de decisão (Gianesi & Corrêa, 1994).

De acordo com Gianesi & Corrêa (1994), os objetivos são os critérios competitivos de consistência, competência, velocidade de atendimento, atendimento/atmosfera, flexibilidade, credibilidade/segurança, acesso e de custo para as operações de serviços. As principais áreas de decisão estratégicas para a gestão dos serviços são: projeto do serviço, processo/tecnologia, instalações, capacidade/demanda, força de trabalho, qualidade, organização, administração de filas e de fluxo, sistemas de informação, gestão de materiais, gestão de clientes, medidas de desempenho, controle de operações e sistemas de melhoria.

Ainda de acordo com Gianesi & Corrêa (1994), a formulação da estratégia necessita de um processo lógico, procedimental e prático, para que esta tarefa possa tornar-se sistemática, permitindo a formulação e reformulação de estratégias que garantam o poder de competitividade da empresa. Este

processo inclui dois grandes blocos de macroatividades. O primeiro refere-se à definição da missão ou conceito do serviço, ou seja, em quais atributos ou dimensões do serviço o sistema de operações deverá proporcionar alto desempenho. A definição de missão do serviço depende das decisões a respeito de qual segmento de mercado se pretende atender e como a empresa deseja posicionar-se frente a seus concorrentes, aos olhos de seus consumidores. Quanto ao segundo bloco, ele refere-se à definição de planos de ação para o atingimento do desempenho desejado naqueles critérios definidos pela missão do serviço. As necessidades de melhoria de desempenho devem ser priorizadas. Com este objetivo, são analisados os níveis de desempenho da concorrência e da própria empresa, no momento atual e no futuro, visando estabelecer prioridades de curto, médio e longo prazos. A partir dessas prioridades, e com o auxílio de várias ferramentas de análise do serviço (como análise das áreas de decisão, análise do ciclo de serviço e análise do fluxo de processo) e do sistema de operações, procura-se detalhar as ações gerenciais necessárias para a implementação da estratégia.

#### **4.4 Contextualização da assistência médica suplementar no Brasil**

Como estão presentes no mercado diferentes organizações prestadoras de serviços, torna-se pertinente que as características daquelas que oferecem serviços médicos sejam levadas em consideração por meio da contextualização do segmento de assistência médica suplementar brasileira.

#### **4.4.1 A evolução do segmento de assistência médica suplementar e suas modalidades**

A assistência médica suplementar ainda é pouco estudada no Brasil. Dentre as razões, Bahia (1999) relata a precariedade de informações sobre seus usuários e sobre as características dos vários modelos de prestação de serviços. Sob a ótica do sistema de saúde no Brasil, sabe-se ainda pouco sobre esse segmento de saúde, em razão de aspectos problematizadores intrínsecos desse mercado, da mesma forma que a construção conceitual e a analítica do mesmo encontram-se no nível basicamente exploratório (Almeida, 1998).

A assistência médica suplementar iniciou sua atuação no Brasil, na década de 1960, com a utilização do convênio-empresa entre o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) e a Previdência Social, o que comprova a sua denominação de medicina empresarial durante este período (Cordeiro, 1984; Siqueira, 1987). Em 1964, a primeira organização médica do Brasil foi criada e destinava-se ao atendimento de empregados da *Volkswagem* de São Paulo.

Desse modo, teve início, por meio do convênio empresa-Previdência Social, a participação do Estado nessa modalidade de assistência médica. Com a criação do INPS, quando se fundiram os IAP's e o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência da Previdência Social (SANDU), ampliou-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. A criação da Assistência Médica Internacional Ltda. (AMIL), empresa da modalidade de medicina de grupo, em 1979, demonstrou a viabilidade da comercialização de planos de saúde de forma autônoma.

A AMIL iniciou suas atividades em 1978, na Baixada Fluminense, quando 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 organização 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, possui sedes em Buenos Aires, em Miami e no Texas.

A partir de então, surgiram e desenvolveram-se no Brasil quatro diferentes modalidades empresariais de assistência médica suplementar: a medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos próprios de empresas (autogestão) e o seguro saúde.

O segmento de assistência médica suplementar é constituído por um conjunto heterogêneo de empresas. De maneira geral, 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).

A partir da década de 1980, o segmento privado de assistência médica cresceu de forma vertiginosa no país após a reforma da saúde ocorrida nesta década. Entretanto, o crescimento não foi proporcional nas quatro modalidades empresariais existentes, tendo o seguro-saúde e as cooperativas médicas sido que mais cresceram, respectivamente (Bahia, 1999). As razões que explicam o crescimento do segmento de assistência médica suplementar, a partir da década de 1980 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.

Em 1998, o mercado de planos e seguros privados de saúde do Brasil contava com uma população de 41.471.000 pessoas distribuídas nas quatro modalidades empresariais. Consta-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%.

Roquete (2002) percebe 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. Isso 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.

#### **4.4.2 As cooperativas médicas**

Diante dos objetivos propostos neste trabalho, é importante conhecer, primeiramente, a base de sustentação da forma de sociedade que caracteriza as cooperativas médicas do segmento de assistência médica suplementar, ou seja, o cooperativismo. Também é necessário aprofundar a análise do ramo do cooperativismo de trabalho, voltado para a prestação de serviços, do qual, historicamente, tais cooperativas fazem parte, para, em seguida, analisar as cooperativas médicas propriamente ditas.

#### **4.4.2.1 O contexto do cooperativismo**

Em relação ao cooperativismo, deve-se inicialmente compreender esta forma de organização, sobretudo diante de suas características e peculiaridades (Carneiro, 1981; Benato, 1994; Queiroz, 1998). Diante disso, torna-se fundamental rever o significado do próprio termo cooperativismo.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define cooperativa como uma associação de pessoas que se uniram voluntariamente para realizar objetivo comum, por meio da formação de uma organização administrada e controlada democraticamente, realizando contribuições eqüitativas para o capital necessário e aceitando assumir de forma igualitária os riscos e benefícios do empreendimento no qual os sócios participam ativamente (Rech, 1995).

Rech (1995) considera que a cooperativa é caracterizada por possuir dupla natureza, partindo do fato da mesma ser simultaneamente uma “entidade social” (um grupo organizado de pessoas) e uma “unidade econômica” (uma empresa financiada, administrada e controlada comunitariamente), usada pelos associados como meio para prover bens e serviços de que necessitam e que não conseguem obter individualmente em condições semelhantes. Trata-se de uma sociedade de pessoas que tem o objetivo de se dedicar a atividades econômicas.

As cooperativas representaram, num determinado momento da história da sociedade, um avanço significativo na luta por melhores condições de trabalho e de vida, além de uma inovadora proposta de organização (Naves, 1999).

Mesmo com a evolução do cooperativismo, observa-se que há idéias, apontadas por Pinho (1977), que fazem parte do processo histórico de formação do cooperativismo e contidas em seus instrumentos normalizadores, podendo ser assim resumidas:

- a) *cooperação*, que é a reunião de forças dos trabalhadores para o alcance de objetivos comuns, implicando a solidariedade social, em oposição à concorrência;
- b) *organização do trabalho* como forma de melhoria do padrão de vida dos trabalhadores e sua emancipação;
- c) *livre iniciativa* dos interessados, diferentemente da filantropia e do paternalismo estatal;
- d) *prestação de serviços sem interesse exclusivo de lucro* ou associação dos trabalhadores para a prestação de serviços, sem interesse lucrativo;
- e) *o capital é apenas um meio* para realização dos fins da instituição;
- f) *a cooperativa é uma forma de economia coletiva* na qual as fundações econômicas totais ou parciais dos associados ficam sob responsabilidade da cooperativa;
- g) *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;
- h) *a continuidade da instituição*, cujo capital acumulado no decorrer dos anos é um fundo coletivo que tem como finalidade desenvolver a organização dos trabalhadores;
- i) *a reforma social* por meio de associações de trabalhadores, mas que acontece de forma gradual e pacífica.

A origem do cooperativismo reside na revolução industrial do século XVIII, que trouxe consequências 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 alterar a forma

de produção que geralmente acontecia, até então, em família. A sobrevivência dos trabalhadores ficou assim comprometida (Carneiro, 1981).

Diante de tal situação, 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 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).

Em 11 de agosto de 1844, 27 tecelões e uma tecelã fundaram a Sociedade dos Equitáveis de Rochdale, que buscava, na realidade, 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 propiciou o nascimento da Cooperativa de Rochdale. A consolidação dessa cooperativa influenciou os padrões econômicos da época e foi o marco inicial do movimento cooperativista mundial (Pinho, 1977; Carneiro, 1981).

O cooperativismo evoluiu e conquistou espaço próprio, sendo considerado o mais importante movimento sócio-econômico do mundo. No entanto, 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, são divergentes das 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 como associado (Dias, 2000).

Rech (1995), nesse sentido, afirma que a cooperativa, apesar de ser tipicamente uma sociedade civil, por não se dedicar ao comércio como um fim e por não visar o lucro nas suas operações, situa-se, por ter capital social e por realizar atividades comerciais, num quase meio-termo entre as sociedades civis e comerciais.

Dias (2000) afirma que 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, controle e processo decisório e relações entre as pessoas dentro da estrutura organizacional.

No que refere à gestão organizacional, 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).

Entretanto, as cooperativas, ao passar de uma iniciativa isolada de operários e trabalhadores para uma ampla doutrina que se espalhou da Europa para todos os continentes, fizeram com que o movimento cooperativista se desconfigurasse em relação à proposta original (Naves, 1999).

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 mundial.

Em 1937, a AIC fixou os princípios do cooperativismo, no XV Congresso da entidade, realizado em Paris, buscando, por meio deles, regular o funcionamento das cooperativas. Tais princípios eram: livre acesso e adesão voluntária, distribuição do excedente em proporção às operações com seus membros, juros limitados ao capital, neutralidade política, religiosa e racial, venda à vista, e desenvolvimento da educação dos membros mediante a constituição de um fundo (Carneiro, 1981; Rech, 1995).

Em 1963, a ACI 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: adesão livre, gestão democrática, ou seja, controle, organização e gestão democrática, juros limitados sobre o capital, retorno das sobras, desenvolvimento da educação e colaboração intercooperativa, em âmbito local, nacional e internacional (Carneiro, 1981).

No ano de 1995, em um congresso festivo dos 100 anos da ACI, foram debatidas questões relativas ao fortalecimento da prática cooperativistas mundial e aprovadas as linhas orientadoras da prática cooperativista (OCESP, 2004) atualmente em vigor, quais sejam:

*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 cooperados, 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 detêm 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.

Além destes, Rech (1995) considera o princípio da aspiração de conquista ou expansão constante por meio de suas operações econômicas de serviços para os sócios e a comunidade.

As cooperativas são classificadas da seguinte forma: singulares (são aquelas que prestam qualquer tipo de serviço), as centrais ou federações (envolvem três ou mais singulares) e as confederações (envolvem três ou mais centrais).

Em âmbito mundial, as cooperativas são representadas pela Aliança Cooperativa Internacional (ACI) (Genebra, Suíça), seguidas pela Organização das Cooperativas das Américas (OCA) (Bogotá, Colômbia) e Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB). No Brasil, no estado de Minas Gerais a Organização das Cooperativas do Estado de Minas Gerais (OCEMG), seguida pelas centrais, federações e singulares.

O movimento cooperativista brasileiro iniciou-se em 1847. Atualmente, o sistema cooperativista brasileiro é representado pela OCB, fundada no dia 02 de dezembro de 1969. Em 2002, a entidade congregava 27 organizações cooperativas estaduais, 13 confederações, 76 federações, 81 cooperativas centrais, 7549 cooperativas singulares e mais de 5 milhões de cooperados.

Das 6.094 cooperativas filiadas a OCB, 3.340 foram fundadas na década de 1990, 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.

Em dezembro de 2002, o ramo chamado de trabalho era o que concentrava o maior número de cooperativas no país. Em seguida, estava o ramo agropecuário, o de crédito em terceiro lugar e o ramo de saúde, ocupando o 4º lugar. Salienta-se que, dos doze ramos do cooperativismo brasileiro, quatro ramos concentravam a maior parte das cooperativas existentes.

Convém ressaltar que as cooperativas médicas brasileiras estão, desde 1995, 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.

#### **4.4.2.2 O cooperativismo médico**

As cooperativas médicas brasileiras têm sido historicamente consideradas como formas de cooperativismo de trabalho nos diversos estudos relacionados ao cooperativismo. Atualmente, a OCB e a 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. Diante de tal classificação, abordar-se-á o cooperativismo de trabalho para, em seguida, se analisar o cooperativismo médico no qual está inserido.

Tradicionalmente, as cooperativas são classificadas quanto à natureza, quanto à variedade de funções e quanto ao nível de organização (Rech, 1995). As cooperativas de trabalho, para este autor, são as que agrupam sócios com uma mesma profissão e que organizam e vendem em comum o seu trabalho, buscando fontes de ocupação estáveis e mais compensadoras.

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, sinônimo, pois servem para identificar o mesmo tipo de sociedade, ou seja, a sociedade cooperativa.

A diferença entre estas terminologias é o tipo de trabalhador que se associa para fundar a cooperativa. Carneiro (1981) lembra que, no

cooperativismo, a terminologia em si não é o mais importante e, sim, a concepção. Essa organização social pauta-se 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.

Dentre estas denominações, há a terminologia de “*cooperativas de trabalho propriamente ditas*”, que são aquelas em que um grupo de trabalhadores associados contratam serviços com outras empresas ou com terceiros. As UnimedS enquadram-se aqui (Rech, 1995).

Quando se usa a terminologia de prestação de serviços, Franke (1983), *apud* Rech (1995), considera que a cooperativa de prestação de serviços profissionais visa contratar esses serviços impessoalmente, distribuindo-os equitativamente a seus associados para a execução individual, assegurando assim uniformidade de trabalho e remuneração.

Para Pinho (1984), as cooperativas de trabalho são organizações de pessoas físicas, reunidas para o exercício profissional comum, em regime de autogestão democrática e livre adesão. Elas têm 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.

O dilema central da cooperativa de trabalho é a discussão sobre a medição do trabalho dos seus sócios. No caso de atividades específicas, a remuneração tem sido feita de acordo com o cumprimento do trabalho; mas, quando o trabalho é comum a diversas pessoas, sempre existe a dificuldade em saber definir a equiparação ou a diferenciação do volume de trabalho para fins de remuneração. Somente uma discussão democrática permanente e um alto grau de consistência cooperativa poderão superar esta situação (Rech, 1995).

De acordo com a Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo (OCESP, 2004), 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.

A história do cooperativismo de trabalho é de origem francesa, 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 1970, com a queda no ritmo de crescimento econômico, portanto, em um contexto que apresentava aumento da taxa de desemprego, agravamento do problema do subemprego 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) 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. Esta autora aponta as “cooperativas de prestação de serviços médicos e hospitalares”, no caso a Unimed, como exemplo das primeiras cooperativas de trabalho fundadas no país.

O recente ressurgimento e a expansão das cooperativas de trabalho podem impulsionar também o debate teórico sobre o cooperativismo de trabalho médico, seja como alternativa para os trabalhadores em face do desemprego ou atrelado a questões conceituais, legais, fiscais e culturais (Carneiro, 1981; Pinho, 1981; Queiroz, 1998; Dias, 2000; OCESP, 2004).

O cooperativismo de trabalho no estado de Minas Gerais é bastante expressivo, o que confirma o interesse particular do presente estudo. O cooperativismo mineiro fechou o ano de 2003 com 59 novas cooperativas registradas na OCEMG, que contavam com 778 cooperativas associadas em janeiro de 2004. O desempenho trouxe para o sistema cerca de 11 mil novos cooperados e o ramo que mais cresceu, pelo quarto ano consecutivo, foi o de trabalho, com 18 novas cooperativas (OCEMG, 2004).

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 1970, 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 (2004), o exemplo mais vigoroso dentre esses segmentos é o cooperativismo dos médicos, organizado no sistema Unimed, que será descrito a seguir.

#### **4.4.2.3 Cooperativismo médico – a Unimed do Brasil**

Com a expansão do cooperativismo de trabalho, o cooperativismo médico foi considerado como o 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-empresas com a Previdência Social.

A região da Baixada Santista experimentava, na década de 1960, 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.

Para atender a esse interesse, 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 ambulatorios, utilizando o trabalho de médicos assalariados. A Unimed, com uma proposta diferente, se propunha a oferecer atendimento personalizado, em consultório particular. De acordo com 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 e b) 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).

Tratam-se de idéias básicas que têm orientado a fundação das cooperativas médicas brasileiras, sob a ótica do médico Edmundo Castilho, responsável por conceber e 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.

Os órgãos oficiais da época 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, que era 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 (Viveiros, 1999).

No que tange às questões internas, foi após a implantação da cooperativa que surgiram as maiores dificuldades: *a inexperience cooperativista e administrativa dos médicos* (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.

Edmundo Castilho defendia que a sistematização e a padronização do nome e estatuto das cooperativas eram fundamentais. 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 em âmbito 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 (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, incorporaram-se ao sistema. As cooperativas Unimed se disseminaram no Brasil, consolidando o sistema em âmbito nacional.

As Unimeds foram fundadas sob a égide dos princípios cooperativistas de Rochdale. No Brasil, elas têm sido uma tentativa de reverter o quadro de proletarianização 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, 2004).

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. Esse complexo é constituído por todas as cooperativas de trabalho médico, Unimeds e diversas empresas criadas com a finalidade de oferecer suporte a elas: as cooperativas de crédito – Unicreds 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, 2004).

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, 2004).

Cada cooperativa de trabalho médico Unimed é autônoma, mas há o intercâmbio de clientes entre as diversas singulares que compõem o sistema. Cada uma é *singular* e, sendo assim, as Unimeds não são filiais de uma grande empresa mas sim *afiliadas* a um sistema nacional, o Sistema Unimed (UNIMED, 2004).

Unimed é a marca do sistema. Esta marca tem se mostrado como um importante diferencial de mercado para as cooperativas médicas, pois 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 2003, pela décima vez consecutiva (UNIMED, 2004).

As cooperativas médicas brasileiras estão sendo fundadas, até o presente momento, com base na Lei n. 5.764/71, 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 1990.

O setor de saúde suplementar reúne mais de 2000 empresas operadoras de planos de saúde, milhares de médicos, dentistas e outros profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas. Toda essa rede prestadora de serviços de saúde atende a mais de 37 milhões de consumidores que utilizam planos privados de assistência à saúde para realizar consultas, exames ou internações (ANS, 2004).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, que trabalha para promover o

equilíbrio nas relações entre esses segmentos para construir, em parceria com a sociedade, um mercado sólido, equilibrado e socialmente justo (ANS, 2004).

Condicionada no texto constitucional a uma estrita regulação do Estado, a participação da iniciativa privada no sistema de saúde brasileiro envolveu 10 anos de negociações no Congresso Nacional até ser definida em lei. A Lei 9.656/98, portanto, é o resultado dessas discussões que se iniciaram no Legislativo após a promulgação da Constituição Federal. Vale destacar que a sua aprovação no Senado somente foi possível pela introdução de determinadas alterações no enunciado legal por meio de medida provisória (MP), solução política adotada (com a concordância dos atores sociais envolvidos) para evitar que o setor permanecesse operando sem regras por mais tempo.

Como marco legal do processo de regulação, portanto, entende-se o conjunto formado pela Lei 9.656/98 e a MP, que, à época, tomou a numeração 1.665. Esta MP, republicada várias vezes, leva atualmente o número 2177-44. Ao conjunto Lei + MP foi acrescida, em janeiro de 2000, a Lei 9961, que criou a ANS e lhe deu as atribuições de regulação do setor.

As regras que orientam o funcionamento do setor (que surgiu em meados dos anos 1960 e se expandiu significativamente nos anos 1980) estão definidas na Lei 9.656/98 e na MP 2.177-44 atualmente em vigor. De forma complementar à legislação setorial, outras normas foram fixadas pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e pela ANS. O texto legal estabeleceu critérios para entrada, funcionamento e saída de operação de empresas no setor, discriminou os padrões de cobertura e de qualidade da assistência e transferiu para o Poder Executivo Federal a responsabilidade pela regulação da atividade econômica das operadoras e da assistência à saúde por elas prestada e o dever de fiscalização do cumprimento das normas vigentes.

Em adição, a legislação definiu os atributos essenciais e específicos dos planos de saúde que servem de referência para todos os contratos que venham a

ser celebrados. Citado expressamente na Lei 9.656/98, o Plano Referência é o modelo mínimo de cobertura a ser oferecida pelos planos de saúde em comercialização.

O setor de planos de saúde vive assim, uma densa transformação desde o início da vigência da Lei 9.656/98. A partir de janeiro de 1999, as operadoras que desejam atuar no setor têm que obter na ANS um registro provisório de funcionamento. Da mesma forma, cada plano de saúde, para ser comercializado, precisa estar registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Os planos privados de assistência à saúde oferecidos pelas operadoras seguem as diretrizes estabelecidas na Lei 9.656/98. Determinadas características, como a modalidade da contratação, a data da assinatura, a cobertura assistencial e a abrangência geográfica, submetem os contratos de forma diferenciada à legislação:

- *Planos quanto à forma de contratação:* A Lei reconhece a diferença entre os contratos negociados exclusivamente por um indivíduo para si e para a sua família e aqueles negociados para grupos maiores de pessoas. Assim, há os *contratos individuais ou familiares e os coletivos*. As formas de *contratação individual ou familiar* baseia-se no contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora de plano de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar). Já a *contratação coletiva com patrocinador* refere-se aos planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade total ou parcialmente paga à operadora pela pessoa jurídica contratante. Inclui também os contratos mantidos por autogestão em que o beneficiário paga parcialmente a mensalidade. O *coletivo sem patrocinador* é o plano contratado por pessoa jurídica com

mensalidade integralmente paga pelo beneficiário diretamente à operadora.

- *Planos quanto à data de assinatura:* têm-se os contratos novos e os adaptados. *Contrato novo* é o contrato celebrado depois da vigência da Lei 9.656/98. Todos os contratos celebrados a partir de 1º de janeiro de 1999 têm que ter registro na ANS e estão totalmente sujeitos à nova legislação. *Contrato adaptado* é o contrato antigo adaptado às normas estabelecidas na lei 9.656/98. O contrato adaptado tem que ter registro na ANS e está totalmente submetido à nova legislação. São contratos antigos os contratos celebrados antes da vigência da Lei 9.656/98 que não foram adaptados às novas regras estabelecidas. Os contratos antigos não podem mais ser comercializados. Eles permanecem válidos apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, mas são intransferíveis (sua transferência é vedada a terceiros sob qualquer pretexto) e suas condições são garantidas apenas ao titular e aos dependentes já inscritos. É permitida somente a inclusão de novo cônjuge e filhos.
- *Planos quanto ao tipo de cobertura assistencial:* cobertura assistencial é a denominação dada ao conjunto de direitos (tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e ou odontológicos) a que um usuário faz jus pela contratação de um plano de saúde. Independente da forma de contratação - contrato individual ou coletivo - desde a entrada em vigor da Lei 9.656/98, para evitar futuras negativas de assistência, é obrigatório constar de forma clara no contrato a cobertura assistencial que está sendo oferecida. De acordo com a legislação, um plano de saúde pode oferecer dois tipos de cobertura: a *cobertura integral do plano*

*referência* ou a *cobertura integral por segmento* (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia ou odontológico). A lei não impede, contudo, a comercialização de planos com coberturas e características superiores às do Plano Referência, como aqueles com diferentes condições de acomodação ou com cobertura para procedimentos não obrigatórios como, por exemplo, as cirurgias estéticas.

- *Planos quanto à abrangência geográfica:* o termo cobertura também é utilizado para especificar a abrangência geográfica em que o beneficiário poderá ser atendido. A cobertura geográfica - que deve ser especificada no contrato - pode alcançar *um município* (abrangência municipal), *um conjunto de municípios*, *um estado* (cobertura estadual), *um conjunto de estados* ou *todo o país*, a chamada cobertura nacional.
- *Planos quanto à organização da rede de serviços:* o plano de saúde também é diferenciado pela forma de organização da rede de serviços que deve garantir a cobertura assistencial contratada. A organização não altera o tipo de contratação nem o tipo de cobertura. A modalidade apenas define como se organiza a rede de serviços que deve garantir ao consumidor - individual ou coletivo - a cobertura assistencial contratada.

As operadoras também estão impedidas de recorrer à concordata e de seus credores pedirem a sua falência. Agora, uma operadora só pode ser liquidada a pedido da ANS, fórmula encontrada para assegurar os direitos dos consumidores.

Operadoras de Planos de Assistência à Saúde são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde. Com base nas informações

recolhidas no setor, a ANS definiu oito modalidades de operadoras. São elas: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões (patrocinadas e não patrocinadas), seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo.

Na cooperativa de trabalho médico, Franke (1983), *apud* Rech (1995), afirma que o negócio interno (ato cooperativo) se configura quando a cooperativa da ciência aos médicos, seus associados, do contrato de assistência médica que ela tenha realizado com determinada empresa, pondo à disposição das pessoas, por estas indicadas, os serviços profissionais dos seus cooperados. (...) A relação jurídica, de natureza estatutária, que se estabelece entre a cooperativa e o médico-associado, forma o conteúdo de um negócio interno (ato cooperativo) que tem como partes, de um lado a cooperativa e, do outro, o médico cooperado, estatutariamente obrigado a prestar os seus serviços profissionais nas condições contratadas pela cooperativa. Não se pode negar, por outro lado, o caráter de negócio jurídico interno e, conseqüentemente, de ato cooperativo, a entrega que a cooperativa faz ao médico associado da remuneração do seu trabalho, quer antecipadamente, mediante a entrega de um valor mensal aleatório, quer, no final do exercício, através da devolução proporcional das sobras liquidas apuradas em balanço.

No que se refere ao funcionamento prático das atividades de uma cooperativa de médicos, Bulgarelli (1980), *apud* Rech (1995), considera que, internamente, a cooperativa, ao receber o montante da fatura correspondente aos serviços prestados por seus médicos-associados, após descontar uma porcentagem para a manutenção dos seus serviços (“taxa de custeio”), efetua o pagamento, de acordo com os serviços prestados individualmente. Quando dispõe de recursos e há demora no pagamento dos serviços por parte da empresa-cliente, a cooperativa costuma fazer adiantamentos a seus médicos-associados, por conta dos serviços que estão prestando. Portanto, tudo o que é

recebido das empresas-clientes é repassado aos médicos-associados, retendo a cooperativa apenas uma porcentagem para a manutenção dos seus serviços e funcionários e para reservas de natureza legal ou estatutária.

As cooperativas médicas Unimed representam a maior rede de assistência médica do país, com 98 mil médicos cooperados, 11,7 milhões de usuários e 25% do mercado de saúde brasileiro, utilizando rede de recursos próprios e serviços credenciados. A Unimed está presente em quase 80% do território brasileiro (UNIMED, 2004). Estes dados confirmam que as cooperativas médicas cresceram seguindo a tendência do segmento de assistência médica suplementar como um todo.

Para Andreazzi (1991), 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. De acordo com Bahia (1999), uma das razões para as Unimeds 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.

A Federação das Unimeds 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, 2004).

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 (UNIMEDMG, 2004).

No estado de Minas Gerais, em julho de 2002, o Sistema Unimed congregava 62 cooperativas singulares e 13 mil médicos cooperados. Oferecia assistência médica a mais de 1.600.000 usuários. Além das Unimeds 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 (UNIMEDMG, 2004).

Minas Gerais contava, no ano de 2001, com 17.866.402 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 (CFM, 2004).

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.

Benato (1994) ressalta que a cooperativa é uma sociedade ao mesmo tempo letárgica e dinâmica. Letárgica no sentido de não ser um sistema imediatista, visando a lucros e sim satisfação de suas necessidades. É uma sociedade que se projeta no futuro, alicerçada no desejo, na aspiração e na

necessidade de seus sócios. Ela evolui não apenas em função do fator de mercado e do resultado, mas sim e principalmente em função de sua própria sociedade.

Nesse sentido, Antonello (1995) afirma que as cooperativas necessitam definir-se como empresas competitivas, cujo empenho se volta para a obtenção de padrões de qualidade e produtividade, desenvolvendo, caracteristicamente, formas racionais e burocráticas de administrar, as quais poderiam causar o afastamento dos associados, permitindo a corrupção a trazendo à tona a baixa qualificação administrativa de seus dirigentes.

Para as organizações que atuam no setor de serviços, manter-se competitivas é fundamental. Porém, as cooperativas, de maneira geral, têm enfrentado dificuldades de sobrevivência relacionadas, entre outros fatores, à inadequação das práticas de gestão às exigências do mercado competitivo.

Lamming (1973), nesta mesma direção, aponta a necessidade de as cooperativas adotarem as práticas de administração que as modernas empresas utilizam por toda a parte e de adaptá-las às suas exigências particulares, é reforçada pelo fato de a natureza do contexto econômico geral estar mudando.

As cooperativas, tal como as empresas familiares, as empresas multinacionais, as empresas governamentais e as micro e pequenas empresas, apresentam determinadas características administrativas e de negócios próprios (Oliveira, 2001). Para este autor, duas premissas básicas devem conduzir a gestão de uma cooperativa:

- *melhoria dos negócios atuais para consolidar vantagem competitiva real, sustentada e duradoura para a cooperativa; e*
- *desenvolvimento de novos negócios para perpetuar a posição competitiva da cooperativa.*

Oliveira (2001) ressalta, ainda, que, diante do cenário de constante mutação do mercado e das cooperativas, a administração deve ser,

sistematicamente, repensada para quebrar os paradigmas e consolidar novos modelos de gestão que conduzem a evolução do pensamento administrativo dos executivos e profissionais das cooperativas, o desenvolvimento de metodologias e técnicas administrativas que proporcionem sustentação a esse processo de mudança evolutiva e o fechamento desse processo em um otimizado modelo de gestão para as cooperativas. Contudo, aspectos básicos do modelo cooperativista devem ser respeitados, como a educação cooperativista (consolidada pela perfeita interação cooperado X cooperativa), a cultura cooperativista (consolidada pela vontade de trabalhar em conjunto), a democracia cooperativista (consolidada pela igualdade de direitos e deveres de todos os cooperados) e o empreendimento cooperativista (consolidado pela verdade de que, se a competitividade é inevitável, a cooperação é essencial).

Considerando aspectos estratégicos, organizacionais, diretivos e de avaliação, Oliveira (2001) identificou as tendências que o cooperativismo vem assumindo:

- a) incremento do nível de cooperação entre pessoas, grupos, atividades, religiões;
- b) ampliação e fortalecimento do nível de concorrência entre as empresas e as cooperativas, enfatizado pela criação de vantagens competitivas reais, sustentadas e duradouras;
- c) estruturas organizacionais cada vez mais enxutas, tendo em vista efetivar processos decisórios ágeis e com preços competitivos dos produtos e serviços oferecidos aos cooperados e ao mercado em geral;
- d) evidência no princípio de *ser maior não é o melhor*;
- e) aumento de fusões entre cooperativas;
- f) redirecionamento da estrutura de poder;
- g) qualidade total como premissa e não como objetivo a ser alcançado;

- h) aceleração da evolução tecnológica, consolidando uma situação na qual quem não acompanhar vai *ficar fora* desse emergente cenário cooperativista e empresarial;
- i) redução do ciclo de vida dos produtos e negócios, resultante, principalmente, da acelerada evolução tecnológica e do crescimento do nível de exigência dos clientes, quer sejam ou não cooperados;
- j) redução do nível de desperdício das cooperativas;
- k) globalização das atividades das cooperativas;
- l) atuação no novo contexto ecológico; /
- m) profissionalização de cooperados e cooperativas.

Assim, o desafio das estruturas cooperativas modernas é o de manter seu papel de sistema produtivo centrado no homem e, ao mesmo tempo, desenvolver uma organização capaz de competir com empresas de outras naturezas com orientação para o mercado (Bialoskorski Neto & Zylbersztajn, 1994) e conduzindo estrategicamente suas ações.

## **5 METODOLOGIA**

Com base na estratégia organizacional, na importância do setor de serviços na economia mundial e nacional, na carência de utilização de instrumentos administrativos que facilitem a otimização da gestão de cooperativas e na competitividade, optou-se por uma pesquisa de cunho qualitativo.

### **5.1 A opção pela pesquisa qualitativa**

Selltiz (1974) considera o método científico de pesquisa um conjunto de passos específica e claramente determinados para a obtenção de um conhecimento. A administração faz parte da área social e as pesquisas desenvolvidas são sobre o conhecimento prático. Assim, a pesquisa em administração, para Campomar (1991), pode ser chamada de pesquisa social empírica.

De acordo com Mattar (1997), uma das classificações de pesquisa é quanto à natureza das variáveis pesquisadas, que podem ser quantitativas e qualitativas.

Para Godoy (1995a), nestas abordagens (quantitativa e qualitativa), embora a pesquisa se caracterize como um esforço cuidadoso para a descoberta de novas informações ou relações e para a verificação e ampliação do conhecimento existente, o caminho seguido nesta busca pode possuir contornos diferentes.

O uso dos métodos qualitativos tem crescido em importância nas pesquisas acadêmicas em administração. A linha de pesquisa qualitativa aborda aspectos teóricos e metodológicos, dando importante contribuição à investigação das questões pertinentes à área da administração.

Godoy (1995a) comenta que a pesquisa qualitativa não procura enumerar e ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Ela parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve, envolvendo a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo. Nesta abordagem valoriza-se o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e com a situação que está sendo estudada.

Assim, um fenômeno pode ser mais bem compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, o pesquisador vai a campo, buscando “captar” o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno (Godoy, 1995a).

Após a definição destes parâmetros para a condução da presente pesquisa, em função da questão de estudo e do tema escolhido, o estudo de caso foi considerado o método mais apropriado para desenvolvê-la. A escolha se justifica pela possibilidade de trabalhar várias dimensões da situação, implicando um aprofundamento da análise (Yin, 2001).

Godoy (1995b) acrescenta que o estudo de caso possibilita um maior conhecimento do problema vivenciado porque identifica as percepções sobre os clientes e seus comportamentos, gerentes e supervisores.

De acordo com Yin (1990), o estudo de caso é considerado um método de pesquisa social empírica. É uma forma de se fazer pesquisa social empírica ao investigar um fenômeno atual dentro de seu contexto de vida-real, em que as fronteiras entre fenômeno e contexto não são claramente definidas e na situação em que múltiplas fontes de evidências são usadas.

Para Boyd & Stasch (1985), o estudo de casos envolve a análise intensiva de um número relativamente pequeno de situações e, às vezes, o número de casos estudados reduz-se a um. É dada ênfase à completa descrição e ao entendimento do relacionamento dos fatores de cada situação, não importando os números envolvidos.

O método de estudo de caso apresenta como principal vantagem a viabilidade de se compreender de forma profunda o fenômeno como um todo (Grenwood, 1973), conforme se busca nesta pesquisa. Contudo, Yin (2001) chama a atenção para limitações deste método, destacando, dentre estas, a dificuldade ou mesmo a impossibilidade de se fazer generalizações a partir do caso estudado, na medida em que a unidade pesquisada pode não ser representativa do universo total.

Para Campomar (1991), o método de estudo de caso é uma estratégia de pesquisa relevante para muitas situações, não em detrimento de métodos quantitativos que, muitas vezes, são indicados como único caminho, mas como alternativa útil e firme a ser usada em problemas específicos.

Diante do que foi exposto, afirma-se que o presente trabalho enquadra-se em uma seqüência circular de pesquisa. Neste processo, a investigação se inicia com um problema de pesquisa e com a identificação de um paradigma teórico que fornece os fundamentos para a formulação de questões que podem assumir características de hipóteses. A coleta de informações, o local do estudo, as estratégias de pesquisa são totalmente planejadas. Em sua fase preparatória, culmina com a elaboração do projeto, seguida do trabalho de campo, análise das informações e redação do relatório (Alencar, 2000). A seqüência circular de pesquisa pode ser visualizada na Figura 1.

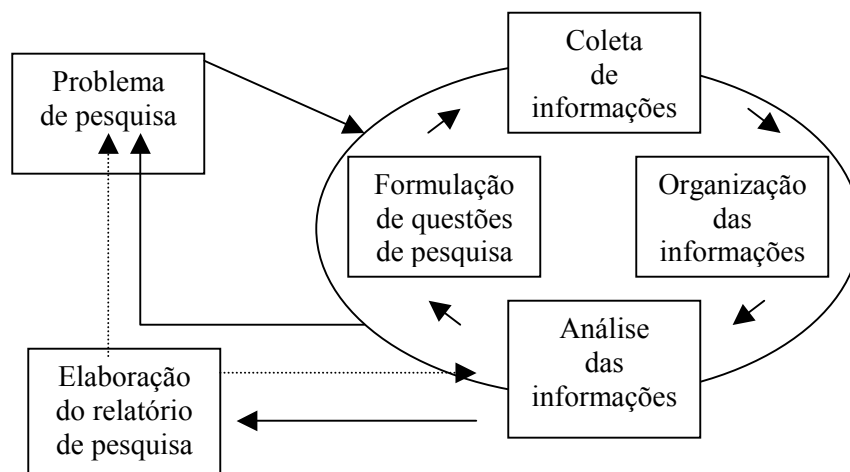


FIGURA 1. Sequência circular de pesquisa em ciências sociais  
 Fonte: Alencar (2000) adaptado do esquema de Spradley (1980:29)

## 5.2 O uso da técnica quantitativa

O método quantitativo é, ao lado do método qualitativo, um método utilizado para abordar a realidade empírica.

Sampson (1991) ressalta que a pesquisa quantitativa é considerada com base em grande número de pessoas, usualmente membros de alguma seleção cuidadosamente desenhada que é representativa de uma grande população. Os dados obtidos são quantificados sobre alguma base para indicar os números e proporções de membros que são colocados em diferentes categorias.

Nesse sentido, para analisar a relação cooperativa-cooperado e cooperativa-prestadores de serviços credenciados, optou-se pelo uso da técnica quantitativa.

Para Vergara (2000), a escolha do método e das técnicas deve ser direcionada por vários elementos, entre eles, a natureza do objeto, as questões e objetivos da pesquisa, os recursos disponíveis, o nível de abrangência

pretendido, e, até mesmo, as inclinações ou preferências dos pesquisadores. Nesta linha de pensamento, Giddens (1989) afirma que não faz sentido estabelecer uma oposição e nem mesmo uma distinção muito nítida entre métodos quantitativos e qualitativos.

No entanto, o melhor método para se determinar, com um nível conhecido de exatidão, informações sobre grandes populações é a pesquisa por amostragem. As informações requeridas pela pesquisa podem ser: descritivas (fornecem informações importantes que capacitam o pesquisador a entender melhor a população representada pela amostra), comportamentais (verificar padrões de comportamento dos entrevistados) e preferenciais (buscar opiniões a respeito de uma variedade de condições e circunstâncias para realizar prognósticos orientados para o futuro). Geralmente, a investigação científica comporta todas estas categorias de informações para que se possa entender plenamente as complexidades diferenciais da população da qual foi extraída uma amostra (Rea & Parker, 2000).

A maior vantagem da pesquisa por amostragem é a capacidade para generalizar a respeito de uma população inteira, extraíndo-se inferências com base em dados obtidos de uma pequena parcela. Além de generalizar a respeito de fatores não-humanos e de ter um custo muito inferior ao de pesquisar toda a população, é um método razoavelmente preciso de coleta de dados (Rea & Parker, 2000).

Com ênfase à relação cooperativa-cooperado, optou-se por uma amostra probabilística, que é composta a partir de uma escolha ao acaso, tendo todos os elementos da população uma chance real e conhecida de serem selecionados (Laville & Dionne, 1999). Especificamente, optou-se por uma amostra aleatória simples, na qual todos os elementos têm a mesma oportunidade de ser selecionados.

Quanto à relação cooperativa-prestadores de serviços credenciados, utilizou-se de uma amostragem não-probabilística. Trata-se da amostra baseada no julgamento pessoal do pesquisador e não na chance de selecionar os elementos amostrais. De maneira específica, adotou-se a amostragem por julgamento, que é uma forma de amostragem por conveniência em que os elementos da população são selecionados com base no julgamento do pesquisador, que escolhe os elementos representativos da população de interesse, ou apropriados por algum outro motivo.

### **5.3 O campo de estudo e o objeto de pesquisa**

A definição do objeto de pesquisa ocorreu a partir do conhecimento prévio, adquirido após várias idas a campo, durante a elaboração do projeto de dissertação, da importância do setor de serviços e da dificuldade de gestão apresentada por certas cooperativas. Diante do exposto, optou-se por considerar como universo da presente pesquisa as organizações que compõem o segmento de assistência médica suplementar.

Considerando as organizações que compõem o segmento de assistência médica suplementar, optou-se pela escolha de uma Cooperativa de Trabalho Médico Unimed, em virtude: a) da modalidade ser composta por organizações cooperativas; b) da modalidade ser composta por organizações prestadoras de serviços; c) da modalidade ser o segundo tipo que surgiu no Brasil, atuando, portanto, há mais de 30 anos; d) das cooperativas médicas estarem presente na maioria dos estados e regiões brasileiras e e) por fim, pelo fato da Unimed ser o exemplo mais expressivo do cooperativismo médico brasileiro.

Em razão destes argumentos, a organização escolhida foi uma cooperativa médica Unimed pertencente à região sudeste do Brasil, região que

comporta o maior número de cooperativas. Especificamente, está localizada em um município do sul de Minas Gerais o que facilitaria o acesso da pesquisadora.

Feita tal escolha, iniciou-se o trabalho de conseguir autorização da organização para a realização do estudo. Em outubro de 2003, foi feito, por indicação, o primeiro contato pessoal com uma das diretoras da cooperativa médica selecionada, que será denominada aqui como Unimed-Beta, com o intuito de preservar o anonimato da organização pesquisada, bem como dos indivíduos que foram entrevistados. Convém ressaltar que, na ocasião, foi exposto o estudo pretendido e confirmada posterior e informalmente, a autorização para a realização da pesquisa.

Durante a participação da autora em uma assembléia realizada no início de dezembro de 2003, novamente foi feita uma breve exposição do estudo pretendido, tendo os presentes reconhecido a sua importância para a organização. Foi confirmado formalmente o início da realização da pesquisa de campo a partir de março de 2004 até o momento em que os dados forem totalmente coletados.

A autora inseriu-se na organização pesquisada por três semanas consecutivas, durante o mês de março de 2004, com o intuito de conhecer os setores e o funcionamento geral da Unimed-Beta. Diante desse contato, pode-se escolher os funcionários que melhor poderiam contribuir com informações por meio das entrevistas, ter acessos aos nomes dos cooperados e prestadores de serviços credenciados e, finalmente, elaborar os questionários de pesquisa, de acordo com seus objetivos e bases teóricas.

#### **5.4 A coleta dos dados**

Em um primeiro momento, buscaram-se dados já existentes e sistematizados que poderiam contribuir para a pesquisa.

De maneira geral, foram coletados dados já disponíveis (dados secundários) em documentações mantidas pela cooperativa objeto do estudo, como o Estatuto Social (agosto de 2003), o Regimento Interno (dezembro de 1999), o Organograma (referente à época da pesquisa), Cartilhas, o Guia Médico (2003/2004) e resultados de pesquisa feito com usuários e cooperados. Por meio de entrevistas informais, também foram levantados dados significativos junto aos funcionários e cooperados, que propiciaram o maior conhecimento diante dos recursos da organização.

Posteriormente, diante dos objetivos da pesquisa, foram coletados dados primários por meio de dois instrumentos de pesquisa: entrevistas e observação não-participante.

A entrevista é o método de coleta de informações mais utilizado nas pesquisas sociais. Pode ser realizada por contato face a face, telefone ou por questionário enviado pelo correio (Alencar, 2000).

O pesquisador utiliza um questionário ou um roteiro para a realização de uma entrevista, que são planejados e elaborados tendo em vista o problema de pesquisa, o objetivo do estudo, o referencial teórico, as hipóteses ou as questões norteadoras (Alencar, 2000).

Buscou-se, assim, por meio de um roteiro semi-estruturado de entrevista, ou seja, formado por questões abertas (ANEXO A) explicar o posicionamento estratégico da cooperativa mediante a aplicação de seus recursos para se manter competitiva no mercado. Para tal, entrevistou-se a Gerente Geral da Unimed-Beta, em julho de 2004. As questões do roteiro foram adaptadas de Giansesi e Corrêa (1994, p. 109).

Também foram utilizados três questionários mistos, aquele que contém questões estruturadas (fechadas) e semi-estruturadas (abertas), para a entrevista com os cooperados (ANEXO B), prestadores de serviços credenciados

(ANEXO C) e com a Gerente Geral, o Diretor-Presidente e a Assessora da Diretoria da Unimed-Beta (ANEXO D).

Os questionários aplicados, tanto para os cooperados como para os prestadores de serviços credenciados, tiveram a mesma estrutura de análise, sendo adaptados de Ávila (2001) e de pesquisas internas feitas pela Unimed-Beta junto aos usuários e cooperados. Nas questões fechadas, a estrutura da análise foi dividida com vistas a analisar a satisfação do cooperado ou prestador de serviços credenciado com a cooperativa (Unimed-Beta). Já as questões abertas visaram obter informações e conhecer opiniões com relação aos recursos e à prestação de serviços em si, já que, como será demonstrado no próximo capítulo, a Unimed-Beta presta serviços por meio dos cooperados e dos prestadores de serviços credenciados. Tais questões foram adaptadas de Giancesi e Corrêa (1994).

Quanto ao número de entrevistados, utilizou-se uma amostra probabilística com relação aos cooperados. Na época da pesquisa, a Unimed-Beta contava com 152 cooperados. Para ser representativa, a amostra deveria ser formada por 48 cooperados. Para chegar a este número, utilizou-se a seguinte fórmula de Mattar (1997), apropriada para população com menos de 10.000 elementos:

$$\partial p = \sqrt{\frac{p * q}{n} * Z \frac{\alpha}{2} * \frac{N - n}{N - 1}}$$

em que:  $\partial$  = erro de 9,8 %

p e q = proporção amostral

N = população (152 cooperados)

n = tamanho da amostra

Intervalo de confiança: 90 %

$Z_{\alpha/2}$  (distribuição normal) = 1,64

A pesquisadora foi informada desde o início sobre a dificuldade de acesso a certos cooperados. Foram procurados 69 cooperados, dos quais 21 não quiseram/puderam responder ou responderam de forma incompleta e 48 responderam. Convém ressaltar que parte dos cooperados recebeu uma carta enviada pela Unimed-Beta, esclarecendo sobre a pesquisa em questão. Outra parte foi procurada, na pessoa de suas secretárias, a quem foi feita uma breve exposição da pesquisa (inclusive, com a carta que foi enviada pela Unimed-Beta em mãos) e da necessidade do cooperado em responder o questionário.

Diante disso, a pesquisadora teve um contato face a face com parte dos cooperados e, com o restante, apenas pegou o questionário que foi entregue à secretária do médico, solicitando que ele respondesse. Em relação a esses questionários, foi feita uma leitura prévia das respostas para verificar se as mesmas foram respondidas pelos próprios cooperados.

Quanto ao número de entrevistados dos prestadores de serviços credenciados, utilizou-se uma amostra não-probabilística. Na época da pesquisa, a Unimed-Beta contava com 55 prestadores de serviços credenciados, sendo 8 hospitais, 14 laboratórios e 33 prestadores de serviços de diagnóstico (muitos voltados para o mesmo CNPJ).

Porém, de acordo com entrevista informal com a supervisora do Setor de Faturamento da Unimed-Beta, dentro da área de atuação da cooperativa, principalmente na cidade sede, a cooperativa conta com a atuação maciça de dois hospitais, denominados aqui de Hospital A e Hospital B, dois prestadores de serviços credenciados de exames complementares vinculados ao Hospital A e Hospital B, denominados aqui, de Exames/Hospital A (5 registrados sob o mesmo CNPJ) e Exames/Hospital B (9 registrados sob o mesmo CNPJ), e um

laboratório de análises clínicas. Por julgamento, a pesquisadora, dentro da vertente de prestação de serviços, optou por aqueles mais procurados pelos usuários da Unimed-Beta. Com todos os responsáveis pela prestação de serviço credenciado escolhidos, a pesquisadora teve um contato face a face.

As respostas dos questionários aplicados junto aos cooperados e prestadores de serviços credenciados foram tabuladas e analisadas pela distribuição de frequência das mesmas a partir do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS).

Com relação aos questionários aplicados à Gerente Geral, ao Diretor-Presidente e à Assessora da Diretoria da Unimed-Beta, eles foram elaborados a partir das percepções de autores defensores da Visão Baseada em Recursos (VBR), especificamente através do Quadro 1, intitulado “Tipos de Recursos” apresentado no capítulo de referencial teórico e adaptados dos trabalhos de Furtado (2000) e Harbi (2001) para analisar o processo de gestão estratégica dos serviços da Cooperativa de Trabalho Médico em estudo.

Convém salientar aqui que as entrevistas com os funcionários e prestadores de serviços credenciados foram realizadas no mês de abril. A pesquisa com os cooperados iniciou-se em abril e terminou em julho de 2004.

Além dos questionários, a observação não-participante contribuiu como método para a geração de conhecimento (Alencar, 2000). Stacey (1977) ressalta que, na observação não-participante, inserem-se os estudos em que o pesquisador permanece onde os indivíduos que estão sendo observados se encontram; no entanto, o pesquisador não se faz passar por um deles. A autora inseriu-se na organização pesquisada por três semanas, além do contato por meio da aplicação de certos questionários e entrevistas com funcionários, cooperados e prestadores de serviços credenciados da cooperativa em questão.

É pertinente ressaltar que a pesquisadora optou por arriscar em mudar o comportamento dos atores ao permitir que eles soubessem que estavam sendo

observados (pesquisa revelada). A pesquisa envolveu uma observação não-participante/revelada.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 A organização estudada

A Unimed-Beta foi implantada em 4 de fevereiro de 1993, em uma cidade do interior, dando início à 49ª singular do Complexo Médico Unimed em Minas Gerais. Após a euforia inicial, a singular passou por um período de aprendizagem e divulgação da doutrina entre os médicos locais, para que atingisse, em curto espaço de tempo, o que sua diretoria chama de “maioridade”. O caminho foi árduo, com as mesmas dificuldades de todo o processo de iniciação e valorização de um ideal (Ávila, 2001). A Unimed-Beta iniciou seu trabalho com 92 médicos cooperados e com uma média de 5 funcionários exercendo diversas funções.

A Unimed-Beta – Cooperativa de Trabalho Médico tem como objetivo *a defesa econômico-social dos integrantes da profissão de médico através do aprimoramento dos serviços de assistência médica, que será prestada sob a forma coletiva (empresas) ou individual (assistência familiar ou individual, cobrindo todas as faixas etárias)*. Basicamente, visa prestar assistência médica hospitalar, serviço de diagnóstico e terapia com o melhor padrão de atendimento, respeitando o direito de livre escolha de médicos, hospitais e laboratórios preferenciais. A área de atuação da Unimed-Beta inclui 11 municípios vizinhos de sua cidade sede (Guia Médico, 2002/2003).

De acordo com o Estatuto Social de agosto de 2003 e o Regimento Interno da Cooperativa de dezembro de 1999, esta pode implantar quaisquer serviços de ordem geral, visando o desenvolvimento e melhoria das condições de trabalho de seus cooperados. Pode ainda fornecer equipamentos, gêneros e artigos de uso e consumo médico para seus cooperados. A cooperativa se submeterá à Constituição Unimed e às suas derivadas e, diante de casos omissos

ou duvidosos, estes serão resolvidos de acordo com a lei e os princípios doutrinários.

Para a melhor compreensão da discussão a ser apresentada, convém salientar e delimitar quem são os cooperados, os prestadores de serviços credenciados e os usuários, no contexto da cooperativa. Cooperados são os médicos que se associam ao sistema Unimed, para que possam prestar seus serviços aos usuários, que são pessoas que contratam planos de saúde de pagamento mensal para poderem usufruir desses serviços. Já os prestadores de serviços credenciados são profissionais e ou instituições que prestam serviços médicos aos usuários, como hospitais, clínicas, laboratórios e serviços de diagnóstico.

A Unimed-Beta contava, a época da pesquisa (abril/2004), com 152 cooperados, 3 diretores, 39 funcionários, 8 hospitais conveniados, 14 laboratórios, 33 outros serviços credenciados (como clínicas e serviços de diagnóstico), 2 ambulâncias (sendo uma com UTI móvel), consultórios *on line* com a Unimed-Beta e cerca de 25.000 usuários.

Em relação aos cooperados, subscrevem e integralizam as quotas-partes do capital (no mínimo 8000 quotas-partes que são indivisíveis e intransferíveis) e contribuem com taxas de serviços e encargos que forem estabelecidos. Os cooperados são inscritos na ordem cronológica de admissão no Livro de Matrículas, desde que prestem atendimento na área de atuação da cooperativa.

Os cooperados, coletivamente, são responsáveis pelo atendimento aos usuários que estabelecerem contato, por intermédio da Unimed-Beta, atendendo-os na condição de autônomo, nos locais e horários que indicar, destinando um percentual mínimo para atendimento de usuários Unimed. Eles prestam esclarecimentos sobre os serviços prestados em nome da cooperativa. De acordo com esse esclarecimento, a cooperativa poderá excluir o cooperado que preste

serviço em atividade estranha à cooperativa, prestando serviços em favor de interesses estranhos à cooperativa.

O médico cooperado não pode atuar como agente de comércio e empresário voltado ao ramo da saúde. É vedado o atendimento por meio da cooperativa, a usuários da Unimed-Beta por médicos não cooperados, salvo em situações de emergência, quando o serviço do não-cooperado será pago via hospital.

Os cooperados que prestarem serviços por preços abaixo daqueles praticados pela Unimed-Beta, com o intuito de concorrência desleal, estarão sujeitos a processo disciplinar de eliminação.

Quanto aos serviços credenciados, especificamente em relação aos hospitais, serão contratados preferencialmente, hospitais que tenham em seu corpo clínico cooperados e que preencham os requisitos para a manutenção do padrão de assistência médica que pretende a Unimed-Beta. Poderão ser contratados outros serviços, com atribuições específicas, desde que apresentem condições para executá-los e estejam dentro dos objetivos pretendidos pela Unimed-Beta.

Os atendimentos hospitalares e os exames complementares somente poderão ser realizados em serviços contratados. Por contrato, são exigidos dos prestadores de serviços qualidade e eficiência. Os serviços contratados que prestarem serviços por preços abaixo daqueles praticados pela Unimed, com intuito de concorrência desleal, estarão sujeitos a processo de descredenciamento.

Usuários de outras Unimeds estando nela devidamente cadastrados, poderão ser atendidos pelos cooperados da Unimed-Beta, de acordo com o contrato existente entre o usuário e sua Unimed de origem. Isso se deve ao objetivo principal da cooperativa que é a prestação de serviços.

Por ser uma cooperativa médica, a Unimed-Beta possui, no seu corpo administrativo, cooperados que são médicos e, portanto, parte ativa desta discussão, uma vez que possuem especial interesse no crescimento da cooperativa e da valorização do trabalho médico.

De acordo com o organograma da Unimed-Beta, abaixo da Assembléia Geral, estão, eqüitativamente, o Conselho Técnico-Ético, o Conselho Administrativo e o Conselho Fiscal. A seguir, vem o Diretor Presidente da cooperativa, seguido dos diretores financeiro e administrativo. Uma gerente geral está à frente hierarquicamente dos supervisores dos setores e seus funcionários. Basicamente, a estrutura organizacional de uma cooperativa é mostrada na Figura 2.

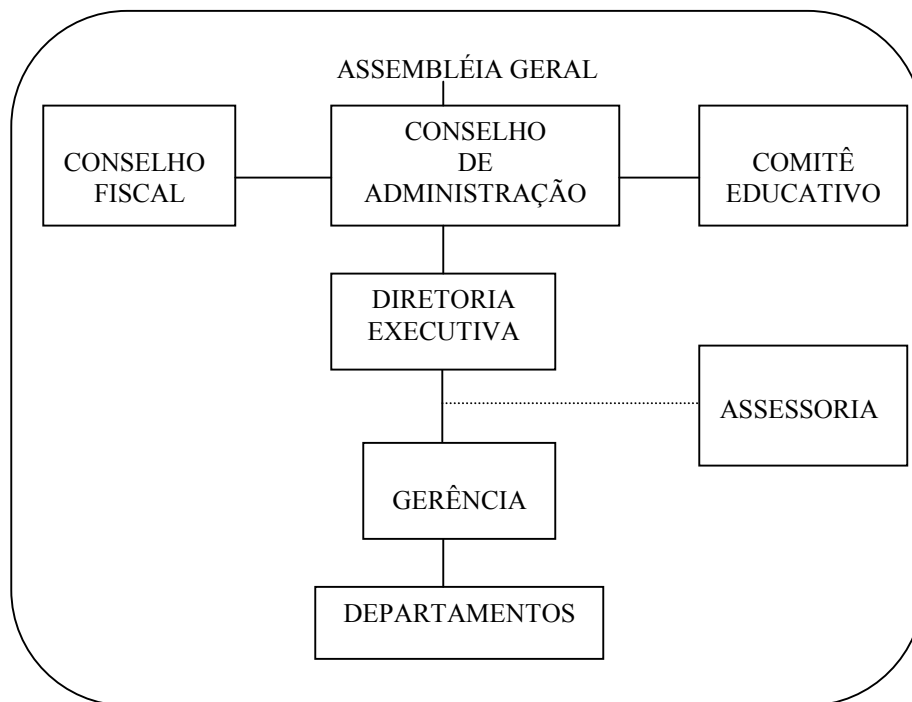


FIGURA 2. Modelo de organograma de uma singular Unimed  
Fonte: adaptado de OCEMG (2004).

O Conselho de Administração programa as operações e serviços, estabelecendo qualidades e fixando quantidades, valores, prazos, taxas de encargos e demais condições necessárias à sua efetivação; avalia e providencia o montante dos recursos financeiros e dos meios necessários ao atendimento de operações e serviços, e estima previamente a rentabilidade das operações e serviços e sua viabilidade.

O Conselho Fiscal fiscaliza as atividades e os documentos da cooperativa. É composto por três membros efetivos e três membros suplentes, igualmente ao Conselho Técnico-Ético.

A Diretoria Executiva é composta pelo diretor-presidente, diretor-administrativo e diretor-financeiro. Cada formação da Diretoria Executiva dura por 2 anos. Além desta diretoria, cada singular Unimed necessita de Comitês de Especialidades, que são órgãos auxiliares da administração envolvendo as especialidades médicas de todos os cooperados.

Para o bom funcionamento da cooperativa, são realizadas assembleias distintas. A Assembleia Geral é convocada pelo Diretor-Presidente e por 20% dos cooperados. Já a Assembleia Geral Ordinária acontece uma vez ao ano. A Assembleia Geral Extraordinária ocorre visando à reforma estatutária ou a fusão, incorporação ou desmembramento.

É realizado, ao final de cada ano, o balanço da cooperativa. No Balanço Geral de 31/12, os resultados são apurados separadamente, segundo a natureza das operações e serviços. Quantos às sobras, 10% vão para o fundo de reserva, 5% para o fundo de assistência técnica, um valor ao Fundo de provisão aos Planos de Pré-Pagamento. As sobras líquidas e perdas verificadas são alocadas na proporção das operações realizadas pelos cooperados.

Os 39 empregados são distribuídos nos seguintes setores: gerência (2), financeiro (3), contabilidade (2), auditoria (4), enfermagem (3), recepção (2), faturamento (7), setor comercial (5), cadastro (4), informática (2), telefonistas

(2), serviços gerais (1) e serviços externos (1 motorista e 1 contínuo). À época da pesquisa, a Unimed-Beta contava também com a atuação de estagiários em alguns de seus setores.

Os setores apresentam certas funções. A auditoria é composta por uma assistente júnior, que auxilia os auditores, no total de três, na autorização de entrevistas e perícias. Os auditores também auditam contas hospitalares e são todos cooperados. Há, em média, a avaliação de 32 guias por dia. O setor relaciona-se bastante com o cadastro, o setor financeiro e com a recepção.

O setor de cadastro está sob a coordenação de uma supervisora, três auxiliares (2 juniores e 1 pleno) que auxiliam na emissão de carteiras e conferência das movimentações de cadastro, além da organização de arquivos. É um setor bastante controlado burocraticamente.

A contabilidade envolve uma assistente sênior responsável pelo fechamento da contabilidade e uma auxiliar plena nos lançamentos de despesas e receitas.

O contínuo é responsável pelo recolhimento de guias nos consultórios e serviços bancários.

O setor de enfermagem está sob a supervisão de uma enfermeira responsável pelo atendimento domiciliar e visita aos hospitais e por auditar contas hospitalares. Duas outras enfermeiras auxiliam no atendimento domiciliar e visita aos hospitais.

O faturamento da Unimed-Beta conta com duas supervisoras responsáveis pelo setor e quatro auxiliares e uma assistente nos serviços operacionais.

O setor financeiro apresenta duas assistentes e uma auxiliar nos serviços operacionais do setor.

A gerência é composta por uma gerente geral, que administra a cooperativa e uma assessora da gerência e diretoria.

O setor de informática apresenta um supervisor e um assistente que dá suporte de informática aos demais setores da Unimed-Beta.

O motorista é responsável pelas remoções. Há ainda, uma responsável pela limpeza dos setores e duas telefonistas (atendimento de telefone).

A recepção apresenta dois auxiliares destinados ao atendimento ao cliente e autorização de guias. O setor relaciona-se bastante com o cadastro e com a auditoria, mas interage também com os demais setores.

O setor comercial está sob a coordenação de uma supervisora e quatro vendedores dos produtos Unimed. O setor atua mediante a procura pelo cliente em busca dos planos e ou pela abordagem ao cliente por telefone ou em sua residência ou empresa. Os vendedores dos produtos Unimed vão mensalmente às cidades de atuação da Unimed-Beta.

Dentro dos propósitos deste trabalho, a Unimed-Beta foi identificada como uma organização prestadora de serviços que tem por missão *liderar o setor de planos de saúde em sua área de atuação, visando à preservação da ética, da relação entre médico e paciente pela livre escolha, preservação da medicina liberal pelo atendimento em consultório, conservando a liberdade do médico em decidir os meios de atendimento ao cliente* (Guia Médico, 2002/2003). Missão que também está embasada no objetivo de conseguir o bem-estar da sociedade pela prestação de serviços de assistência médica suplementar especializada, que vai ao encontro da definição de serviços apresentada por Kotler & Armstrong (1999).

Tem-se que considerar, sob a ênfase da prestação de serviços, que a Unimed-Beta apresenta o viés de ser uma Cooperativa de Trabalho Médico. Ou seja, possui duas demandas distintas e até contraditórias em relação ao ambiente de atuação (a questão da concorrência) que são os cooperados, na sua totalidade, médicos de especialidades diversas e, por outro lado, contratantes dos serviços destes, os chamados usuários, que têm na Unimed-Beta a responsável pela

mediação destes contratos. Ou seja, baseada nos princípios cooperativistas, a Unimed-Beta deve possuir capacidade técnica para atender os médicos cooperados, bem como, viabilizar suas atividades econômicas de modo competitivo, satisfazendo também, o interesse dos seus cooperados.

## **6.2 Os serviços oferecidos pela cooperativa**

A área de saúde, como qualquer outra, deve oferecer um excelente serviço aos clientes e usuários, proporcionando facilidades possíveis (Cobra & Zwarg, 1987) e buscando algum diferencial frente à concorrência.

Diante disso, um conveniado ou assegurado de algum plano de assistência médica suplementar deve ter todas as facilidades possíveis para a obtenção de um guia de internamento ou atendimento, bem como a quitação de reembolso de despesas médicas. A falta de comprometimento, em torno dos serviços prestados, pode afetar o nome de um profissional ou de uma instituição.

O paciente (cliente/usuário), ao procurar assistência médica, encontra-se carente por natureza. Portanto, deve receber bons serviços de atendimentos médicos, de enfermagem, de análises clínicas, de assistência social, etc. Contudo, alguns médicos negligenciam essas carências humanas e tratam, muitas vezes, o paciente desenganado de maneira inconveniente.

Assim, toda espécie de serviço prestado ao usuário deve proporcionar o melhor índice de satisfação em relação ao produto adquirido, o que vale para todos os ramos, não só para a área de saúde. Isso envolve a prestação, quer de serviço padrão, já estipulado como normal que o usuário espera receber, quer de serviços extraordinários, que o consumidor não espera receber, mas que se tornam indispensáveis ao longo do atendimento de suas necessidades (Ávila, 2001).

A satisfação do cliente, paciente conveniado ou segurado depende de um grande número de fatores objetivos e subjetivos (Cobra & Zwarg, 1987). Tais fatores envolvem a qualidade do serviço prestado, os benefícios do serviço (o que o cliente espera que o produto faça por ele e ou algo mais do que o esperado), a adaptação do serviço às necessidades do utilizador, entre inúmeros outros. A Unimed-Beta realiza constantemente pesquisas de satisfação (questionários) junto aos usuários por meio do setor comercial. Os resultados demonstram um índice de satisfação de 90%, que é formalmente monitorado pela gerência com o intuito de melhorá-lo ainda mais.

O paciente (cliente/usuário), na condição de integrante do Sistema Unimed, pode, a qualquer momento, ter à sua disposição, toda a rede de serviços Unimed, que inclui assistência médico-hospitalar e serviços de diagnósticos e terapia. As Unimeds priorizam o melhor padrão de atendimento e respeitam o direito de livre escolha quanto aos médicos, hospitais, clínicas e laboratórios de preferência do paciente. Os médicos cooperados estão distribuídos nas especialidades médicas apresentadas no Quadro 2.

QUADRO 2 Especialidades médicas e sua presença em número de cooperados na Unimed-Beta

| <b>Especialidades</b>        | <b>Quantidade de Cooperados</b> |
|------------------------------|---------------------------------|
| Alergologia                  | 1                               |
| Anestesiologia               | 8                               |
| Angiologia                   | 1                               |
| Cardiologia                  | 9                               |
| Cirurgia (cabeça e pescoço)  | 1                               |
| Cirurgia geral               | 9                               |
| Cirurgia plástica reparadora | 4                               |
| Cirurgia torácica            | 1                               |
| Clínica médica               | 32                              |
| Dermatologia                 | 4                               |
| Endocrinologia e metabologia | 2                               |
| Gastroenterologia            | 2                               |
| Ginecologia e obstetrícia    | 27                              |
| Hematologia                  | 1                               |
| Homeopatia                   | 1                               |
| Mastologia                   | 3                               |
| Nefrologia                   | 3                               |
| Neurologia                   | 4                               |
| Oftalmologia                 | 8                               |
| Ortopedia e traumatologia    | 7                               |
| Otorrinolaringologia         | 5                               |
| Pediatria                    | 23                              |
| Pneumologia                  | 3                               |
| Psiquiatria                  | 1                               |
| Proctologia                  | 3                               |
| Reumatologia                 | 2                               |
| Tratamento da dor            | 1                               |
| Urologia                     | 4                               |

Fonte: Guia Médico (2002/2003)

Os prestadores de serviços credenciados envolvem as especialidades visualizadas no Quadro 3.

QUADRO 3. Especialidades de serviços médicos e sua presença em número de prestadores de serviços credenciados na Unimed-Beta

| <b>Tipo de serviço</b>                | <b>Quantidade</b> |
|---------------------------------------|-------------------|
| Broncoscopia                          | 1                 |
| Espirometria                          | 2                 |
| Fisioterapia                          | 8                 |
| Hospitais e clínicas                  | 13                |
| Laboratórios de análises clínicas     | 12                |
| Laboratórios de patologia e citologia | 2                 |
| Métodos de imagem                     | 9                 |
| Radiografia                           | 2                 |
| Endoscopia digestiva                  | 2                 |
| Tomografia computadorizada            | 2                 |
| Ultrassonografia                      | 4                 |
| Cirurgia cardiovascular               | 3                 |
| CTI pediátrico                        | 2                 |
| Serviços de hematologia               | 1                 |
| Oncologia                             | 2                 |
| Transplante renal                     | 1                 |
| Transplante de córnea                 | 1                 |
| Hospital psiquiátrico                 | 1                 |

Fonte: Guia Médico (2002/2003)

Os serviços de cirurgia cardiovascular, CTI pediátrico, serviços de hematologia, oncologia, transplante renal, transplante de córnea e hospital psiquiátrico estão disponíveis para usuários que possuem contratos regulamentados pela Lei 9656/98.

Para buscar atendimento pelo médico da especialidade em questão, o paciente deve adotar alguns procedimentos com relação às consultas: apresentar o cartão Unimed e um documento de identidade pessoal (só desta maneira todo e qualquer atendimento será realizado); quando necessitar de atendimento, o usuário deve procurar, no guia médico (todo ano é atualizado), a especialidade mais adequada para atender às suas necessidades e o médico de sua preferência; marcar a consulta com antecedência e, caso o médico escolhido não tiver disponibilidade de tempo, recorrer a outro de confiança na mesma especialidade; comparecer ao consultório médico no dia e hora combinados, não esquecendo de

levar a cartão Unimed e o documento de identidade pessoal; quando houver dúvidas quanto ao atendimento, dirigir-se à sede da Unimed-Beta onde será orientado; assinar a guia da consulta e confirmar o procedimento a que foi submetido (não assinar guia em branco); caso não possa comparecer à consulta marcada, desmarcá-la com antecedência.

Quanto aos exames complementares, somente poderão ser solicitados por médicos cooperados em impresso próprio. O exame é sempre gerado por uma consulta médica complementando-a e ajudando o médico a esclarecer uma dúvida ou firmar um diagnóstico.

A Unimed-Beta fornece atendimento médico, em sentido global. Não é uma fornecedora de exames.

Ao apresentar-se para exame, no serviço credenciado escolhido, o paciente (cliente/usuário) deve levar o cartão Unimed, o documento de identidade e o pedido de exame autorizado (se for necessária prévia autorização). Após ser atendido, deve assinar as guias referentes apenas aos serviços realizados. Nunca deve assinar guias em branco. Se ocorrer, o paciente deve comunicar a Unimed-Beta.

O paciente (cliente/usuário) necessita marcar, com a secretária do médico cooperado atendente do caso, dia e hora para apresentar os resultados dos exames. Esta consulta é complementar e caracterizada como “retorno”.

No caso de internações, todo pedido de internação deve ser preenchido e assinado pelo médico cooperado. O paciente (cliente/usuário) precisa verificar se sua internação deverá ter prévia autorização de sua empresa ou da Unimed e o tipo de acomodação a que tem direito. Quando optar por um tipo de acomodação hospitalar, superior àquela a que tem direito, deverá acertar as diferenças dos custos de honorários e de diárias hospitalares, conforme prevê a tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). O paciente (cliente/usuário) necessita, assim, informar-se na sua empresa (caso o plano seja empresarial) ou na sede da

Unimed-Beta, sobre seus direitos nas internações. Se o atendimento se caracterizar como urgência ou emergência, poderá ser atendido de imediato nos hospitais credenciados à Unimed, com a apresentação do cartão Unimed e o documento de identificação pessoal. Entretanto, deverá providenciar, em 48 horas, a autorização deste atendimento.

Ressalta-se que os usuários da Unimed têm assistência hospitalar nos hospitais credenciados pela cooperativa. Nas visitas aos pacientes, deverão ser obedecidas as rotinas de cada hospital/clínica.

A Unimed garante atendimento de emergência ao participante, desde que devidamente identificado, na localidade onde exista uma Cooperativa Unimed, exclusivamente nos serviços credenciados. Para ser atendido, deve-se apresentar cartão de identificação de participante da Unimed-Beta, carteira de identidade do paciente e comprovante de pagamento atualizado (caso seja plano individual). Vale destacar que cada Cooperativa Unimed possui suas próprias normas de atendimento, as quais deverão ser acatadas pelos participantes. Entende-se como emergência, clínica ou cirúrgica, aquela em que há necessidade de atuação médica imediata.

Caso o usuário necessite de atendimento de urgência fora dos horários normais ou fins de semana e feriados, deverá procurar os hospitais credenciados da Unimed-Beta e ser atendido pela equipe de plantão do Hospital A e Hospital B.

Os serviços não cobertos pela Unimed-Beta são os seguintes:

- tratamentos ou lesões existentes antes da inclusão do participante e de complicações delas decorrentes, sendo estas doenças pré-existent;
- independentemente do contrato possuído, a Unimed-Beta não se responsabilizará pelo: atendimento domiciliar, exames ou tratamentos solicitados por médicos não pertencentes ao corpo de

cooperados ou realizados em serviços não credenciados, pagamento efetuado por iniciativa própria do usuário a quaisquer médicos, hospitais ou serviços auxiliares de diagnósticos e terapia, os procedimentos já realizados sem autorização prévia, e tratamentos que exijam profissionais ou equipamentos não existentes no âmbito da Unimed-Beta para planos locais.

O paciente (cliente/usuário) deve escolher, por critérios próprios, um médico cooperado e não deixar que ninguém escolha por ele. Desse modo, deve procurar um médico quando realmente necessitar e não ir a vários médicos pelo mesmo problema. Caso haja necessidade, o médico procurado encaminhará para outra especialidade.

O paciente (cliente/usuário) é atendido em consultório particular, obedecendo às normas e rotinas de cada consultório. O atendimento no consultório é, sem dúvida, cercado de melhores condições, por ser personalizado.

É fundamental que o paciente (cliente/usuário) conheça bem o tipo de plano a que tem direito, para não ser surpreendido com carências, não cobertura ou restrições. Ele tem também o direito de reclamar ou dar sugestões por escrito diante do atendimento recebido no consultório, laboratório, hospital ou sede da Unimed-Beta. No caso de participante de contrato coletivo (Empresa/Associação), a reclamação deverá ser por intermédio da Empresa/Associação, a fim de que as irregularidades possam ser sanadas.

### **6.3 Recursos utilizados pela cooperativa para prestar os serviços**

Para se compreender a questão da competitividade da Unimed-Beta, foi necessária a avaliação de um conjunto de indicadores, como a organização em si, os funcionários, os cooperados, os prestadores de serviços credenciados e os usuários, tratando-se de uma realidade multideterminada e dinâmica, sendo variável no tempo de acordo com diferentes determinantes.

Como o trabalho está voltado para como são formuladas e implementadas as estratégias de prestação de serviços junto ao usuário, houve um estudo direcionado aos prestadores de serviço em si: os cooperados e os prestadores de serviços credenciados.

Para tal, são apresentados os dados e a análise do que se pode denominar de relação cooperativa-cooperados e relação cooperativa-prestadores de serviços credenciados, para, em seguida, analisar os recursos propriamente ditos da Unimed-Beta.

#### **6.3.1 A relação cooperativa-cooperados**

Primeiramente, torna-se pertinente reconhecer se os cooperados estão satisfeitos com a Unimed-Beta, considerando o seu processo de funcionamento como cooperativa.

A maioria dos cooperados, ou seja, 58,3% dos entrevistados, considera que a antecedência com que são convidados para as assembléias, reuniões e eventos em geral pela cooperativa é boa; 29,2% dos cooperados consideram ótima, 15,8% regular e nenhum dos entrevistados considerou ruim. Estes dados demonstram que os cooperados são informados dos eventos que acontecem na Unimed-Beta, estando, assim, aptos para participar e exercer seus direitos de cooperados.

Os cooperados entrevistados, de maneira geral, estão satisfeitos (70,2%) com a cooperativa. Sendo que 12,5% estão muito satisfeitos e 16,7% estão insatisfeitos com a Unimed-Beta. De maneira geral, 82,7% dos cooperados estão satisfeitos com a cooperativa. Conforme será descrito posteriormente, uma das causas de insatisfação está na baixa remuneração dos cooperados. Contudo, a Unimed-Beta alega que está sob o controle da ANS e não pode aumentar o valor tabelado do Coeficiente de Honorário (CH) e, conseqüentemente, o valor das consultas.

Cerca de 39,6% dos cooperados exercem ou já exerceram participação na cooperativa como Diretor, Conselheiro ou qualquer outra atividade além de cooperado. No entanto, 35,4% não tiveram nenhuma participação nestas atividades e 25% tiveram pouca participação. Dos cooperados que não tiveram nenhuma participação em atividades da cooperativa, 35,32% deles não explicaram o motivo desta ausência, enquanto outros relataram as seguintes razões: falta de disponibilidade (tempo escasso) e oportunidade (35,2%), falta de interesse e ou experiência pela área administrativa (23,5%) e dedicação integral à clínica privada (5,9%).

Aproximadamente 75% dos cooperados sempre esclarecem suas dúvidas quanto à cooperativa, caso elas surjam. No entanto, 25% relataram que somente algumas vezes esclarecem suas dúvidas e nenhum dos cooperados entrevistados deixou de esclarecer suas dúvidas. Os dados confirmam que, ao prestar seus serviços, a maioria dos cooperados não fica com dúvidas quanto ao funcionamento da Unimed-Beta, justamente por 78,7% deles saberem o que significa cooperativismo. Ressalte-se que 10,6% conhecem muito, 8,5% conhecem pouco e 2,1% não conhecem o que é cooperativismo.

A maioria dos cooperados avalia de forma positiva a atuação da atual diretoria da Unimed-Beta: 64,6% consideram-na boa e 16,7%, ótima. Destaca-se que 18,8% acham regular e nenhum cooperado entrevistado achou ruim a

atuação da atual diretoria. Desse modo, mais de 70% dos cooperados avalia de forma positiva o trabalho que vem sendo desenvolvido pela atual diretoria, por considerar que há transparência em suas resoluções (85,7%).

Quanto aos setores da cooperativa, de maneira geral, mais de 70% dos cooperados estão satisfeitos com os serviços dispensados pela diretoria, gerência, contabilidade, financeiro, *office boy*, recepção, telefonistas, faturamento e enfermagem da Unimed-Beta.

O setor que apresenta maior índice de insatisfação por parte dos cooperados (16,3%) é a auditoria da Unimed-Beta, devido ao excesso de burocracia do setor. Segundo uma médica cooperada,

*“... em relação à auditoria, deixo de pedir guia para não enfrentar burocracia”.*

Outro cooperado salienta que

*“Todo mundo está insatisfeito com a burocratização, o excesso de papéis. É papel sobrepondo papel...”.*

Acima de 30% dos cooperados desconhece a atuação do setores de vendas, recursos humanos, desenvolvimento, motorista e serviços gerais para os avaliarem. Em relação a setores como vendas e de recursos humanos, é essencial que os cooperados tenham um contato com eles, já que é por meio dos profissionais que atuam na Unimed-Beta, dentre outros atores, que ela se consolidou localmente em sua área de atuação. Contudo, é no setor de Vendas que são comercializados os produtos Unimed. Como prestador de serviço que é, o médico cooperado deveria estar a par do funcionamento e dos produtos que o

setor de vendas comercializa, para exercer melhor o marketing voltado para a prestação de serviço em si mediante os planos de saúde comercializados.

A maioria dos cooperados da Unimed-Beta, ou seja, 91,7% dos cooperados, possui computador e apenas 8,3% não possui. Dos que possuem, 75% dos cooperados têm computador em casa e no consultório, 18,2% tem computador apenas em casa e 6,8% apenas no consultório. Dos cooperados entrevistados, 83,3% estão conectados à Internet e 16,7% não estão conectados, sendo que cerca de 79,2% dos cooperados sabem utilizar a internet, 8,3% sabem um pouco e 12,5% dos cooperados não sabem utilizar a internet. Estes dados confirmam que os computadores e a internet são ferramentas essenciais, ou seja, recursos físicos que, atrelados a outras ferramentas, propiciam uma prestação de serviços voltada para a qualidade.

Quanto à questão do uso de computadores nos consultórios, alguns médicos ressaltaram que a Unimed-Beta os coagiu a adquirirem tais ferramentas. No entanto, segundo eles, a Unimed-Beta comprou os computadores para que todo trabalho fosse em rede. Mas isso ainda não está acontecendo. Mesmo com a implantação do cartão magnético, ainda se faz o serviço manual em alguns consultórios.

Diante dos dados obtidos e pela análise dos questionários, evidencia-se que a maioria dos cooperados da Unimed-Beta encontra-se, de maneira geral, satisfeita com a cooperativa, considerando o seu processo de funcionamento e demais características.

Em um segundo momento, diante dos objetivos desta pesquisa, as questões do questionário visavam perceber aspectos sobre como os cooperados prestavam o serviço em nome da Unimed-Beta.

Os cooperados entrevistados foram questionados se, no momento da consulta, ou seja, quando estão prestando serviços, percebem se o usuário da Unimed-Beta tem confiabilidade e respeito à marca Unimed. Cerca de 6,4% dos

cooperados consideram que o usuário não respeita a marca, enquanto que 10,6% não percebem se o usuário tem confiabilidade e respeito à mesma no momento da consulta; 12,8% percebem que os usuários valorizam e criticam certos atributos da Unimed-Beta, sendo que 70,2% dos cooperados salientou a confiabilidade e respeito, por parte dos usuários, à marca.

Os dados confirmam que a maioria dos 25.000 usuários da área de atuação da Unimed-Beta tem, segundo a percepção dos médicos cooperados, confiabilidade e respeito à marca Unimed no momento da consulta. Percebe-se, assim, que os usuários estão realmente satisfeitos com a Unimed-Beta e, principalmente, com os serviços prestados pelos médicos cooperados.

Como atributos mais valorizados pelos usuários, os cooperados destacaram os bons profissionais da Unimed-Beta (36%), a facilidade de acesso por parte dos usuários aos médicos e demais serviços credenciados no que tange ao atendimento e resolutividade em relação à cooperativa (32%), a cobertura e a segurança do convênio (12%), a confiança e credibilidade da marca Unimed (12%) e a boa relação custo-benefício (8%).

Estes atributos podem ser considerados recursos da Unimed-Beta, principalmente os bons profissionais que detêm em seu quadro e a questão da facilidade de acesso por parte dos usuários a estes profissionais (médicos e serviços credenciados), bem como o atendimento que a cooperativa oferece, atrelado ao princípio da resolutividade.

Já os atributos mais criticados foram os seguintes: certas restrições como a não realização de procedimentos estéticos (44,4%), o fato de não conseguir marcar consulta com o médico no momento desejado (33,4%) e o valor pago pelos planos (22,2%).

Evidencia-se que estes atributos estão relacionados à certa burocracia que a Unimed-Beta adota, o que deixa os usuários insatisfeitos com os cooperados e

os cooperados insatisfeitos com a cooperativa. A insatisfação dos cooperados, nesse sentido, baseia-se principalmente na burocracia do setor de auditoria.

Convém ressaltar que 57,1% dos cooperados têm um percentual de atendimento a usuários Unimed-Beta acima de 70%, o que comprova que os médicos cooperados têm condições de identificar o que o usuário valoriza e critica. Somente 14,2% dos cooperados atendem menos de 30% de usuários da Unimed-Beta em suas consultas.

Os cooperados foram solicitados a avaliarem a imagem e a reputação da cooperativa em relação aos seus concorrentes. Foram obtidas quatro categorias:

- *Excelente*: os cooperados consideraram a Unimed como a melhor, a mais forte, a que tem maior credibilidade, excelente qualidade e por isso, não tem concorrentes à sua altura – 33,3% dos cooperados;
- *Ótima*: respostas relacionadas à muito boa e positiva imagem – 12,5% dos cooperados;
- *Boa* - 50% dos cooperados;
- *Desconhece* – 4,2% dos cooperados.

Confirma-se, desse modo, que a Unimed-Beta apresenta uma boa posição como operadora de plano de saúde em sua área de atuação, sendo considerada a melhor e não tendo concorrentes à sua altura.

Ao lado dos prestadores de serviços credenciados, os cooperados prestam serviço em nome da cooperativa. Nesse sentido, a maioria dos cooperados (69,8%) tem uma boa relação com os principais serviços credenciados da Unimed-Beta. Diante dessa boa relação, a maioria dos cooperados (72,7%) avalia como bons os principais serviços credenciados da Unimed-Beta. Convém salientar que alguns médicos ressaltaram haver reclamações, por parte dos pacientes, quanto aos procedimentos fisioterápicos que são realizados por técnicos ou estagiários e não pelos fisioterapeutas.

A maioria dos cooperados (63,8%), no entanto, não procura se informar sobre o plano que seu paciente possui e não conhece as modalidades dos planos Unimed (47,9% dos cooperados). Como prestadores de serviços, os cooperados deveriam se informar e conhecer melhor os produtos Unimed, já que eles prestam serviço em nome da cooperativa.

Em relação a ser um prestador de serviços médicos, as principais vantagens de ser um cooperado foram as seguintes: a grande quantidade de serviços, ou seja, o maior número de pacientes que a Unimed-Beta propicia (21,6%), fazer parte do sistema e da marca Unimed (21,6%), a proteção e divulgação do médico no mercado (16,2%), ser dono da cooperativa, o que propicia união, poder de negociação e direito a voto (19%), segurança, credibilidade e respaldo de qualidade e competência junto aos usuários e a sociedade em geral (8,1%) e o pagamento em dia (5,4%). Contudo, 8,1% dos cooperados não percebe nenhuma vantagem em ser cooperado, estando dessa forma não embasados nos princípios cooperativistas.

Salienta-se que a maioria dos entrevistados considera, como as maiores vantagens em ser cooperado, a grande quantidade de serviços, o maior número de consultas, o acesso a pacientes e a ampliação do leque de clientes que a Unimed-Beta propicia.

Como desvantagens em ser cooperado, a principal foi a baixa remuneração pelas consultas decorrentes do baixo valor do CH, resultado do trabalho tabelado (37,5% dos cooperados). Convém salientar que a assessora da diretoria da Unimed-Beta ressaltou, desde o início da pesquisa, que essa era a principal causa de insatisfação dos cooperados, não estando essa questão sob controle da cooperativa, e sim, das regulamentações da ANS. Outros 12,5% dos cooperados destacaram a perda da autonomia médica, em razão da questão de exclusividade ao plano, bem como seguir suas regras. A falta de interesse e discriminação de alguns cooperados foram apontadas também por 12,5%, o mesmo número de

cooperados que não destacaram nenhuma desvantagem em ser cooperado, estando dessa forma, embasados nos princípios cooperativistas. Outras desvantagens foram consideradas pelos cooperados: a redução do número de clientes particulares (4,2%), o excesso de pacientes em algumas especialidades (4,2%), a não valorização do cooperado pela cooperativa (4,2%), o difícil ingresso do cooperado (4,2%), bem como a dificuldade de exclusão do mau cooperado (4,2%). Cerca de 4% dos cooperados, destacaram o risco calculado de quebra da cooperativa, devido a atual conjuntura do seu segmento de mercado.

Reafirma-se que a maioria dos cooperados considera como a maior desvantagem de ser cooperado a baixa remuneração pelas consultas decorrentes do baixo valor do CH, resultado do trabalho tabelado (custo financeiro) que a Unimed-Beta adota.

De acordo com a realidade local da área de atuação da Unimed-Beta, os cooperados têm percepções diferentes a respeito do número de cooperados da mesma, que, à época da pesquisa, era de 152 cooperados. A maioria considera este número bom, cerca de 47,5%, por abranger todas as especialidades médicas. Contudo, de acordo com a realidade local, 30% dos cooperados entrevistados consideram este número excessivo ou começando a saturar, 7,5% consideram o número de 152 cooperados regular, 2,5% faltoso em certas especialidades (com excesso em outras) e 12,5% não sabem avaliar. Alguns cooperados ressaltaram que não deveria haver restrição para a entrada de novos cooperados.

Dos cooperados entrevistados, 51,1% não conhecem princípios administrativos e de qualidade em serviços, enquanto que 48,9% conhecem; 52,3% dos cooperados não fizeram ou fazem cursos da área administrativa voltados para a qualidade na prestação de serviços e 47,7% fizeram ou fazem cursos da área administrativa. Por estes dados, pode-se afirmar que os cooperados, como prestadores de serviço, deveriam conhecer princípios administrativos e de qualidade em serviços para prestar um serviço com maior

qualidade aos seus pacientes. Nesse sentido, a Unimed-Beta poderia propiciar cursos ou atividades direcionadas para a área já que, comprometida em uma educação cooperativista, visa expandir e modernizar suas técnicas.

Na opinião dos cooperados entrevistados, a tendência do mercado de assistência médica suplementar, tomando como referência a conjuntura econômica, política e sócio-cultural da região, é positiva para 44,7% dos cooperados, negativa para 42,2%, estável para 2,6% e duvidosa para 10,5%. Desse modo, atrelando as tendências negativas e duvidosas, a maioria dos cooperados considera que o mercado de assistência médica suplementar merece maior atenção diante da atual conjuntura.

Dentre as tendências do mercado de assistência médica suplementar, 17,9% dos cooperados vêem no cooperativismo a saída para o exercício da medicina, 15,4% consideram que o número de convênios irá aumentar para que se ganhe mercado diante da maior procura por planos. Também 15,4% destacaram que a tendência desse mercado é de piora progressiva. Cerca de 10,2% dos cooperados consideram que será difícil para os usuários manterem seus planos em razão do seu encarecimento. Diante disso, 10,2% consideraram que a Unimed deva comercializar planos voltados para as classes sociais de menor poder aquisitivo, visto que é imprescindível ter um plano de saúde nos dias atuais. Outros 7,7% opinaram que a tendência é de diminuição do mercado, bem como a estagnação foi, também, considerada por outros 7,7%. O fato de o mercado estar restrito foi relatado por 5,1%, enquanto que a diminuição dos atendimentos particulares (2,6%), pagamento de franquias pelos usuários (2,6%), perda de ganhos (2,6%), e o repensar da questão da saúde no Brasil (2,6%) foram tendências consideradas pelo restante dos cooperados.

Diante da tendência do segmento e quanto à visão futura da Unimed, 30% dos cooperados consideram ótima; 23,3% boa; 20% regular; 13,3% ruim e

13,3% duvidosa. Pelos dados, observa-se que o momento é ligeiramente propício para a Unimed.

A visão futura dos cooperados em relação à cooperativa é a percepção dela ser a melhor escolha para o médico frente a sua sobrevivência no mercado. Para esses cooperados (28,57%), a cooperativa deve cobrar mais responsabilidade e fidelidade dos cooperados. Cerca de 21,43% consideraram que diante da estagnação e regulamentações da ANS, a Unimed-Beta deverá manter os usuários, porque obter novos está difícil; novos usuários surgirão, desde que atinjam as classes de menor poder aquisitivo (14,29%) e ofereça mais planos vinculados a empresas (7,14%), reforçando na população, a necessidade de ter um plano de saúde nos dias atuais. Contudo, 21,43% vêem um futuro promissor e de crescimento para a Unimed-Beta. Outras percepções, como o controle dos cooperados e usuários por parte da cooperativa (3,57%) e a retirada de procedimentos baratos (3,57%) foram considerados pelos cooperados.

Em razão de prestarem serviços em nome da cooperativa, os cooperados reconhecem as qualidades e deficiências da Unimed-Beta. As seguintes qualidades da cooperativa foram apontadas: atendimento eficiente (17%), credibilidade e segurança (10%), prestação nos pagamentos (10%), organização (6,7%), ótimos profissionais (6,7%), proteção ao cooperativismo (6,7%), proporciona o cliente no consultório (6,6%), confiabilidade (3,3%), administração completa (3,3%), integridade e transparência (3,3%), solidez (3,3%), bom marketing ao divulgar os médicos (3,3%), facilidade na consecução de exames (3,3%), maior união e poder de negociação da classe médica (3,3%), boas parcerias (3,3%), ser um plano de ponta (3,3%), resolutividade, ou seja, facilidade de intercâmbio entre as singulares (3,3%) e prestar bem o serviço proposto.

Dentre as deficiências da Unimed-Beta, a baixa remuneração dos médicos foi apontada por 34,2% dos cooperados. Outras deficiências foram

apontadas: a falta de transparência reciclagem entre os diretores (8,5%), o atendimento dos interesses da cooperativa ao invés dos cooperados (8,5%), a falta de companheirismo (5,7%), os profissionais desinteressados (5,6%), a não valorização do trabalho médico (5,6%), o excesso de burocracia (2,9%), a centralização excessiva (2,9%), a pouca discussão das atividades da cooperativa (2,9%), o setor de auditoria da cooperativa (2,9%), a heterogeneidade e interesses diversos (2,9%), os planos incompletos (2,9%), a monopolização (2,9%), a falta de certas especialidades médicas (2,9%), a não valorização do médico da maneira certa (2,9%), a existência de “panelinhas” de cooperados (2,9%) e a dificuldade em atender nos hospitais conveniados da Unimed-Beta.

Os cooperados entendem que a cooperativa deve desenvolver atividades visando melhorar a satisfação de médicos e usuários. Para os médicos, foram consideradas, com a mesma incidência, as seguintes atividades: mostrar para os cooperados que a Unimed-Beta é uma empresa que precisa ser bem administrada, melhorar a remuneração dos cooperados, fazer com que o cooperado “vista a camisa” da cooperativa e do cooperativismo, estimular o conhecimento dos cooperados, esclarecer os médicos, continuar a realizar cursos, festas, palestras, projetos, esporte em parcerias, atividades sócio-culturais e trabalhos comunitários, palestras de interesse dos médicos, como, por exemplo, erro médico, facilitar e ou desenvolver cursos, bem como financiar estágios, cursos de especialização e atualização, promover eventos científicos, acrescentar algo em termos de cooperativismo, investir em informática, estimular o melhor relacionamento entre os cooperados, demonstrar detalhadamente o funcionamento da cooperativa para os cooperados, desburocratizar a cooperativa, para os médicos que não fazem parte do corpo clínico dos hospitais conveniados da Unimed, poder internar seus pacientes nestes hospitais, aumentar o valor do CH e das consultas, dedicar menos a atividades paralelas, valorizar procedimentos de clínicas básicas (consulta com

especialidades após avaliação e medicação generalizada), avaliação do paciente pelos serviços prestados visando melhoria e educação continuada.

Já para os usuários, a Unimed-Beta deve desenvolver atividades voltadas para: informar os usuários sobre as especialidades e outros serviços agregados médicos, facilitar o acesso às consultas, esclarecer quanto aos seus deveres e direitos, propiciar maior conforto, ter uma farmácia própria, laboratório e hospital, criar bônus para quem utiliza pouco os serviços, investir em promoção social, promoção e prevenção da saúde, continuar a realizar cursos e festas, e oferecer cursos de cuidadores, por exemplos, para hipertensos, idosos, etc.. Convém ressaltar que tais atividades tiveram basicamente o mesmo percentual de respostas, já que muitos cooperados opinaram com várias sugestões.

Como prestadores de serviços, os cooperados entrevistados (61,9%) ainda não têm projetos, junto a Unimed-Beta, seja ele para os usuários ou para os cooperados, enquanto que 31% possuem. No entanto, 7,1% dos cooperados podem futuramente elaborar ou desenvolver projetos junto à Unimed seja ele para usuário e/ou cooperado.

Os projetos citados igualmente por 31% dos cooperados foram: curso de cuidadores, projeto de promoção e prevenção de saúde, que é uma estratégia de diferenciação frente à concorrência, além de propiciar a redução de custos, continuar a prestar serviços com o máximo de responsabilidade, manter o bom atendimento, aumentar o número de consultas, auxiliar na administração da cooperativa, melhorar parcerias com os credenciados, especialmente na área de informática, utilizar a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) ao invés da CH, buscar a maior aproximação da cooperativa com os médicos cooperados, respeitando o trabalho médico, fazer com que a cooperativa se consolide como prestadora de saúde não elitizada, ou seja, atendendo a todas as classes sociais, projetos que melhorem a imagem da

cooperativa, buscando, para isso, parcerias com entidades públicas e empresas para proporcionar serviços de utilidade para a comunidade em geral.

A cooperativa necessita ter um contato mais próximo com o cooperado, mediante a realização de trabalhos em conjunto, com vistas a prestar um melhor serviço ao usuário da Unimed-Beta.

### **6.3.2 A relação cooperativa-prestadores de serviços credenciados**

Assim como com os cooperados, torna-se pertinente reconhecer inicialmente se os prestadores de serviços credenciados estão satisfeitos com a Unimed-Beta, considerando o seu processo de funcionamento como cooperativa.

Todos os prestadores de serviços credenciados são convidados para participar dos eventos programados pela cooperativa. O representante dos Exames/Hospital A salientou que é chamado apenas para a parceria relacionada ao pagamento. Convém ressaltar que o administrador do Hospital A e o representante dos Exames/Hospital A são convidados, mas não vão. Percebe-se que tais instituições não se sentem como “parte” da cooperativa para participar dos eventos e sim, vinculados à questão do pagamento.

Já o administrador do Hospital B sempre vai aos eventos, pois é convidado junto com a administradora dos Exames/Hospital B e o dono do laboratório também. Deve-se tentar saber melhor a razão pela qual certos serviços credenciados não participam dos eventos programados pela cooperativa. Assim, deve-se buscar uma maior aproximação, desenvolvendo eventos, como reuniões, palestras, dentre outras direcionadas para este público.

Quanto à satisfação dos prestadores de serviços credenciados com a cooperativa médica, está variando de satisfeito a pouco insatisfeito, mais próximo desta última categoria, com a relação à Unimed-Beta. Salienta-se que o Hospital A e os Exames/Hospital A estão insatisfeitos com a cooperativa, em

virtude da baixa remuneração (CH baixo) diante dos serviços prestados aos usuários da cooperativa.

A relação dos prestadores de serviços credenciados com a Diretoria Administrativa da Unimed-Beta varia quanto ao prestador. O laboratório, por exercer grande domínio na cidade sede da Unimed-Beta, tem uma ótima relação com a mesma. Os Exames/Hospital A consideram a relação com a Diretoria Administrativa da cooperativa regular e o restante dos serviços credenciados considera que há uma boa relação entre as partes.

O administrador do Hospital A afirmou que quando um cooperado participa da Diretoria Administrativa da cooperativa, por receber certa remuneração, fala bem da cooperativa e critica os cooperados que não participam. Estes, por sua vez, criticam a cooperativa e a má remuneração.

O administrador do Hospital B ressaltou que a Unimed-Beta tem um sistema rígido que leva a uma boa relação.

A maioria dos prestadores de serviços credenciados relatou que, ao surgir alguma dúvida em relação à cooperativa, tentam sempre esclarecer. Somente o representante dos Exames/Hospital A respondeu que, algumas vezes, tenta esclarecer a dúvida.

Quanto à avaliação da atual diretoria, os Exames/Hospital A questionaram a atuação da diretoria diante da manipulação das decisões e o administrador Hospital A afirmou novamente que, quando um cooperado participa da Diretoria Administrativa da cooperativa, por receber certa remuneração, fala bem da cooperativa e critica os cooperados que não participam. Estes, por sua vez, criticam a cooperativa e a má remuneração.

O dono do laboratório ressaltou a questão da remuneração que, na sua opinião, torna obscuras certas resoluções da cooperativa que, por sua vez, alega não poder aumentar a remuneração.

O administrador do Hospital B ressaltou que a diretoria é muito dependente e, por conseguinte, não tem autonomia. Diante disso, não soube avaliar a atuação da diretoria, visto que sempre são os mesmos cooperados que fazem parte da mesma, diferenciando apenas o cargo a cada mandato.

Por meio desta avaliação, um dos prestadores de serviços credenciado considerou que há transparência nas resoluções da diretoria, dois consideraram que não há transparência e dois não souberam avaliar em razão da falta de rodízio de cooperados nos cargos da diretoria.

Os representantes dos principais serviços credenciados da Unimed-Beta estão extremamente satisfeitos com o atendimento dispensado a eles nos seguintes setores da cooperativa: gerência, recepção, telefonista e faturamento. A razão para tal seria o maior contato que os representantes têm com estes setores diante de situações corriqueiras.

Estão também satisfeitos com o atendimento da diretoria, finanças e do *office boy*. O setor que obteve maior índice de insatisfação dos serviços credenciados é a auditoria, em razão da burocracia que também foi ressaltada pelos cooperados.

Convém salientar que os representantes dos principais serviços credenciados desconhecem o setor de contabilidade, o de vendas, a enfermagem, os recursos humanos, o motorista, desenvolvimento e serviços gerais. No caso, por exemplo, do motorista e dos serviços gerais, é de compreender que os representantes dos serviços credenciados não tenham contato com estes profissionais. Porém, com relação principalmente ao departamento de vendas e a enfermagem, deveria haver uma maior aproximação com os serviços credenciados, porque o setor de vendas, comercializa os planos de saúde e por meio da venda destes planos haverá a prestação dos serviços destas instituições credenciadas. Já a enfermagem traz certo diferencial à Unimed-Beta, por agregar

valor com o serviço domiciliar. É importante que os serviços credenciados ressaltem este diferencial.

A partir do conhecimento da satisfação dos representantes dos serviços credenciados buscou-se analisar a questão da prestação do serviço em si.

Todos os serviços credenciados perceberam que o usuário da Unimed-Beta tem confiabilidade e respeito à marca Unimed no momento que lhe é prestado o serviço solicitado.

Os atributos mais valorizados destacados de maneira igualitária são: a segurança que o plano oferece, o bom atendimento, a credibilidade, a maior agilidade e presteza da Unimed em relação aos outros planos e a cobertura ampla do plano que propicia segurança ao usuário.

Apenas uma crítica foi apontada pelos serviços credenciados: as reclamações dos usuários em decorrência de certas regulamentações da ANS.

Verifica-se, de maneira geral, que a Unimed-Beta é bem vista pelos seus usuários sob a ênfase dos prestadores de serviços credenciados. Mediante os atributos valorizados, a Unimed-Beta apresenta alguns recursos estratégicos que lhe conferem vantagem perante a concorrência.

Dos atendimentos feitos pelos serviços credenciados, o percentual médio de atendimento feito a usuários Unimed é de 44%, com destaque para os Exames/Hospital B que atende, em grande parte, usuários da Unimed-Beta (80%).

Os prestadores de serviços credenciados avaliam a imagem e a reputação da cooperativa frente aos seus concorrentes de maneira positiva. Dois prestadores de serviços credenciado, consideram que a imagem e a reputação da cooperativa frente aos seus concorrentes são boas, pelo fato da Unimed-Beta ser do interior de Minas Gerais. Outro considerou que a Unimed-Beta não tem grandes concorrentes e uma ótima reputação. Foi apontado também que é o melhor convênio e o que tem maior número de usuários. Apenas o Hospital B

considerou a imagem e a reputação da cooperativa frente aos seus concorrentes ruim, em decorrência da exigência de exclusividade feita pela Unimed-Beta.

Na sua maioria, os prestadores de serviços credenciados consideram a Unimed-Beta como o melhor convênio local. Somente o Hospital B ressaltou a questão da exclusividade. Convém salientar que, como a Unimed-Beta não tem grandes concorrentes e por ser do interior, a questão da exclusividade poderia ser revista, já que, sob a ênfase do usuário, a concorrência traz certos benefícios mediante o agregar valor.

Os serviços credenciados indagados têm pouco ou nenhum contato com os demais serviços credenciados da Unimed-Beta. Mas, quando há contato a relação é estritamente profissional e boa. Eles fazem uma avaliação positiva dos serviços credenciados pela Unimed-Beta.

Quatro prestadores de serviços credenciados ressaltaram que procuram se informar sobre o plano de que seu paciente dispõe. Apenas um relatou que não se informa. Eles também conhecem as modalidades dos planos, sendo que um não conhece e outro conhece pouco.

Os dados anteriormente levantados evidenciam que os prestadores de serviços credenciados reconhecem a importância de se informar e conhecer as modalidades dos planos, já que, basicamente, pela contratação destes planos, os serviços serão solicitados pelos usuários.

A principal vantagem em ser prestador de serviço credenciado, considerada por 50% dos prestadores de serviços credenciados foi o número de usuário que a Unimed-Beta proporciona, sendo que 25% consideraram o fato de fazer parte do melhor plano de saúde (marca Unimed) e outros 25% a pontualidade no pagamento.

Foi considerada como desvantagem por 50% dos prestadores de serviços credenciados, a baixa remuneração devido ao preço congelado das diárias e taxas. Por serem vinculados à Unimed-Beta e, com isso, o paciente particular ter

acabado, foi uma desvantagem citada por 25% dos prestadores de serviços credenciados e 25% dos prestadores de serviços credenciados não perceberam nenhuma desvantagem.

A percepção a respeito do número de cooperados, serviços credenciados e usuários da Unimed-Beta pelos representantes dos serviços credenciados é boa. Apenas uma percepção relativa para cada categoria foi apontada por um representante.

Identificam-se a tendência de estabilidade e, talvez, a queda do número de usuários. Isso deve acontecer principalmente se o preço dos planos aumentarem, o que dificulta a entrada de novos usuários e a saída dos que já são. Quanto ao número de cooperados e prestadores de serviços credenciados, esse abrange todas as especialidades médicas e ramos de prestação de serviços médicos.

Todos os prestadores de serviços credenciados questionados conhecem e já fizeram cursos voltados para a área da Administração e de qualidade em serviços. Reconhecem a importância de conhecer princípios administrativos voltados para a melhor prestação de serviços, em decorrência da competitividade.

A tendência do mercado de assistência médica suplementar tomando como referência a conjuntura econômica, política e sócio-cultural da região é estável para os representantes dos serviços credenciados. A perspectiva é de não crescimento, considerando que a situação está difícil e limitada ao crescimento da região e da duvidosa situação econômica, política e sócio-cultural do país. Assim, deve-se procurar perspectivas de atuação dentro da situação da região e do país.

Como prestam serviços em nome da cooperativa, os serviços credenciados levantaram as qualidades e deficiências da Unimed-Beta. A principal qualidade considerada por 60% dos prestadores de serviços

credenciados está no fato da cooperativa ser bem administrada e segura, o que é comprovado pelo ranking divulgado pela ANS anualmente, que mostra a Unimed-Beta sem índices de reclamações e indícios de irregularidades e, confirmado por sua credibilidade, agilidade, disponibilidade e estabilidade. Cerca de 20% dos prestadores de serviços credenciados consideraram a assistência médica muito boa para usuários e outros 20%, o pagamento pontual aos mesmos pela cooperativa.

Como deficiência, 60% dos prestadores de serviços credenciados consideraram a má remuneração pelos serviços prestados, em razão da não negociação pela cooperativa dos preços a serem pagos. Outros 40% vêem na falta de diálogo com os prestadores de serviços credenciados, por parte da Unimed-Beta, uma deficiência mediante a imposição de regras e ao “falar uma coisa e fazer outra”.

Foi levantada a sugestão de enxugar mais os custos da cooperativa, para conseqüentemente, a Unimed-Beta apresentar maiores sobras.

### **6.3.3 A análise dos recursos da Unimed-Beta**

Inicialmente, os dados aqui apresentados e analisados foram obtidos mediante a aplicação de questionários junto à Gerente Geral, ao Diretor-Presidente e à Assessora da Diretoria da Unimed-Beta.

Com base em sua missão, a Unimed-Beta, para realizar seus propósitos de propiciar um serviço médico de boa qualidade e a custo compatível, agrega recursos humanos, financeiros e materiais, buscando os preceitos e práticas da qualidade plena.

De acordo com os dados obtidos pela aplicação dos questionários junto aos cooperados e prestadores de serviços credenciados, a capacidade da organização de formular e implementar estratégias concorrenciais, que lhe

permitam conservar, de forma duradoura, uma posição sustentável no mercado, baseia-se, principalmente, na presença dos melhores profissionais da área de saúde, ou seja, os cooperados e os prestadores de serviços credenciados em sua área de atuação.

Mediante a análise de um conjunto de características internas (como cooperados, prestadores de serviços credenciados e funcionários) e externas (como a comunidade e a ANS) à Unimed-Beta, o processo de avaliação e a capacidade de definir e implementar estratégias devem ser procedidos pela identificação do conjunto de fatores que são relevantes para o sucesso competitivo de uma organização, como os recursos, ou seja, os recursos financeiros, de capital humano, organizacionais, físicos, tecnológicos, reputação, inovadores e ativos estratégicos.

Existem, ainda, diversos fatores ambientais que exercem pressão sobre Unimed-Beta. Entre eles, pode-se citar os que lhe são externos, como as regulamentações da ANS e os padrões culturais da região. Desse modo, observa-se o caráter sistêmico em analisar interna e externamente a organização.

Os recursos que explicam questões fundamentais sobre as fontes e manutenção da vantagem competitiva da Unimed-Beta são os cooperados e os prestadores de serviços credenciados. Por meio da Visão Baseada em Recursos e em decorrência das transformações ambientais, as estratégias de ação dos dirigentes da Unimed-Beta baseiam-se nestes recursos únicos (internos, tangíveis e intangíveis) que levam à conduta desta organização. Tratam-se de recursos, por pertencerem de modo semi-permanente à empresa e por não serem transferidos a outra sem custos e que capacita a Unimed-Beta a conceber e executar estratégias de modo a obter e ou manter certa posição competitiva diante do caráter único da Unimed-Beta (Penrose, 1959).

Tratam-se de recursos estratégicos que trazem vantagem competitiva implementando uma estratégia de criação de valor que não é simultaneamente

empregada por nenhuma outra empresa e é capaz de sustentar a vantagem competitiva mantendo a estratégia da empresa isolada de cópia por outras empresas.

A Unimed-Beta detém a posse e a utilização produtiva de recursos, como os médicos e prestadores de serviços credenciados que são capazes de produzir *serviços (recursos intangíveis)*. Pois, os *serviços* são uma função que depende da maneira pela qual os recursos são usados, ou seja, a eficiência em decorrência de habilidades, competências (essenciais), “capacidades” (essenciais/dinâmicas) e conhecimentos dos funcionários, cooperados e prestadores de serviços da Unimed-Beta.

Esta vantagem competitiva precede um produto bem posicionado (marca Unimed), já que a Unimed-Beta, é dentro de sua área de atuação, o maior plano de saúde, atendendo cerca de 25.000 usuários, estando caracterizada pela ANS como Operadora de Plano de Assistência à Saúde de médio a grande porte<sup>1</sup>, o que possibilita a entrega do valor proposto para os clientes.

A organização, e não o grupo estratégico em uma indústria, é a unidade de análise nos estudos sobre vantagem competitiva. No caso específico deste trabalho, a Unimed-Beta. Isso explica os diferentes desempenhos de outras singulares Unimed, principalmente considerando a localização geográfica em ser do interior ou de grandes centros.

Quanto à superioridade (eficiência) das organizações, não depende tanto de práticas monopolísticas (poder de mercado), mas da resposta eficiente (dotação de recursos) à escassez. A Unimed-Beta busca ter cooperados e prestadores de serviços nas mais diversas especialidades para atender e suprir os

---

<sup>1</sup> A ANS classifica as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde quanto ao porte, considerando o número de usuários. Menos de 20.000 usuários é considerada de pequeno porte e acima de 20.000 de médio a grande porte.

usuários de sua área de atuação. Este desempenho competitivo superior<sup>2</sup> da Unimed-Beta em relação às organizações do mesmo ramo em sua cidade de atuação, fez com que ela estabelecesse uma reputação ou clientela que é difícil de ser superada.

De acordo com a classificação de Grant (1991), têm-se os recursos propriamente ditos e as capacidades. Estes foram considerados na tipologia de recursos utilizada para nortear o trabalho, que será descrita a seguir.

Os recursos financeiros incluem todos os tipos de recursos financeiros que possibilitem a organização conceber e executar estratégias (Barney, 1996). A Unimed-Beta utiliza alguns critérios orientadores quanto aos seus investimentos: o conhecimento do ramo por meio do relacionamento com os supervisores mais capacitados, da experiência em gerenciamento, mediante a pesquisa de mercado, do contato com grandes empresas que são usuárias, “*feeling*”, pela busca por inovação e em decorrência da demanda dos usuários e dos cooperados. Além destes, as sobras dos cooperados propiciaram a construção da sede própria da Unimed-Beta.

Já os recursos de capital-humano incluem o treinamento, a experiência, a inteligência, o conhecimento, o julgamento, os *insights*, etc. (Barney, 1996). A Unimed-Beta oferece treinamentos para cerca de 50%-70% dos funcionários em todos os setores, por meio de fornecedores de equipamentos, consultores especializados e universidades/escolas, além de que, durante o ano, a Federação de Minas Gerais oferece cursos para a área. Porém, há setores que têm maior

---

<sup>2</sup> A ANS divulga anualmente o ranking de operadoras ativas com base no índice de reclamações com indícios de irregularidade. São três rankings de acordo com a faixa do número de beneficiários da operadora de plano de saúde: de 1 a 10 mil beneficiários, entre 10.001 e 50.000 beneficiários e mais de 50.000 beneficiários. A Unimed-Beta se enquadra na faixa de 10.001 a 50.000 beneficiários, sendo que no ano de 2003 e até o mês de outubro de 2004 sua situação era S/R, ou seja, sem reclamações. De um total de 396 operadoras presentes na faixa da Unimed-Beta em 2003, 142 tinham recebido reclamações.

demanda por treinamento, como o faturamento, a contabilidade e a informática. Salienta-se que, quando há mudança nas rotinas, técnicos oferecem atualização.

A Unimed-Beta prioriza internamente a melhoria das características dos processos internos que foi estimulada com a implantação da Qualidade Total, a tentativa pela busca de flexibilidade, a exigência de especificações técnicas que são demandadas pela Federação de Minas Gerais, a busca por novos conhecimentos e aprendizado, principalmente dos supervisores de cada setor, a orientação em todos os ambientes da cooperativa ressaltando a questão da economia de energia (que ainda precisa ser melhorado), a rigorosa economia de capital fixo e de custos, a informatização (embora praticamente toda a cooperativa seja informatizada) e a conquista de mercados que, segundo os entrevistados, representa o “carro chefe” para atingir a meta da cooperativa. Além desses, a Unimed-Beta busca valorizar o ato médico, melhorando a remuneração (a principal causa de insatisfação) dos cooperados e buscando a satisfação de seus usuários (o que vem conseguindo, de acordo com pesquisas internas, com um índice de satisfação de 90%).

As áreas de conhecimento mais valorizadas pela Unimed-Beta são a médica, a técnica, a de informática, a de conhecimentos gerais, conhecimento do processo global do funcionamento da cooperativa e a área financeira e contábil. Apenas a área de recursos humanos que é pouco valorizada de acordo com os entrevistados, pelo fato de não ter um setor específico na cooperativa. Contudo, existe uma certa contradição devido aos funcionários se sentirem valorizados. Deveria sim, existir tal setor para que sua gestão fosse mais eficaz.

Os recursos organizacionais referem-se aos atributos coletivos de indivíduos. Eles incluem a estrutura formal da empresa, os sistemas formais e informais de planejamento, controle e coordenação, a cultura, bem como as relações entre grupos pertencentes à firma e também com outros de fora.

De maneira geral, a percepção dos entrevistados quanto ao nível de vendas dos planos está de similar para alta. As vendas crescem em torno de 10% a 12% por ano, porém, o mercado não está propício para as vendas, o que leva a crer em comercializar planos em determinadas épocas. Quanto aos cooperados, a percepção também está entre similar e alta, devendo abrir espaço para a entrada de novos cooperados (contudo, os cooperados já acham que o número de cooperados da Unimed-Beta em nível local está excessivo). Em relação aos serviços credenciados, a percepção está alta em decorrência do grande número destes na cidade sede da Unimed-Beta. Quanto à intensificação nos investimentos, a percepção dos entrevistados está para similar e alta, sendo que a cooperativa normalmente imobiliza pouco investimento, por existirem limites e finalidades específicas dentro da mesma. Em relação ao número de empregados da Unimed-Beta está similar, não havendo necessidade de novas contratações.

Para se manter competitiva no mercado, a Unimed-Beta considera alguns fatores muito importantes, tanto atualmente como em um futuro de 5 anos, como a pesquisa e desenvolvimento, o custo do produto final, a economia de escala, a verticalização, os recursos humanos qualificados e a qualidade total. Como importantes, a Unimed-Beta considera a economia de escopo e o meio ambiente. Dentre os fatores a serem considerados pelos entrevistados, nenhum foi tido como de pouca importância diante do atual contexto competitivo. Apenas o fator de diversificação apresentou certa divergência de opiniões pelo fato de agregar certos valores aos produtos da Unimed-Beta, como a implantação de uma farmácia própria, por exemplo.

Quanto ao processo de tomada de decisão na cooperativa existem alguns fatores considerados muito importantes no processo de tomada de decisão da cooperativa, como incremento na participação de mercado, entrar em novos mercados, conquistar clientes, buscar liderança empresarial, a atuação das empresas do ramo, a demanda dos cooperados, a demanda dos usuários, a

demanda dos funcionários, a maior participação dos funcionários, a flexibilidade e a desburocratização. Somente a preocupação com novas formas de gestão é tida como importante. Mas, certamente, daqui a alguns anos terá um aumento significativo de importância, visto que as ações e estratégias adotadas pela diretoria deverão ser planejadas de forma consciente e coerente com uma gestão estratégica, como a VBR.

De maneira geral, a Unimed-Beta procura ter sempre a preocupação com a questão da competitividade, da produtividade, da qualidade dos planos, da ampliação do mercado de atuação, da tecnologia, dos funcionários, das parcerias, do conhecimento do mercado, da conjuntura político-econômica, das estratégias de marketing, do planejamento estratégico e da responsabilidade social diante das exigências do mercado de assistência médica suplementar. A cooperativa apresenta certa autonomia em relação a estes fatores, já que exerce controle e influência sobre eles.

Certos fatores demandam preocupação, como os preços e a demanda pelos planos. Contudo, não estão sob o controle da cooperativa, como os preços que estão sob a regulamentação da ANS e a demanda pelos planos que é influenciada por vários fatores, inclusive os preços.

À arquitetura estratégica, refere-se aos relacionamentos da empresa com outras organizações como fornecedores, clientes, intermediários e concorrentes. Basicamente, a Unimed-Beta mantém relacionamentos com seus cooperados, prestadores de serviços credenciados, com os usuários, com a comunidade local e um contato restrito com os concorrentes.

A relação da Unimed-Beta com os seus cooperados é boa. Todavia, muitos cooperados são não atuantes, por não se sentirem “donos” da cooperativa, havendo o interesse por parte da cooperativa em buscar uma aproximação mais firme com os cooperados. Para tal, foi criado o Comitê Educativo, que ainda está em fase de implantação na Unimed-Beta. Os

benefícios do Comitê Educativo em outras Unimeds são bastante significativos naquele sentido.

A satisfação dos cooperados é analisada por meio de reuniões periódicas que contam com a presença dos cooperados, bem como assembléias e lanches ao final da tarde, que são oferecidos a eles trimestralmente, em busca de aproximá-los da cooperativa também. Busca-se analisar a satisfação dos cooperados por meio de outros meios, como a pesquisa direta e a pesquisa informal.

Os principais serviços credenciados são os laboratórios, os hospitais, as clínicas e os serviços de diagnóstico, que têm como principal característica o bom atendimento. Especificamente em relação aos hospitais, o usuário apresenta a preocupação quanto à internação, mediante suas condições, preços e qualidade do atendimento.

Todos os serviços credenciados são submetidos a uma avaliação dos seus serviços para que a Unimed-Beta possa verificar os que são realmente qualificados, pois prioriza ter e manter os melhores profissionais. Desse modo, ela credencia os melhores serviços, cuja escolha é feita pelo corpo clínico dos hospitais, além de outros profissionais.

A relação da cooperativa com os serviços credenciados é boa. Porém, a cooperativa exerce certo controle por meio de seus auditores que, mediante o número de guias apresentadas, sabe quais são os melhores e mais utilizados serviços credenciados, os quais representam uma boa parceria para a realização de eventos e palestras. A satisfação dos prestadores de serviços credenciados é analisada por meio de pesquisa direta e, principalmente, da pesquisa informal.

Quanto aos usuários, a relação da Unimed-Beta com eles é muito boa. Pesquisas internas (diretas, informais ou por meio de fichas de sugestões) revelam um índice de 90% de satisfação, ressaltando elogios e agradecimentos, o que demonstra que os usuários têm atendidas suas necessidades. Por essas pesquisas, a Unimed-Beta obtém subsídios necessários para solucionar eventuais

problemas que possam surgir, considerando que o nível de satisfação está bom para a qualidade dos serviços, pela variedade de planos, médicos, laboratórios e outros serviços, além do atendimento oferecido e regular para a questão do preço dos planos. Atréados a estes, os usuários destacam sua confiança pelos médicos cooperados, a própria marca Unimed e o atendimento em trânsito, mais conhecido por urgência.

A Unimed-Beta tem uma interação muito boa com a comunidade local de sua cidade sede, promovendo palestras, exercendo a medicina preventiva, patrocinando eventos, adotando praças, praticando atividades voltadas para a questão da responsabilidade social e realizando parcerias básicas por meio de convênios com farmácias, propiciando descontos aos seus usuários.

Dentro da área de atuação da Unimed-Beta, não há concorrentes que a ameacem. Existem sim, outras organizações voltadas para planos de saúde, mas a cooperativa antecede suas ações para que tais organizações não imponham risco. Basicamente, conta, atualmente, com 5 concorrentes (um plano local, outro ligado à polícia militar, bem como aos servidores públicos de Minas Gerais (IPSEMG), o Bradesco Seguros e o Sistema Único de Saúde (SUS)) em âmbito local e cerca de 25.000 usuários, o que representa muito para a cooperativa, visto que sua cidade sede tem uma população de 80.000 habitantes e as demais cidades de atuação detêm pequena população (em conjunto representam aproximadamente, 62.000 habitantes).

Os recursos físicos incluem fábrica, localização geográfica, acesso à matéria-prima, etc. (Barney, 1996). A localização da Unimed-Beta é privilegiada, pois se encontra na região central da cidade sede, estando próxima dos cooperados, dos serviços credenciados, das farmácias conveniadas facilitando o acesso de seus usuários.

Pertencem à Unimed-Beta três lotes que foram adquiridos como forma de pagamento de usuários e uma casa, onde serão as suas futuras instalações, já que a atual é alugada.

Os recursos tecnológicos envolvem os *softwares*, *hardwares*, equipamentos e maquinários, etc. (Grant, 1991). Nesse sentido, os últimos investimentos feitos pela Unimed-Beta ocorreram em menos de 1 ano, como a construção da sede própria, reformas isoladas e equipamentos de informática. Convém salientar que todos os setores da Unimed-Beta recebem investimentos, sendo que, no cadastro, investe-se em equipamentos de informática, como os computadores e cartão magnético, que à época da pesquisa, estava em fase de treinamento e ou implantação nos consultórios dos médicos cooperados, visando facilitar a relação com as secretárias dos médicos. Nos setores financeiro, de faturamento, de contabilidade e de informática, os investimentos são em equipamentos de informática e treinamentos, sendo que neste último setor investe-se no cartão magnético já citado anteriormente. Na recepção, além destes, investiu-se na reforma do *layout*. No setor de vendas, investe-se em treinamentos e adaptação de planilhas para a redução de custos. Quanto ao atendimento domiciliar, investe-se no treinamento das enfermeiras, em virtude deste setor estar em crescimento. Para tal, a Unimed-Beta contratou fisioterapeuta e busca colocar o *homecare* em pleno funcionamento.

Com exceção do setor de atendimento domiciliar, todas as operações dos demais setores são controladas por mecanismos eletrônicos, sendo as máquinas e equipamentos bastante atualizados, em sua maioria nacionais e importados com menos de 1 ano de uso, havendo também máquinas e equipamentos nacionais com menos e mais de 5 anos de uso. A cooperativa tem em torno de 40 computadores, além de 5 cadeiras de roda, 6 cadeiras de banho, 8 colchões d'água e demais equipamentos destinados ao tratamento de certas enfermidades e que são emprestados por um prazo determinado aos seus usuários. Se a

cooperativa não detém em sua posse equipamentos necessários para o tratamento de seus usuários, aluga-os ou compra-os para serem doados.

A reputação envolve a associação da empresa com produtos de qualidade, confiança, reconhecimento de produto (Grant, 1991). Segundo os entrevistados, os cooperados e prestadores de serviços credenciados, os usuários associam a Unimed-Beta à marca Unimed, reconhecendo-a e respeitando-a.

O caráter inovador refere-se à questão da capacidade da organização de oferecer novos produtos no mercado (Kay, 1996) como serviços e opções de planos e pacotes, já que a cooperativa tem a liberdade de inovar dentro das perspectivas de sua área de atuação, desde que atenda às normas da Unimed Brasil e ANS. Caso a cooperativa opte por inovar e modernizar sua área de atuação, os principais problemas ou mesmo barreiras que pode enfrentar estão relacionados com a questão financeira, influenciada pela economia nacional como um todo, o excesso de tributos, a dificuldade em reduzir custos e, principalmente, a excessiva regulamentação da ANS.

A Unimed-Beta, no início de sua atuação, era mais propícia a oferecer planos ou recursos inovadores no mercado. Atualmente, diante das regulamentações da ANS que, contribui para regular a relação das operadoras de saúde com seus usuários, ocorreu o aumento da fiscalização por parte do Ministério da Saúde e o aumento da competitividade entre os planos, para que os usuários fossem beneficiados com a maior cobertura dos planos e menores reajustes de preços dos mesmos. Assim, não existe nenhum recurso concreto inovador e geralmente, a IntraFederação e a Federação de MG analisam experiências das singulares e as repassam para que outras possam adaptá-las dentro de suas realidades. Segundo a gerente geral da cooperativa:

*“...É mais fácil ‘pegar’ com eles (a IntraFederação e a Federação de MG) e adaptar à realidade local, do que criar.”*

Os ativos estratégicos estão relacionados ao domínio ou posição de mercado da empresa e podem ser de três tipos: monopólio natural, restrições de mercados devido a licenças e ou regulamentações e vantagens relacionadas à curva de experiência (Kay, 1996). A Unimed-Beta, dentro de sua realidade local, exerce domínio e tem uma posição de destaque devido a vantagens relacionadas à sua curva de experiência em razão da credibilidade de seus médicos cooperados e da dificuldade que outros planos têm em começar a atuar.

Por este lado, o papel do Estado quanto ao cooperativismo médico, de maneira ampla, tem que ser bastante melhorado, devendo apoiar a cooperativa quanto aos tributos, considerando que ela não pode ser tributada como uma empresa. Contudo, o Estado percebe a cooperativa como tal, já que há a tendência da saúde se tornar uma responsabilidade dos planos e não do Estado.

A firma é vista como uma "coleção de recursos", em que a interação entre conhecimento, habilidade, aprendizado, bem como os meios de organização (coordenação) e combinação (transformação) dos recursos são expressos em capacidades de desenvolvimento. Desse modo, certos atributos, como conhecimentos, habilidades e atitudes, resultam do aprendizado geral da organização, envolvendo, em geral, a coordenação de diversas habilidades e sua integração.

Estão muito presentes em todos os setores da Unimed-Beta, mais precisamente em seus funcionários, os seguintes atributos: conhecimento da rotina dos setores; saber conquistar o cliente; saber fazer negócios inteligentes, demonstrar empatia com o usuário; conhecimento de princípios de qualidade em serviços, das rotinas e processos relativos à sua tarefa, os cooperados utilizarem uma forma de comunicação que o cliente entenda; ser capaz de identificar as características e expectativas do usuário em relação à cooperativa; ser capaz de resolver, de forma rápida, problemas e dúvidas dos cooperados e usuários; ser capaz de manter boas relações com clientes e colegas; saber fazer uso de

ferramentas tecnológicas, saber conquistar a simpatia e apreço dos usuários; saber aonde encontrar as informações necessárias para o seu trabalho; demonstrar cortesia e educação para com os clientes e colegas; demonstrar satisfação e interesse em atender o cliente; reconhecer a importância do usuário e do cooperado e, por fim, ser ético em relação aos clientes, cooperados e serviços credenciados.

De caráter presentes, foram considerados os atributos presentes em setores específicos, diante de suas demandas, como conhecimento das tecnologias do setor e de técnicas de marketing; ser capaz de manter equilíbrio emocional; saber ser observador; ser capaz de identificar riscos nos negócios; saber trabalhar em grupo; demonstrar tranquilidade nos serviços; demonstrar interesse em crescer profissionalmente; conhecer técnicas modernas de vendas para o setor; conhecer princípios de recursos humanos, de informática, do mercado do setor e de ferramentas que possibilitem uma melhor operação; ser capaz de solucionar problemas inéditos; identificar oportunidades de negócios a partir de tendências do setor; ser capaz de produzir soluções criativas e inovadoras; ser capaz de estruturar produtos e serviços para atender às necessidades dos clientes; saber fazer gerenciamento de recursos humanos; ser capaz de estimular e promover o trabalho em equipe; saber argumentar de forma convincente sobre situações de trabalho; demonstrar elevada produtividade; reconhecer a importância dos serviços credenciados; manifestar interesse em aprender continuamente; demonstrar ser proativo; demonstrar humildade e manifestar interesse em ações comunitárias propostas pela cooperativa.

Está pouco presentes na Unimed-Beta o conhecimento dos responsáveis pelos serviços credenciados e da conjuntura econômica, política e sócio-cultural do país e da região.

Certos atributos não são bem compreendidos, como o conhecimento de princípios de economia, de métodos avançados de comercialização e de saber

fazer negócios competitivos devido à área de atuação da cooperativa. Contudo, em busca de perspectivas de ação, a Unimed-Beta deveria comercializar novos planos, de maneira mais competitiva, baseados nas tendências do mercado.

A Unimed-Beta prioriza, por parte dos seus funcionários, a busca por novos conhecimentos e aprendizado, principalmente dos supervisores de cada setor. Como resultado de inovações realizadas, a cooperativa considera atributos como raciocínio lógico, concentração, conhecimento técnico geral, destreza manual, aspiração profissional, coordenação motora, habilidade para aprender novas qualificações, responsabilidade na execução das atividades, iniciativa para resolver problemas, além da criatividade e do trabalho em equipe como relevantes na formação profissional seus funcionários. Conforme explicação de Schulze (1994), é o conjunto de recursos para desempenhar tarefa ou atividade.

A implementação de estratégias de mercado requer das firmas recursos apropriáveis (comercializáveis) que são os planos de saúde, ou seja, produtos Unimed e não-apropriáveis (não-comercializáveis), como a confiança e o respeito que o usuário tem na sua marca. Contudo, a firma emprega ambos os tipos de recursos. Todavia, existem no mercado outros planos de saúde comercializáveis que, se forem comprados e vendidos sem qualquer restrição, não proporcionam uma vantagem competitiva sustentável. O sucesso na implementação de uma estratégia está fortemente relacionado ao requerimento de recursos altamente específicos à firma, tais como habilidades, conhecimento e cultura, no caso, a marca Unimed (Dierickx & Cool, 1989). Por serem componentes *acumulados* internamente, argumentam estes autores, tais recursos não são comercializáveis, logo estão sujeitos à imitação ou substituição pelos competidores que os desejam, mas não podem comprá-los no mercado de fatores. A característica de não-comerciabilidade de um recurso é uma condição necessária, mas não suficiente, para a sustentabilidade da vantagem competitiva.

Desse modo, segundo os entrevistados e confirmado pelos cooperados e serviços credenciados, a Unimed-Beta possui recursos que não são empregados por outra organização da área de assistência médica suplementar, em âmbito local, e que traz certa vantagem competitiva para a organização como: o grande número de cooperados qualificados, a qualidade dos serviços prestados, a marca Unimed, o atendimento de intercâmbio e domiciliar e o suporte que a Unimed Brasil oferece e que propicia às singulares uma melhor maneira de administrar.

Existem certos atributos que, se trabalhados, poderiam gerar vantagem competitiva para a Unimed-Beta, como: a cooperativa ser conveniada com os dois grandes hospitais de sua cidade sede, o fato de praticar a medicina preventiva e o próprio cooperativismo, no seu sentido mais intrínseco de ajuda e companheirismo entre os médicos.

Compreendendo a vantagem competitiva às características dos recursos e como estas características mudam ao longo do tempo, surgiu a noção de sustentabilidade. Convém salientar que o sistema Unimed, por meio de suas singulares, está há 10 anos no *Top Of Mind* e que a Unimed-Beta atende a mais de 25.000 usuários, tendo como sede uma cidade com aproximadamente 80.000 habitantes. Esta sustentabilidade é alcançada desde que a condição básica de *heterogeneidade* da vantagem seja preservada (tenha vida longa), ou seja, deve ser relativamente durável ao *adicionar valor*.

Pela VBR, as condições pelas quais os recursos geram vantagem competitiva trazem uma *vantagem competitiva sustentável*, que reúne as condições que garantem e sustentam a firma ao reter os recursos que são específicos a ela ou não são facilmente transferíveis. Contudo, quando os recursos são ‘baseados na propriedade’ (recursos de propriedade: a Unimed-Beta possui os melhores cooperados e prestadores de serviços credenciados), a proteção contra a imitação pelos competidores depende, fundamentalmente, de restrições deliberadas ou legais (normas da ANS), mesmo que muitos

competidores tenham o conhecimento suficiente para reproduzir estes tipos de recursos dos rivais.

A presença de um recurso pode trazer vantagem competitiva sustentável se este recurso for:

- 1) *valioso*: a Unimed-Beta se apropria do recurso de ter os melhores médicos como cooperados e renomados prestadores de serviços credenciados em várias modalidades. Trata-se de um recurso atrativo e estratégico, já que as habilidades destes profissionais auxiliam a Unimed-Beta a formular e implementar estratégias que melhorem sua eficiência e eficácia;
- 2) *raro*: diante de recursos que trazem vantagem competitiva, como os médicos cooperados, tem-se que considerar, diante da área de atuação da Unimed-Beta, que existem médicos das mesmas especialidades atendidas por ela e que atendem a outras operadoras e particulares. Contudo, a Unimed-Beta obtém vantagem competitiva *equivalente (parity)*, por possuir médicos de todas as especialidades (em sua maioria, os melhores de cada especialidade) que seus concorrentes possam possuir. A raridade está conectada com a especificidade de ser o maior e o melhor plano de saúde, dentro de sua área de atuação, além de ter capacidade para atender a novos usuários, garantir a durabilidade dos planos (produtos Unimed) e a natureza de prestar serviços de saúde;
- 3) *imperfeitamente imitável*: a gerência da Unimed-Beta salienta que tenta fazer o melhor uso dos recursos disponíveis diante de sua capacidade organizacional. Para tal, utiliza recursos estrategicamente equivalentes, como recursos similares (caso o melhor médico de determinada especialidade não seja cooperado, a Unimed-Beta oferece também um médico nesta especialidade) e recursos diferentes

(diferenciação de planos quanto ao preço, por público alvo, por exemplo); e

- 4) *não possuir equivalente estratégico*: a potencialidade dos recursos da Unimed-Beta traz o desafio para inovação, um incentivo para expandir e uma fonte de vantagem competitiva.

Desse modo, a Unimed-Beta detém recursos estratégicos que traz vantagem competitiva sustentável, ou seja, seus médicos cooperados e prestadores de serviços credenciados que, conciliados à marca Unimed, lhe garantem esta posição de destaque em sua área de atuação.

#### **6.4 Posicionamento estratégico da cooperativa**

As estratégias de serviços estão situadas dentro do planejamento estratégico anual da Unimed-Beta. Trata-se de um planejamento formal, no qual são trabalhadas as metas prioritárias da cooperativa.

Mediante este planejamento, há o controle e coordenação formais e mensais, por meio de dados concretos advindos de pesquisas pelo Comitê de Qualidade e pelo Conselho de Administração da Unimed-Beta.

Consideraram aqui alguns elementos importantes atrelados ao conceito de serviço, como a segmentação de mercado, que poderiam explicar o posicionamento estratégico da cooperativa (Gianesi & Corrêa, 1994). Por meio de um questionário semi-estruturado de entrevista, aplicado à Gerente Geral da Unimed-Beta (ANEXO A), pôde-se identificar as estratégias de serviços adotadas pela cooperativa para se manter competitiva no mercado e explicar o seu posicionamento estratégico mediante a aplicação de seus recursos.

Basicamente, os segmentos de mercado são o individual (vinculados à pessoa física) e empresarial (vinculados à pessoa jurídica com ou sem instância decisória). As características comuns destes segmentos importantes são: a faixa

etária (atualmente são 10 faixas etárias), a cobertura e a atualização a cada 5 anos. Não existe muita diferenciação entre eles, a não ser a vinculação pessoa física ou jurídica. A necessidade básica dos segmentos é o acesso à prestação de serviços médicos.

A segmentação em individual e familiar sempre existiu. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamentou os planos em 1998 (Lei 9656/98), tendo a cobertura dos planos ficado maior e os reajustes de preço menores (convém ressaltar que o preço dos planos é de acordo com o risco envolvido). Os planos antes da lei são considerados não regulamentados e salienta-se aqui que a lei não pode interferir nos planos antigos, ou seja, os não regulamentados.

Os planos privados de assistência à saúde oferecidos pelas operadoras seguem as diretrizes estabelecidas na Lei 9.656/98. Determinadas características, como a modalidade da contratação, a data da assinatura, a cobertura assistencial e a abrangência geográfica, submetem os contratos de forma diferenciada à legislação (ANS,2004). Com isso, há de maneira geral e sucinta os:

- *planos individuais*: são os planos voltados para a realidade local. Pode ser com ou sem participação em enfermarias e apartamentos;
- *planos de adesão empresarial*: a partir da necessidade das empresas. A Unimed-Beta ganha em quantidade de usuários e diminui o preço dos planos. Existe a opção de co-participação e a associação vive em função da Unimed-Beta;
- *contratos empresariais*: são aqueles que entram com 80% da massa. Podem ser regulamentados ou não regulamentados, com ou sem participação em enfermaria e apartamentos;

- *contratos por custo operacional*: são empresariais e por adesão. Pagam pelo que usou. Não há direito de internações. Geralmente são contratos empresariais antigos.

Por meio do conceito de serviço, ou seja, a missão da Unimed-Beta (cada singular tem autonomia para desenvolver sua própria missão), a cooperativa se embasa no objetivo de conseguir o bem estar da sociedade pela prestação de serviços de assistência médica suplementar especializada. Identifica-se, por meio de pesquisas e do conceito de serviço, que as necessidades dos segmentos em ter acesso à prestação de serviços médicos é atendida pela prestação de serviços médicos com qualidade.

Em outras palavras, a missão da Unimed-Beta (norteadada pela filosofia cooperativista) consiste em agregar profissionais médicos para o exercício ético e liberal de sua profissão, oferecendo condições de trabalho e remuneração justa. Propiciar um serviço médico de boa qualidade e a custo compatível. Para realizar seus propósitos, agrega recursos humanos, financeiros e materiais, buscando os preceitos e práticas da qualidade plena.

Em busca de ser lembrada como uma organização que presta serviços médicos com qualidade, a Unimed-Beta implantou o Comitê Educativo justamente para ter uma melhor visão das necessidades dos cooperados, já que eles que prestam serviços em nome da cooperativa. O Comitê Educativo vem sendo implantando em várias Unimeds, sendo uma livre opção para as singulares de todo o Brasil. Há a necessidade da cooperativa entender melhor seus cooperados.

Além disso, preocupada com o lado social, a Unimed-Beta ajuda entidades sociais em sua cidade sede, bem como promove palestras beneficentes anualmente, que buscam arrecadar alimentos a serem entregues nestas entidades, além de adotar praças públicas, que são revitalizadas. A adoção de três praças em 2002 e 2003 trouxe resultados positivos para a Unimed-Beta.

A Unimed-Beta oferece patrocínios, realiza eventos destinados ao marketing social e datas comemorativas (por exemplo, Dia Internacional da Mulher), eventos esportivos e campanhas preventivas (por exemplo, combate ao Câncer de Mama). Conta ainda com jornais para clientes e funcionários.

Por meio de sua missão, a organização analisa as tendências e condicionantes do ambiente, seus recursos próprios que, combinados, serão critérios de avaliação para determinar a melhor alternativa entre oportunidades e recursos e, conseqüentemente, a estratégia econômica, confirmando a escolha de produtos e mercados (Gianesi & Corrêa, 1994).

Para se manter competitiva no mercado, a Unimed-Beta realiza um trabalho que é bastante monitorado por sua gerência quanto à satisfação de seus usuários, cooperados e prestadores de serviços credenciados. A satisfação desses atores é verificada pela aplicação de questionários junto aos mesmos pelo setor comercial, sendo que os resultados de pesquisas internas demonstram a satisfação deles.

Quanto aos cooperados e prestadores de serviços credenciados, pode-se evidenciar, com os dados anteriormente apresentados, o nível de satisfação destes atores com a cooperativa. Diante dos aspectos de insatisfação, no que é possível e dentro das regulamentações da ANS, a Unimed-Beta procura contorná-las.

Em relação aos usuários, há um trabalho realizado pelo setor comercial, de natureza pós-venda, para verificar se tudo está de acordo para o cliente quanto ao seu plano de saúde (produto Unimed). A preocupação com o usuário é constante, pelo fato deles serem seus clientes e da dificuldade diante da tendência econômica nacional em conseguir um número expressivo de novos usuários.

O comentário a seguir exprime esta idéia:

*“ ... hoje todo mundo tá procurando cliente”* (conversa por telefone entre a supervisora do cadastro e um conveniado-mar/2004).

Estrategicamente, a Unimed-Beta tem vínculo mais próximo com seus cooperados e prestadores de serviços credenciados. Não tem vínculos com farmácias e sim convênios que buscam oferecer descontos aos usuários Unimed na compra de medicamentos.

Basicamente, existem critérios oriundos da Unimed Brasil a serem seguidos e respeitados, de acordo com a realidade local, pela Unimed-Beta, como o preço dos planos e a questão do intercâmbio. A singular é autônoma, no sentido de comercializar os planos voltados para a sua área de atuação e, conseqüentemente, agregar benefícios, como parcerias, por exemplo. Mas tem a ajuda, suporte e apoio da Intrafederação e da Unimed Brasil, que apóia com os recursos necessários, trazendo bom relacionamento. Contudo, a ANS é que dita as ordens em âmbito nacional e regulamenta o setor de planos de saúde no Brasil.

Dentro das possíveis estratégias de serviços a serem planejadas e executadas pela Unimed-Beta, estando dentro das regulamentações da ANS, localmente, a cooperativa tem grande potencial de crescimento. Desse modo, ela obtém vantagem competitiva ao adotar estratégias adequadas e conseguir se adaptar às alterações em seu ambiente. A constante monitoração de fenômenos que a organização julga importante para sua estratégia de atuação em seu ambiente competitivo influencia as decisões sobre quais estratégias competitivas provocarão os resultados desejados, como o aumento de participação de mercado que, geralmente, é em torno de 10% a 12% ao ano e, conseqüentemente, maior rentabilidade. A Unimed-Beta não tem grandes concorrentes justamente por este constante monitoramento.

Segundo os entrevistados e mediante a aplicação de seus recursos, verifica-se que a Unimed-Beta apresenta como principais fatores que a levam a uma posição sustentável no mercado local: a marca Unimed, a satisfação e confiança dos usuários quanto aos médicos cooperados e prestadores de serviços credenciados, a qualidade dos produtos e serviços da Unimed-Beta, o atendimento oferecido, o acesso aos planos, a visão administrativa da cooperativa, e a diversidade de especialistas e serviços credenciados.

As necessidades dos segmentos em ter acesso à prestação de serviços médicos são até atendidas pelos concorrentes locais da Unimed-Beta que, basicamente, são 5 concorrentes. Ela se sobressai mediante sua rede de recursos, que abrange os melhores médicos e prestadores de serviços médicos da sua área de atuação (12 cidades), tendo um serviço diferenciado dos seus concorrentes.

Convém salientar aqui que a marca Unimed tem grande peso nas cidades interioranas, que é o caso da Unimed-Beta. 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). De acordo com Bahia (1999), uma das razões para as Unimeds 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.

Já nas capitais, há a presença significativa de outras modalidades de assistência médica suplementar, como a medicina de grupo, que se destacam pela concorrência forte. No caso da Unimed-Beta, as diferenças quanto ao serviço prestado pelos concorrentes são pouco relevantes, já que ela agrega valor ao apresentar em seu quadro os melhores médicos e prestadores de serviços médicos da sua área de atuação.

De acordo com a Gerente Geral da Unimed-Beta,

*“..um bom serviço é aquele que é prestado com qualidade. A Unimed (a Unimed-Beta) tenta e oferece um bom serviço, já que há o retorno positivo por parte dos usuários”.*

Ainda de acordo com ela, existem sim alguns esforços necessários para alinhar as expectativas dos consumidores (usuários da Unimed-Beta) e as capacitações do serviço proposto, como:

- mostrar para os usuários que a Unimed-Beta busca constantemente por novas conquistas para satisfazê-los;
- trazer mais cooperados em certas especialidades que tem um número deficitário de cooperados. Pode-se perceber que certas especialidades têm um número grande de cooperados em relação a outras (ver Quadro 2);
- agregar serviços, como medicina preventiva e atendimento domiciliar.

Além desses esforços, a cooperativa procura por outras alternativas visando garantir e manter sua posição de destaque dentro de sua área de atuação. A Unimed-Beta realiza semanalmente reuniões voltadas para a questão da qualidade dos serviços prestados. Há a equipe do Controle de Qualidade Total (CQT), composta por cinco membros (o diretor-presidente e quatro funcionários) e que busca o envolvimento dos funcionários com a qualidade na prestação de seus serviços.

Em termos de resultados pela prestação de serviços, a Unimed-Beta espera que seu bom posicionamento estratégico, confirmado pelos dados obtidos, seja percebido de maneiras distintas por seus diferentes atores estratégicos:

- *usuários*: estarem satisfeitos e tranquilos com relação a seus planos;

- *comunidade local*: apresentar confiança à marca Unimed;
- *mercado*: ter uma boa imagem e fatia de mercado;
- *cooperados*: mostrar o cooperativismo como uma saída para o exercício da medicina, ao valorizar o trabalho médico e trazer maior capacidade de negociação;
- *serviços credenciados*: estar ao lado de um parceiro de renome (marca Unimed);
- *funcionários*: valorizar a cooperativa e sentirem valorizados.

Pela exposição feita nesta dissertação, confirma-se a atuação estratégica da cooperativa junto a esses atores mediante o uso de seus recursos estratégicos, ou seja, cooperados e prestadores de serviços credenciados que prestam serviço em nome da Unimed-Beta de maneira positiva, propiciando satisfação aos mesmos, bem como para os usuários, a comunidade local e para seus funcionários.

## **7 CONCLUSÕES E SUGESTÕES**

O presente trabalho se propôs a avaliar, a partir da Visão Baseada em Recursos (VBR), o processo de gestão estratégica dos serviços de uma Cooperativa de Trabalho Médico. Fundamentado neste objetivo, várias são as conclusões e observações ao redor dos respectivos objetivos específicos, uma vez que, para se compreender a questão da competitividade da Unimed-Beta, foi necessária a avaliação de um conjunto de indicadores como a organização em si, os funcionários, os cooperados, os prestadores de serviços credenciados e os usuários, tratando-se de uma realidade multideterminada e dinâmica, sendo variável no tempo de acordo com diferentes determinantes.

A Unimed-Beta através de sua missão e objetivo, enquadra-se como uma cooperativa prestadora de serviços de assistência médica. Sendo assim, diante da elaboração e implementação de estratégias organizacionais, a Unimed-Beta conduz-se de maneira estratégica e competitiva, apresentando como fatores competitivos os seus cooperados e prestadores de serviços credenciados condicionados à marca Unimed.

Sob a ênfase da prestação de serviços, a cooperativa oferece um serviço de qualidade por meio dos cooperados e prestadores de serviços credenciados, obtendo através deles um diferencial competitivo em sua área de atuação. A Unimed-Beta busca uma maior eficiência, tendo como indicador a satisfação dos usuários, dos cooperados e prestadores de serviços credenciados.

Pelo fato de ser cooperativa, a Unimed-Beta de maneira contrária a outros tipos de cooperativas vem se adaptando à concorrência e regulamentação do segmento de assistência médica suplementar, sendo competitiva e atuante desde 1993 em tal mercado.

Contudo, a partir da visão dos próprios cooperados, as bases cooperativistas estão distanciando-se perante as exigências de competitividade. Nesse sentido, tem-se que os cooperados vêem no cooperativismo, a saída para o exercício da medicina sob o contexto de proteção no mercado, e não embasados na verdadeira essência de cooperação e participação entre os médicos. São os mesmos (e poucos) cooperados que se sentem como donos e parte ativa da cooperativa.

A gestão da cooperativa, diante de novas perspectivas de ação, deve buscar melhorar seus negócios, consolidando vantagem competitiva real, sustentada e duradoura, perpetuando uma posição de destaque em sua área de atuação, prestando, deste modo, serviços em diversas áreas e especialidades médicas que vão ao encontro do plano que o usuário possui, daí a necessidade do usuário conhecer a modalidade e a abrangência de seu plano.

Os cooperados e prestadores de serviços credenciados avaliaram positivamente a Unimed-Beta (em sua maioria), percebendo por parte do usuário, confiabilidade e respeito à marca Unimed no momento da consulta. Um dos aspectos criticados refere-se à cultura de confiança que o usuário tem com determinado médico, ou seja, buscar ser atendido sempre pelo mesmo médico. Tal fato gera uma demanda que o leva a não conseguir marcar a consulta no momento desejado. Quanto à ANS, suas regulamentações, de acordo com o Ministério da Saúde, buscam proteger os usuários para que os mesmos tenham acesso aos serviços contratados de modo justo.

Ressalta-se que, dessa maneira, na percepção dos cooperados e prestadores de serviços credenciados, a Unimed-Beta tem uma boa posição como operadora de plano de saúde em sua área de atuação, tratando-se do maior convênio local.

Dentro da perspectiva da Visão Baseada em Recursos, a Unimed-Beta utiliza de recursos financeiros, de capital humano, organizacionais, físicos,

tecnológicos, reputacionais e de ativos estratégicos relacionados à sua curva de experiência. Estes dois últimos recursos exercem bastante influência na vantagem competitiva da cooperativa em sua área de atuação pela presença de recursos valiosos, raros, imperfeitamente imitáveis e sem equivalente estratégico que são os cooperados e os prestadores de serviços credenciados. Tratam-se de recursos que explicam questões fundamentais sobre as fontes e manutenção da vantagem competitiva. São recursos estratégicos que trazem vantagem competitiva sustentável à cooperativa que, conciliados à marca Unimed, garantem-lhe posição de destaque em sua área de atuação.

Diante da atual conjuntura econômica do país, o mercado de assistência médica suplementar merece maior atenção. Nesse sentido, os cooperados e os prestadores de serviços credenciados deveriam se informar e conhecer melhor os produtos Unimed, bem como princípios administrativos e de qualidade em serviços, em busca de procurar perspectivas de atuação dentro da situação da região e do país, já que eles prestam serviços em nome da cooperativa.

Para tal, a cooperativa utiliza estratégias de serviços para se manter competitiva no mercado, já que os serviços são uma função que depende da maneira pela qual os recursos são utilizados, isto é, da eficiência destes recursos que produzem serviços por meio dos cooperados e prestadores de serviços credenciados.

De maneira geral, as estratégias de serviços estão situadas dentro do planejamento estratégico anual da Unimed-Beta, embasadas nos segmentos de mercado – individual (vinculados à pessoa física) e empresarial (vinculados à pessoa jurídica com ou sem instância decisória), além das particularidades dos planos. Isso ocorre porque a implementação de estratégias de mercado requer recursos apropriáveis (comercializáveis), que são os planos de saúde e recursos não apropriáveis (não comercializáveis), que são a confiança e o respeito à marca Unimed.

Desse modo, explica-se o posicionamento estratégico da cooperativa mediante a aplicação de seus recursos, principalmente os cooperados e prestadores de serviços credenciados que, atrelados à marca Unimed, à satisfação e à confiança dos usuários, à qualidade dos produtos e serviços, ao atendimento oferecido, ao acesso aos planos, à visão administrativa da cooperativa e à diversidade de especialistas e serviços credenciados, conferem à Unimed-Beta posição de destaque em sua área de atuação, o que é confirmado pelos usuários, comunidade local, mercado de atuação, cooperados, prestadores de serviços credenciados e funcionários da cooperativa.

Pode-se apontar como fator limitante para a execução da pesquisa, a falta de interesse por parte de muitos cooperados em responder o questionário destinado a eles.

Quanto às sugestões de novos estudos, pode-se apontar alguns temas de diversos interesses:

- a questão do poder exercido pela Unimed-Beta junto aos seus cooperados e prestadores de serviços credenciados no que tange à questão da exclusividade ao plano de saúde e à sua influência em sua área de atuação;
- a questão da Unimed-Beta ser percebida como monopólio por parte da comunidade, cooperados e prestadores de serviços credenciados. Segundo o discurso destes dois últimos atores, não há concorrentes à altura da Unimed-Beta;
- por fim, a questão da Unimed-Beta ser bem administrada. Já que tal fato acontece, esta singular deveria valorizar e “transferir” conhecimentos de sua gestão para outras singulares.

Além desses, estudos comparativos em outras singulares Unimed poderiam ser feitos a partir da VBR, para confirmá-la ou não, com uma teoria adequada para seu respectivo caso.

Sucintamente, tem-se que a Unimed-Beta exemplifica a importância e a evolução de sua modalidade dentro do segmento de assistência médica suplementar, tratando-se de um exemplo expressivo em sua área de atuação. Confirma-se, assim, a necessidade de uma gestão estratégica embasada nos princípios cooperativistas e, sobretudo, no mercado, que exige viabilidade econômica e competitividade.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR, E. **Introdução à metodologia de pesquisa social**. Lavras: UFLA, 2000. 105p.
- ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA, 1998. 81 p. (Texto para discussão, n. 599).
- AMIT, R.; P. SCHOEMAKER, J. H. Strategic assets and organizational rent. **Strategic Management Journal**, Sussex, v. 14, n. 1, p. 33-46, 1993.
- ANDREAZZI, M. de F. S. **O seguro privado de saúde no Brasil**. 1991. 265 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 01 jul. 2004.
- ANTONELLO, V. Crise e mudança nas cooperativas empresariais rurais: ascensão ou falência?. **Perspectiva Econômica**, São Leopoldo, v. 30, n. 91, p.47-63, out./dez. 1995.
- ANTONIALLI, L. M. **Introdução e Diagnóstico Estratégico**. 2001. 17 p. Notas de aula disciplina Administração Estratégica.
- ÁVILA, S. R. S. A. **Satisfação dos consumidores**: uma análise dos serviços prestados por uma cooperativa médica. 2001. 34 p. Monografia (Estágio Supervisionado em Administração) - Universidade Federal de Lavras, Lavras.
- BAHIA, L. **Planos e seguros de saúde**: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil. 1999. 333 p. Tese (Doutorado em Ciências na área de saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro.
- BARANIUK, J. A.; BULGACOV, S. Conteúdo e recursos estratégicos de empresas nova entrantes provedoras de serviços de comunicação de dados no Paraná. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., Salvador, 2002. **Anais...** Salvador: ENANPAD 2002. 1 CD ROM.
- BARBOSA, A. M. R. Qualidade em serviços: um estudo exploratório em uma clínica de diagnóstico médico. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 24., 2000, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ENANPAD 2000. 1 CD ROM.

BARBOSA, F. V. Competitividade: conceitos gerais. In: RODRIGUES, S. B. (Org.). **Competitividade, alianças estratégicas e gerência internacional**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 21-40.

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

BARNEY, J. B. Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. **Journal of Management**, New York, v. 17, n. 1, p. 99-120, Jan. 1991.

BARNEY, J. B. Integrating organizational behavior and strategy formulation research: a resource-based analysis. In: SHRIVASTAVA, P.; HUFF, A. S.; DUTTON, J. E. **Advances in strategic management**. Greenwich: Jai Press, 1992. v. 8.

BARNEY, J. B. Commentary: a hierarchy of corporate resources (A.L. Brumagin). In: SHRIVASTAVA, P.; HUFF, A. S.; DUTTON, J. E. **Advances in strategic management**. Greenwich : Jai Press, 1994.

BARNEY, J. B. Looking inside for competitive advantage. **Academy Management of Executive**, Boston, v. 9, n. 4, p. 49-61, Oct./Dec. 1995.

BARNEY, J. B. **Gaining and sustaining competitive advantage**. Reading, MA: Adisson Wesley, 1996a.

BARNEY, J.; HESTERLY, W. Organizational economics: understanding the relationship between organizations and economic analysis. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. R. (Ed.) **Handbook of organization studies**. London: Sage, 1996.

BENATO, J. V. A. **Cooperativismo: encontros e desencontros**. São Paulo: ICA-OCESP, 1994. 101 p.

BIALOSKORSKI NETO, S.; ZYLBERSZTAJN, D. Cooperativismo: economia de empresas e estratégias. **Perspectiva Econômica**, São leopoldo, v. 29, n. 84, p. 7-22, jan./mar., 1994.

BOYD, W.; STASCH. Marketing research: text and cases. Illinois: Richard D. Irwin, 1985.

BRASIL, V. S. Sistemas de prestação de serviços: um enfoque no processo de escolha do consumidor. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., Salvador, 2002. Anais... Salvador: ENANPAD 2002. 1 CD ROM.

CAMPOMAR, M. C. Do uso de “estudo de caso” em pesquisas para dissertações e teses em administração. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 95-97, jul./set. 1991.

CARNEIRO, P. P. **Cooperativismo**: o princípio cooperativo e a força existencial-social do trabalho. Belo Horizonte: FUNDEC, 1981. 336 p.

CERQUEIRA, A. H. F. Inovação no setor de serviços: uma análise de conceitos e medidas. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., Salvador, 2002. **Anais...** Salvador: ENANPAD 2002. 1 CD ROM.

CHEQUIM, L. **Gestão Estratégica da Informação**: um estudo de caso na Cooperativa de Trabalho Médico Ltda – Unimed Lavras. 1999. 47 p. Monografia (Estágio Supervisionado em Administração) - Universidade Federal de Lavras, Lavras.

CHURCHILL JR., G. A.; PETER, J. P. **Marketing**: criando valor para o cliente. São Paulo: Saraiva, 2000.

COBRA, M. H. N.; ZWARG, F. A. **Marketing de Serviços**: conceitos e estratégias. São Paulo: McGraw-Hill, 1987. 284 p.

COLLIS, D. J.; MONTGOMERY, C. A. Competing on resources strategy in the 1990's. **Harvard Business Review**, Boston, v. 73, n. 4, p. 118 - 128, jul./ago. 1995.

COLLIS, D. J.; MONTGOMERY, C. A. **Corporate strategy**: a resource-based approach. New York, NY: Irwin/McGraw-Hill, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Portal da saúde**. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em: 6 jan. 2004.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 175 p.

COUTINHO, L. G. et al. **Estudo da Competitividade da Indústria Brasileira**. Campinas: Unicamp, 1993.

DAVIDOW, H. W.; UTTAL, B. **Serviço Total ao Cliente**: a arma decisiva. Tradução de Total Customer Service. Rio de Janeiro: Campus, 1991. 264 p.

DEMSETZ, H. Industrial structure, market rivalry and politic policy. **Journal of Law Economic Organization**, Oxford, v. 16, n. 1, p. 1-10, 1973.

DIAS R. da S. Cooperativismo de Trabalho à luz de Guerreiro Ramos: uma economia de caráter isonômico para profissionais de nível superior. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 24., Florianópolis, 2000. **Anais...** Florianópolis: ENANPAD 2000. 1 CD ROM.

DIERICKX, I.; COOL, K. Asset stock accumulation an sustainability of competitive advantage. **Management Science**, Providence, v. 35, n. 12, p. 1504-1511, Dec. 1989.

DOSI, G. Sources, procedures, and microeconomic effects of innovation. **Journal of Economic Literature**, Nashville, v. 26, n. 3, p. 1120-1171, Sept. 1988.

ESTATUTO SOCIAL. Unimed *Beta*. Agosto de 2003.

FALK, J. A.; XAVIER, T. A. de S. Gestão pela qualidade em serviços de saúde: expectativas dos clientes potenciais e percepções dos profissionais da área. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 22., Foz do Iguaçu, 1998. **Anais...** Foz do Iguaçu: ENANPAD, 1998. 1 CD ROM.

FARIAS, S. A. de; SANTOS, R. da C. Atributos de satisfação nos serviços de hotelaria: uma perspectiva no segmento da terceira idade. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 22., Foz do Iguaçu, 1998. **Anais...** Foz do Iguaçu: ENANPAD 1998. 1 CD ROM.

FIGUEIREDO, K. F.; ARKADER, R.; OZÓRIO, G. B. Estratégias de recuperação de serviço no varejo e seu impacto sobre a fidelização dos clientes. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 22., Florianópolis, 2000. **Anais...** Florianópolis: ENANPAD, 2000. 1 CD ROM.

FONSECA, F. R. B.; SOUZA NETO, A. F. de; CORDEIRO, A. T.; GOUVEIA, T. B. Risco percebido e estratégias redutoras de risco através de diferentes tipos de serviços. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., Salvador, 2002. **Anais...** Salvador: ENANPAD, 2002. 1 CD ROM.

FOSS, N. J. The resource-based perspective: an assessment and diagnosis of problems. **DRUID Working Paper N. 97-1**. Copenhagen: Copenhagen Business School, 1997. p. 1-39.

FURTADO, R. P. M. **A inovação e a competitividade como fatores determinantes na gestão das empresas** – um desafio para as empresas mineiras. 2000. 140 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Lavras, Lavras.

GALUNIC, D. C.; RODAN, S. Resource recombinations in the firm: knowledge structures and the potential for schumpeterian innovation. **Strategic Management Journal**, Sussex, v. 19, 12, p. 1193-1201, Dec. 1998.

- GIANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. **Administração Estratégica de Serviços:** operações para a satisfação do cliente. São Paulo: Atlas, 1994.
- GIDDENS, A. **A constituição da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995a.
- GODOY, A. S. A pesquisa qualitativa e sua utilização em administração de empresas. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 65-71, out./dez. 1995b.
- GRANT, R. M. The resource-based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation. **California Management Review**, Berkeley, v. 33, n. 1, p. 114 – 135, Spring 1991.
- GRENEWOOD, E. **Metodologia de la investigación social.** Buenos Aires: Paidós, 1973.
- GRÖNROOS, C. **Marketing:** gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade. Rio de Janeiro: Campus, 1995.
- GUIA MÉDICO (2003/2004). Unimed *Beta*. 96p.
- HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. **Competindo pelo futuro:** estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã. Rio de Janeiro: Campus, 1995. 377 p.
- HARBI, A. G. A determinação das competências essenciais: o caso no setor supermercadista da cidade de Manaus. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 25., Campinas, 2001. **Anais...** Campinas: ENANPAD, 2001. 1 CD ROM.
- HAYASHI JUNIOR, P.; BARANIUK, J. A.; BULGACOV, S. Recursos e Competências nas Mudanças de Conteúdo Estratégico em Pequenas Empresas de Massas Alimentícias: estudo comparativo de casos. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 27., Atibaia, 2003. **Anais...** Atibaia: ENANPAD, 2003. 1 CD ROM.
- HININGS, C. R.; GREENWOOD, R. **The dynamics of strategic change.** New York: Brasil Blackwell, 1989. p. 1-68.
- KAY, J. **Fundamentos do sucesso empresarial:** como as estratégias de negócios agregam valor. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

KLEMENT, C. F. F. Complexidade no sistema de produção de serviços: um estudo de caso no setor hoteleiro. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., Salvador, 2002. **Anais...** Salvador: ENANPAD, 2002. 1 CD ROM.

KOTLER, P. **Administração de marketing**: análise, planejamento, implantação e controle. Tradução de Ailton Bonfim Brandão. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Princípios de marketing**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

LAMMING, G. N. Eficiência em administração de cooperativas. UTANI, A. (Coord.). **A problemática cooperativista no desenvolvimento econômico**. São Paulo: Fundação Friedrich Naumann, 1973. p. 281-314.

LAZONICK, W. Business organization and advantage competitive: capitalist transformations in the twentieth century. In: DOSI, G.; GIANNETTI, R.; TONINELLI, P. A. (Eds.). **Technology and enterprise in a historical perspective**. Oxford: Oxford University, 1992. p. 119-163.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A Construção do Saber**. Belo Horizonte: UFMG, 1999. p. 165-196.

LIPPMAN, S. A.; RUMELT, R. P. Uncertain imitability: an analysis of interfirm differences in efficiency under competition. **The Bell Journal of Economics**, Murray Hill, v. 13, n. 2, p. 418-438, 1982.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços, marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; FERNANDES, B. H. R. Mudança ambiental e reorientação estratégica: um estudo de caso em instituição bancária. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 46-56, out./dez. 1998.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; FONSECA, V. S. Competitividade organizacional: conciliando padrões concorrenciais e padrões institucionais. In: VIEIRA, M.; OLIVEIRA, L. M. (Orgs.). **Administração Contemporânea**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 27-39.

MACHADO-DA-SILVA, C.L.; FONSECA, V.S.; FERNANDES, B.H.R. Um modelo e quatro ilustrações: em análise a mudança nas organizações. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, Foz do Iguaçu, 1999. **Anais...** Foz do Iguaçu: ENANPAD, 1999. 1 CD ROM.

MAHONEY, J. T.; PANDIAN, J. R. The resource-based view within the conversation of strategic management. **Strategic Management Journal**, Sussex, v. 13, n. 5, p. 363-380, June 1992.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**: metodologia, planejamento, execução e análise. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1997. v. 1, 335 p.

MEIRA, P. R. S. Shopping center, ao seu dispor! Um estudo de serviço ao cliente final na indústria de shopping centers de Porto Alegre. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 21., Rio das Pedras, 1997. **Anais...** Rio das Pedras: ENANPAD, 1997. 1 CD ROM.

MEIRELLES, A. de M., GONÇALVES, C. A., ALMEIDA, A. F. Uma abordagem para estratégia utilizando analogias. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 24., Florianópolis, 2000. **Anais...** Florianópolis: ENANPAD, 2000. 1 CD-ROM.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safari de Estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman. 2000.

MIRANDA, M.; TINOCO, D. dos S. A terceirização dos serviços públicos através de cooperativas de trabalho: o caso de Itajá/RN. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., Salvador: 2002. **Anais...** Salvador: ENANPAD, 2002. 1 CD ROM.

MOLINA, P. A. S. **Planos Privados de Saúde**: um estudo de caso na Cooperativa de Trabalho Médico Unimed de Lavras-MG. 1999. 57 p. Monografia (Estágio Supervisionado em Administração) - Universidade Federal de Lavras, Lavras.

NADLER, D. A.; GERSTEIN, M. S.; SHAW, R. B. **Arquitetura Organizacional**: a chave para a mudança empresarial. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1993. 265 p.

NAVES, F. L. Práticas de gestão em organizações capitalistas e cooperativas: similaridades e contradições. **Perspectiva Econômica**, São Leopoldo, v. 34, n. 105, p. 67-80, jan./mar. 1999.

NELSON, R. Why do firms differ, and how does it matter? **Strategic Management Journal**, Sussex, v. 12, n. 1, p. 61-74, 1991.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. 2004. Disponível em: <<http://www.ocemg.org.br>>. Acesso em: 01 fev. 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS ESTADO DE SÃO PAULO. 2004. Disponível em: <<http://www.ocespp.org.br>>. Acesso em: 01 fev. 2004.

- OLIVEIRA, D. P. R. de. **Manual de Gestão de Cooperativas:** uma abordagem prática. São Paulo: Atlas, 2001.
- PASCUCCI, L. M.; GRAVE, P. S.; SILVEIRA, J. M. da. A Unimed Maringá e seu posicionamento estratégico: uma explicação a partir da visão baseada em recursos. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 27., Atibaia, 2003. **Anais...** Atibaia: ENANPAD, 2003. 1 CD ROM.
- PAULA, F. R. C. de. **Processo Organizacional de uma Cooperativa de Saúde:** um estudo descritivo da Unimed Lavras. 2001. 43 p. Monografia (Estágio Supervisionado em Administração) - Universidade Federal de Lavras, Lavras.
- PENROSE, E. **The theory of growth of the firm.** London: Basil Blackwell. 1959.
- PETERAF, W. A. The cornerstones of competitive advantage: a resource-based view. **Strategic Management Journal**, Sussex, v. 14, n. 2, p. 179-191, 1993.
- PETTIGREW, A.; WHIPP, R. **Managing change for competitive success.** Cambridge, Massachusetts: Blackwell, 1993.
- PINHO, D. B. **Avaliação do cooperativismo brasileiro.** 2. ed. Belo Horizonte: FUNDEC, 1981.82 p.
- PINHO, D. B. **Economia e cooperativismo.** São Paulo: Saraiva, 1977.
- PINHO, D. B. (Org.). **Tipologia cooperativista.** São Paulo: CNPq, 1984. (Manual do cooperativismo, v. 4).
- PORTER, M. **Competitive strategy.** New York: Free, 1980.
- POSSAS, M. **Estruturas de mercado em oligopólio.** São Paulo: Hucitec, 1985.
- PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The Core Competence of the Corporation. **Harvard Business Review**, Harvard, v. 68, n. 3, p. 79-91, May-June 1990.
- PROENÇA, A. **Dinâmica estratégica sob uma perspectiva analítica:** refinando o entendimento gerencial. **ARCHEΣ**, v. 8, n. 23, 1999.
- QUEIROZ, C. A. R. S. de. **Manual da cooperativa de serviços e trabalho.** São Paulo: STS, 1998. 283 p.
- REA, L. M.; PARKER, R. A. **Metodologia de pesquisa:** do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira, 2000. p. 13-35.
- RECH, D. **Cooperativas:** uma alternativa de organização popular. Rio de Janeiro: FASE, 1995.

REED, R.; DEFILLIPPI, R. J. Causal ambiguity, barriers to imitation, and sustainable competitive advantage. **Academy of Management Review**, Ada, v. 15, n. 1, p. 88-102, Jan. 1990.

REGIMENTO INTERNO. Unimed *Beta*. Dezembro de 1999.

ROQUETE, F. F. **Impactos da regulamentação estatal na gestão organizacional**: o caso de uma cooperativa médica UNIMED no Estado de Minas Gerais. 2002. 226 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ROSENBERG, N. **Inside the black box**: technology, economics, and history. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. Part II.

RUMELT, R. P. Towards a strategic theory of the firm. In: LAMB, R. B. (Ed.). **Competitive strategic management**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.

RUMELT, R. P. Theory, strategic and entrepreneurship. In: TEECE, D. J. (Ed.). **The competitive challenge**. Cambridge: Ballinger 1987.

SAMPSON, P. Qualitative research and motivation research. In: WORCESTER, R. **Consumer market research handbook**. 3. ed. Amsterdam: Esomar, 1991.

SARAIVA, L. A. S.; CAPELÃO, L. G. F. A utilização do Marketing como estratégia de melhoria da qualidade dos serviços prestados ao cidadão: um estudo de caso sobre a perspectiva organizacional na esfera pública. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 22., Foz do Iguaçu, 1998. **Anais...** Foz do Iguaçu: ENANPAD, 1998. 1 CD ROM.

SCHULZE, W. S. The two schools of thought in resource-based theory. In: SHRIVASTAVA, P; HUFF, A. S.; DUTTON, J. E. **Advances in strategic management**: resource-based view of the firm. Greenwich: Jai Press, 1994. v. 10.

SELLTIZ, C. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 1974.

SILVA, A. L. J. da; BARBOSA, M. de L. de A. O treinamento como ferramenta para padronização dos serviços em uma empresa hoteleira. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., Salvador, 2002. **Anais...** Salvador: ENANPAD, 2002. 1 CD ROM.

SILVA, C. de F. da; VARVAKIS, G. Definição de medidas de desempenho para serviços: um estudo de caso no setor hoteleiro. In: ENCONTRO NACIONAL

DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 24., Florianópolis: 2000. **Anais...** Florianópolis: ENANPAD, 2000. 1 CD ROM.

SILVA, J. R. G. da; ZALTZMAN, C.; ROCHA-PINTO, S. R. da; GREVE, L.M. Preparação das pessoas para a mudança: marketing interno e desenvolvimento do foco na integração em uma organização de serviços. In: 5º ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 25., Campinas: 2001. **Anais...** Campinas: ENANPAD, 2001. 1 CD ROM.

SIQUEIRA, M. M. **Estado e burocratização da medicina**. Belo Horizonte: UFMG, 1987. 78 p.

STACEY, M. **Methods of social research**. Oxford: Pergamon, 1977. 173 p.

TÉBOUL, J. **A era dos serviços: uma nova abordagem de gerenciamento**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

TEECE, D. J. Economics of scope and the scope of the enterprise. **Journal Economic Behavior and Organization**, Amsterdam, v. 1, n. 4, p. 223-247, 1980.

TEECE, D. J. Towards an economic theory of the multiproduct firm. **Journal Economic Behavior Organization**, Amsterdam, v. 3, n. 1, p. 39-63, 1982.

TEECE, D. J. Profiting from technological innovation: implications for integration, collaboration, licensing and public policy. **Research Policy**, Amsterdam, v. 15, n. 6, p. 285-305, Dec. 1986.

TEECE, D. J.; PISANO, G. The dynamic capabilities of firms: an introduction. **Industrial and Corporate Change**, Oxford, v. 3, n. 3, p. 537-556, May/June 1994.

TEECE, D. J.; PISANO, G.; SHUEN, A. Dynamic capabilities and strategic management. **Strategic Management Journal**, Sussex, v. 18, n. 7, p. 509-533, Aug. 1997.

TOLEDO, G. L. **Marketing bancário: análise, planejamento, processo decisório**. São Paulo: Atlas, 1978.

TREZ, G.; LUCE, F. B. Os serviços ao cliente e a performance da empresa. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 25., Campinas, 2001. **Anais...** Campinas: ENANPAD, 2001. 1 CD ROM.

UNIMED. 2004. Disponível em: <<http://www.unimed.com.br>>. Acesso em: 01 fev. 2004.

UNIMEDMG. 2004. Disponível em: <<http://www.unimedmg.com.br>>. Acesso em: 01 fev. 2004.

VARGAS, E. R. de. Estratégia e Inovação em Serviços. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., Salvador, 2002. **Anais...** Salvador: ENANPAD, 2002a. 1 CD ROM.

VARGAS, E. R. de. Inovação em serviços sob a abordagem dos sistemas de inovação: a pertinência de uma dimensão espacial. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., Salvador, 2002. **Anais...** Salvador: ENANPAD, 2002b. 1 CD ROM.

VECCHI, A. J. S.; LUCE, F. B. As consequências comportamentais da qualidade em serviços: um caso no b2b. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 25., Campinas, 2001. **Anais...** Campinas: ENANPAD, 2001. 1 CD ROM.

VEIGA JÚNIOR, V. D. **Administração da produção e serviços**. Lavras: UFLA/FAEPE, 1997. 153 p.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VILELA, E. de S.; MENEZES, E. A.; VOLLERT JUNIOR, J. R. Modelo de avaliação e medição das atividades dos hotéis. In: ENCONTRO SOBRE EMPREENDEDORISMO E GESTÃO DE PEQUENAS EMPRESAS, 1., Maringá, 2000. **Caderno de resumos e programação...** Maringá: EGEPE, 2000. 41 p.

VIVEIROS, R. **Ética e solidarismo na saúde**: a trajetória de vida de Edmundo Castilho. Coleta de depoimentos e pesquisa de José Maria Silva Moreira. São Paulo: Ricardo Viveiros, 1999. 131 p.

WERNERFELT, B. A. A Resource Based View of the Firm. **Strategic Management Journal**, Sussex, v.5, n. 2, p. 171-180, 1984.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. [S. l.]: Sage, 1990.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 2. ed. São Paulo: Bookman, 2001. 205 p.

## **LISTA DE ANEXOS**

|                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Anexo A. Roteiro fundamentado em estratégia e posicionamento<br>estratégico de serviços..... | 157 |
| Anexo B. Questionário aplicado aos cooperados.....                                           | 158 |
| Anexo C. Questionário aplicado aos serviços credenciados.....                                | 160 |
| Anexo D. Questionário fundamentado na VBR.....                                               | 162 |

## **ANEXOS**

## ANEXO A

Método: Roteiro semi-estruturado de entrevista

Entrevistado: Gerente Geral da Unimed-Beta

Data: 8 de julho de 2004

### **Roteiro fundamentado em estratégia e posicionamento estratégico de serviços** (questões adaptadas de Giansi & Corrêa, 1994, p.109):

1. Basicamente, os segmentos de mercado são o individual, familiar e empresarial. Deste modo, quais as características comuns dos segmentos importantes?
2. Quais as dimensões usadas para segmentar o mercado?
3. Que necessidades cada um destes segmentos têm?
4. Como estas necessidades têm sido atendidas? De que forma? Por quem?
5. Como o conceito de serviço (missão) se propõe a atender às necessidades dos consumidores?
6. Como os concorrentes atendem a estas necessidades?
7. Como o serviço oferecido é diferenciado dos concorrentes?
8. Quão relevantes são estas diferenças?
9. Na sua opinião, o que é um bom serviço? A Unimed oferece? Tem retorno?
10. Que esforços são necessários para alinhar as expectativas dos consumidores e as capacitações do serviço proposto?
11. Em termos de resultados da prestação de serviços, como se espera que estes elementos sejam percebidos:
  - a) pelos usuários;
  - b) pela comunidade local;
  - c) pelo mercado;
  - d) pelos cooperados;
  - e) pelos prestadores de serviços credenciados;
  - f) pelos funcionários.

## ANEXO B

Método: Questionário semi-estruturado de entrevista

Entrevistados: 48 cooperados da Unimed-Beta

Data: maio/julho de 2004

### Questionário aplicado aos cooperados

1. A antecedência com que o Sr.(a) é convidado para as assembléias, reuniões e eventos em geral, é:

|                          |       |                          |     |                          |         |                          |      |
|--------------------------|-------|--------------------------|-----|--------------------------|---------|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Ótima | <input type="checkbox"/> | Boa | <input type="checkbox"/> | Regular | <input type="checkbox"/> | Ruim |
|--------------------------|-------|--------------------------|-----|--------------------------|---------|--------------------------|------|

2. O Sr.(a) está satisfeito com sua cooperativa médica?

|                          |                  |                          |            |                          |                  |
|--------------------------|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Muito satisfeito | <input type="checkbox"/> | Satisfeito | <input type="checkbox"/> | Pouco satisfeito |
|--------------------------|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------------|

3. Desde que o Sr.(a) ingressou na cooperativa qual a sua participação como Diretor, Conselheiro ou qualquer outra atividade da cooperativa?

|                          |         |                          |       |                          |                    |
|--------------------------|---------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Nenhuma | <input type="checkbox"/> | Pouca | <input type="checkbox"/> | Muita participação |
|--------------------------|---------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------|

Caso não tenha tido nenhuma participação, explique o porquê \_\_\_\_\_

4. Sempre que surge alguma dúvida em relação à cooperativa, o Sr.(a) tenta esclarecer?

|                          |       |                          |               |                          |        |
|--------------------------|-------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Nunca | <input type="checkbox"/> | Algumas vezes | <input type="checkbox"/> | Sempre |
|--------------------------|-------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------|

5. O Sr.(a) sabe o que significa cooperativismo?

|                          |         |                          |               |                          |         |                          |               |
|--------------------------|---------|--------------------------|---------------|--------------------------|---------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Não sei | <input type="checkbox"/> | Conheço pouco | <input type="checkbox"/> | Conheço | <input type="checkbox"/> | Conheço muito |
|--------------------------|---------|--------------------------|---------------|--------------------------|---------|--------------------------|---------------|

6. O Sr.(a) avalia a atuação da atual Diretoria, como?

|                          |       |                          |     |                          |         |                          |      |
|--------------------------|-------|--------------------------|-----|--------------------------|---------|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Ótima | <input type="checkbox"/> | Boa | <input type="checkbox"/> | Regular | <input type="checkbox"/> | Ruim |
|--------------------------|-------|--------------------------|-----|--------------------------|---------|--------------------------|------|

7. Na sua opinião, há transparência nas resoluções da Diretoria?

8. Conforme o tipo de atendimento dispensado ao Sr.(a), identifique com satisfeito/insatisfeito:

| Setores       | Satisfeito | Insatisfeito | Desconhece |
|---------------|------------|--------------|------------|
| Diretoria     |            |              |            |
| Gerência      |            |              |            |
| Auditoria     |            |              |            |
| Contabilidade |            |              |            |
| Financeiro    |            |              |            |
| Motorista     |            |              |            |
| Vendas        |            |              |            |
| Office Boy    |            |              |            |
| Recepção      |            |              |            |

|                  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|
| Telefonista      |  |  |  |
| Faturamento      |  |  |  |
| Enfermagem       |  |  |  |
| Recursos Humanos |  |  |  |
| Desenvolvimento  |  |  |  |
| Serviços Gerais  |  |  |  |

9. O Sr.(a) possui computador? Em casa ou no consultório?
10. Está conectado à Internet?
11. Sabe utilizar a Internet?
12. O Sr.(a) percebe se o usuário da Unimed tem confiabilidade e respeito à marca Unimed no momento da consulta? Se sim, quais os atributos que são mais valorizados? Se não, quais os atributos mais criticados?
13. Dos atendimentos feitos, qual o percentual destinado a usuários Unimed?
14. Como o Sr.(a) avalia a imagem e a reputação da cooperativa frente aos seus concorrentes?
15. Qual é a sua relação com os principais serviços credenciados da Unimed e sua avaliação geral?
16. O Sr.(a) procura se informar sobre que plano o seu paciente dispõe? Conhece as modalidades dos planos?
17. Quais as principais vantagens e desvantagens de ser um cooperado?
18. Qual é a sua percepção a respeito do número de cooperados da Unimed?
19. O Sr.(a) conhece princípios administrativos e de qualidade em serviços. Já fez ou faz cursos da área?
20. Na sua opinião, qual é a tendência do mercado de assistência médica suplementar tomando como referência a conjuntura econômica, política e sócio-cultural da região? E a sua visão futura da Unimed?
21. Dê sua opinião a respeito das principais qualidades e deficiências da cooperativa.
22. Mencione algumas atividades que o Sr.(a) entende que a cooperativa deve desenvolver visando melhorar a satisfação de médicos e usuários?
23. Possui projetos para fazer junto a Unimed seja ele para usuário e/ou cooperado?

## ANEXO C

Método: Questionário semi-estruturado de entrevista

Entrevistados: 5 prestadores de serviços credenciados da Unimed-Beta

Data: maio de 2004

### Questionário aplicado aos serviços credenciados

1. O Sr.(a) é convidado para algum evento (em geral) pela cooperativa. Se sim, com qual frequência?

2. O Sr.(a) está satisfeito com a cooperativa médica?

|                          |                  |                          |            |                          |                  |
|--------------------------|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Muito satisfeito | <input type="checkbox"/> | Satisfeito | <input type="checkbox"/> | Pouco satisfeito |
|--------------------------|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------------|

3. Desde que o Sr.(a) atua na cooperativa como prestadores de serviços credenciados, como é a sua relação com a Diretoria Administrativa da cooperativa?

4. Sempre que surge alguma dúvida em relação à cooperativa, o Sr.(a) tenta esclarecer?

|                          |       |                          |               |                          |        |
|--------------------------|-------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Nunca | <input type="checkbox"/> | Algumas vezes | <input type="checkbox"/> | Sempre |
|--------------------------|-------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------|

5. O Sr.(a) avalia a atuação da atual Diretoria, como?

|                          |       |                          |     |                          |         |                          |      |
|--------------------------|-------|--------------------------|-----|--------------------------|---------|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Ótima | <input type="checkbox"/> | Boa | <input type="checkbox"/> | Regular | <input type="checkbox"/> | Ruim |
|--------------------------|-------|--------------------------|-----|--------------------------|---------|--------------------------|------|

6. Na sua opinião, há transparência nas resoluções da Diretoria?

7. Conforme o tipo de atendimento dispensado ao Sr.(a), identifique com satisfeito/insatisfeito:

| Setores          | Satisfeito | Insatisfeito | Desconheço |
|------------------|------------|--------------|------------|
| Diretoria        |            |              |            |
| Gerência         |            |              |            |
| Auditoria        |            |              |            |
| Contabilidade    |            |              |            |
| Financeiro       |            |              |            |
| Motorista        |            |              |            |
| Vendas           |            |              |            |
| Office Boy       |            |              |            |
| Recepção         |            |              |            |
| Telefonista      |            |              |            |
| Faturamento      |            |              |            |
| Enfermagem       |            |              |            |
| Recursos Humanos |            |              |            |
| Desenvolvimento  |            |              |            |
| Serviços Gerais  |            |              |            |

8. O Sr.(a) percebe se o usuário da Unimed tem confiabilidade e respeito à marca Unimed no momento que lhe é prestado serviço? Se sim, quais os atributos que são mais valorizados? Se não, quais os atributos mais criticados?
9. Dos atendimentos feitos, qual o percentual destinado a usuários Unimed?
10. Como o Sr.(a) avalia a imagem e a reputação da cooperativa frente aos seus concorrentes?
11. Qual é a sua relação com os demais serviços credenciados da Unimed e sua avaliação geral?
12. O Sr.(a) procura se informar sobre que plano o seu paciente dispõe? Conhece as modalidades dos planos?
13. Quais as principais vantagens e desvantagens de ser um prestadores de serviços credenciados?
14. Qual é a sua percepção a respeito do número de cooperados (152), serviços credenciados (45) e usuários (25000) da Unimed?
15. O Sr.(a) conhece princípios administrativos e de qualidade em serviços. Já fez ou faz cursos da área?
16. Na sua opinião, qual é a tendência do mercado de assistência médica suplementar tomando como referência a conjuntura econômica, política e sócio-cultural da região?
17. Dê sua opinião a respeito das principais qualidades e deficiências da cooperativa.

## ANEXO D

Método: Questionário semi-estruturado de entrevista

Entrevistados: Gerente Geral, Diretor-Presidente e Assessora da Diretoria da Unimed-Beta

Data: maio de 2004

### Questionário fundamentado na VBR

1. A cooperativa oferece treinamento para os funcionários em quais setores:

|                                                 |                                        |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cadastro               | <input type="checkbox"/> auditoria     |
| <input type="checkbox"/> financeiro             | <input type="checkbox"/> contabilidade |
| <input type="checkbox"/> recepção               | <input type="checkbox"/> informática   |
| <input type="checkbox"/> vendas/marketing       | <input type="checkbox"/> todos         |
| <input type="checkbox"/> faturamento            | <input type="checkbox"/> nenhum        |
| <input type="checkbox"/> atendimento domiciliar |                                        |

2. Quem dá o treinamento aos funcionários?

|                                                     |                                                |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fornecedores               | <input type="checkbox"/> universidades/escolas |
| <input type="checkbox"/> consultores especializados | <input type="checkbox"/> outros:               |

3. Qual a média/ano de empregado treinado? \_\_\_\_\_

4. Dentre os fatores apresentados abaixo, assinale aqueles que estão presentes internamente na Cooperativa:

|                                                                              |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Melhoria das características dos processos internos | <input type="checkbox"/> Economia de capital fixo |
| <input type="checkbox"/> Busca pela flexibilidade                            | <input type="checkbox"/> Economia de custos       |
| <input type="checkbox"/> Exigência de especificações técnicas                | <input type="checkbox"/> Informatização           |
| <input type="checkbox"/> Busca por novos conhecimentos e aprendizado         | <input type="checkbox"/> Conquista de mercado     |
| <input type="checkbox"/> Economia de energia                                 | <input type="checkbox"/> Outros:                  |

5. Dentre os critérios apresentados, quais são utilizados para orientar os investimentos da Cooperativa?

|                                                       |                                                            |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conhecimento do ramo         | <input type="checkbox"/> Inovação                          |
| <input type="checkbox"/> Experiência em gerenciamento | <input type="checkbox"/> Demanda do cooperado              |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa de mercado          | <input type="checkbox"/> Demanda dos usuários              |
| <input type="checkbox"/> Contato com fornecedores     | <input type="checkbox"/> Demanda dos serviços credenciados |
| <input type="checkbox"/> “feeling”                    | <input type="checkbox"/> Outros: _____                     |

6. Qual a sua percepção atual sobre a cooperativa quanto:

6.1 Ao nível de vendas dos planos:

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Mais baixa |
| <input type="checkbox"/> | Similar    |
| <input type="checkbox"/> | Mais alta  |

6.2 Ao número de cooperados:

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Mais baixa |
| <input type="checkbox"/> | Similar    |
| <input type="checkbox"/> | Mais alta  |

6.3 Aos serviços credenciados:

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Mais baixa |
| <input type="checkbox"/> | Similar    |
| <input type="checkbox"/> | Mais alta  |

6.4 A intensificação nos investimentos:

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Mais baixa |
| <input type="checkbox"/> | Similar    |
| <input type="checkbox"/> | Mais alta  |

6.5 Ao nível de empregados:

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Mais baixo |
| <input type="checkbox"/> | Similar    |
| <input type="checkbox"/> | Mais alto  |

7. Há quanto tempo foram feitos os últimos investimentos?

|                          |                    |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Menos de 01 ano    | <input type="checkbox"/> | Entre 01 e 02 anos |
| <input type="checkbox"/> | Entre 02 a 05 anos | <input type="checkbox"/> | Mais de 05 anos    |

8. Qual o tipo de investimento realizado nos setores?

| SETOR                  | TIPO DE INVESTIMENTO |
|------------------------|----------------------|
| cadastro               |                      |
| financeiro             |                      |
| recepção               |                      |
| vendas/marketing       |                      |
| auditoria              |                      |
| faturamento            |                      |
| contabilidade          |                      |
| informática            |                      |
| atendimento domiciliar |                      |

9. Para se manter competitiva no mercado, a cooperativa deve considerar alguns fatores. Pontue por favor, o nível de importância de cada fator anualmente e no futuro (considerando-o de 5 anos) sendo que:

(1) muito importante                      (2) importante                      (3) pouco importante

| ITEM                          | HOJE | FUTURO |
|-------------------------------|------|--------|
| Pesquisa e Desenvolvimento    | ( )  | ( )    |
| Custo do Produto Final        | ( )  | ( )    |
| Economia de Escala            | ( )  | ( )    |
| Economia de Escopo            | ( )  | ( )    |
| Verticalização                | ( )  | ( )    |
| Diversificação                | ( )  | ( )    |
| Recursos Humanos qualificados | ( )  | ( )    |
| Meio Ambiente                 | ( )  | ( )    |
| Qualidade Total               | ( )  | ( )    |
| Outros:                       | ( )  | ( )    |

10. Indique qual é o percentual de suas operações que estão sendo controladas por mecanismos eletrônicos atualmente?

11. As máquinas e equipamentos utilizados pela cooperativa são:

|     |                                        |
|-----|----------------------------------------|
| ( ) | Nacionais com menos de 01 ano de uso   |
| ( ) | Importadas com menos de 01 ano de uso  |
| ( ) | Nacionais com menos de 05 anos de uso  |
| ( ) | Importadas com menos de 05 anos de uso |
| ( ) | Nacionais com mais de 05 anos de uso   |
| ( ) | Importadas com mais de 05 anos de uso  |

12. Como resultado de inovações realizadas, quais são os atributos relevantes na formação profissional de seus funcionários?

|     |                            |     |                                              |
|-----|----------------------------|-----|----------------------------------------------|
| ( ) | Raciocínio lógico          | ( ) | Coordenação motora                           |
| ( ) | Concentração               | ( ) | Habilidade para aprender novas qualificações |
| ( ) | Conhecimento técnico geral | ( ) | Responsabilidade na execução das atividades  |
| ( ) | Destreza manual            | ( ) | Iniciativa para resolver problemas           |
| ( ) | Aspiração profissional     | ( ) | Outro: _____                                 |

13. Quais as áreas de conhecimento que são mais valorizadas?

|     |                    |     |                                 |
|-----|--------------------|-----|---------------------------------|
| ( ) | Técnica            | ( ) | Conhecimento do Processo Global |
| ( ) | Cooperativista     | ( ) | Marketing                       |
| ( ) | Informática        | ( ) | Financeira/Contábil             |
| ( ) | Médica             | ( ) | Recursos Humanos                |
| ( ) | Conhecimento Geral | ( ) | Outra: _____                    |

14. Indique a ordem de importância destes fatores quanto ao processo de tomada de decisão na cooperativa, sendo:

(1) muito importante (2) importante (3) pouco importante

|                          |                                       |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Incremento na participação no mercado |
| <input type="checkbox"/> | Entrar em novos mercados              |
| <input type="checkbox"/> | Conquistar os clientes                |
| <input type="checkbox"/> | Busca de liderança empresarial        |
| <input type="checkbox"/> | Atuação das empresas do mesmo ramo    |
| <input type="checkbox"/> | Demanda dos cooperados                |
| <input type="checkbox"/> | Demanda dos usuários                  |
| <input type="checkbox"/> | Demanda dos funcionários              |
| <input type="checkbox"/> | Novas formas de gestão                |
| <input type="checkbox"/> | Maior participação dos funcionários   |
| <input type="checkbox"/> | Flexibilidade                         |
| <input type="checkbox"/> | Desburocratização                     |

15. Dos fatores citados, classifique-os em positivo, estável ou negativo em relação a sua presença na cooperativa:

| ITEM                               | CLASSIFICAÇÃO |
|------------------------------------|---------------|
| 1. Competitividade                 |               |
| 2. Produtividade                   |               |
| 3. Qualidade dos planos            |               |
| 4. Ampliação do mercado de atuação |               |
| 5. Preço dos planos                |               |
| 6. Demanda pelos planos            |               |
| 7. Tecnologia                      |               |
| 8. Funcionários                    |               |
| 9. Parcerias                       |               |
| 10. Conhecimento do mercado        |               |
| 11. Conjuntura política-econômica  |               |
| 12. Estratégias de Marketing       |               |
| 13. Planejamento Estratégico       |               |
| 14. Responsabilidade Social        |               |

16. Quais são os principais serviços credenciados e suas principais características?

17. Qual foi o critério utilizado para a escolha/credenciamento destes serviços credenciados?

18. Como se dá a relação entre estes serviços credenciados e a cooperativa?

19. Como se dá a relação entre os cooperados e a cooperativa?

20. Como se dá a relação entre os usuários dos planos e a cooperativa?

21. Como se dá a relação da cooperativa com a comunidade local?

22. Como a cooperativa mede o grau de satisfação dos seus cooperados:

|                          |                     |                          |                   |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pesquisa direta     | <input type="checkbox"/> | Pesquisa informal |
| <input type="checkbox"/> | Fichas de sugestões | <input type="checkbox"/> | Não avalia        |
| <input type="checkbox"/> | Outros:             |                          |                   |

23. Como a cooperativa mede o grau de satisfação dos seus serviços credenciados:

|                          |                     |                          |                   |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pesquisa direta     | <input type="checkbox"/> | Pesquisa informal |
| <input type="checkbox"/> | Fichas de sugestões | <input type="checkbox"/> | Não avalia        |
| <input type="checkbox"/> | Outros:             |                          |                   |

24. Como a cooperativa mede o grau de satisfação dos seus usuários:

|                          |                     |                          |                   |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pesquisa direta     | <input type="checkbox"/> | Pesquisa informal |
| <input type="checkbox"/> | Fichas de sugestões | <input type="checkbox"/> | Não avalia        |
| <input type="checkbox"/> | Outros:             |                          |                   |

25. Na sua opinião em que nível está a satisfação do usuário (B: bom R: regular I: Insatisfatório) quanto ao:

|                          |                        |                          |                                                          |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Preço dos planos       | <input type="checkbox"/> | Variedade de planos/médicos/laboratórios/outros serviços |
| <input type="checkbox"/> | Qualidade dos serviços | <input type="checkbox"/> | Atendimento                                              |
| <input type="checkbox"/> | Outros:                |                          |                                                          |

26. Na sua opinião quais os principais fatores que levam a cooperativa a uma posição sustentável no mercado local?

27. Caso a cooperativa opte por inovar e modernizar sua área de atuação, quais são os principais problemas ou mesmo barreiras, que na sua opinião a cooperativa pode enfrentar?

28. Os fatores econômicos, sociais, políticos e tecnológicos influenciam a tomada de decisão e acabam por influenciar a decisão da cooperativa em investir em modernização e inovação. Quais são os principais fatores relacionados e influenciadores do processo decisório dentro da cooperativa?

29. Na sua opinião qual o papel do Estado e sua influência com relação a atuação do cooperativismo médico?

30. Na sua opinião, tomando como referência certos atributos, assinale aqueles que os funcionários (de maneira geral) apresentam dentro da cooperativa e sua presença:

| ATRIBUTOS                                        | Pouco presente | Presente | Muito presente |
|--------------------------------------------------|----------------|----------|----------------|
| 1. Conhecer as rotinas do setor                  |                |          |                |
| 2. Conhecer princípios de economia               |                |          |                |
| 3. Conhecer tecnologia do setor                  |                |          |                |
| 4. Conhecer técnicas de marketing                |                |          |                |
| 5. Conhecer métodos avançados de comercialização |                |          |                |
| 6. Ser capaz de manter equilíbrio emocional      |                |          |                |
| 7. Saber conquistar o cliente                    |                |          |                |

|                                                                                                    |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 8. Saber fazer negócios inteligentes                                                               |  |  |  |
| 9. Saber ser observador                                                                            |  |  |  |
| 10. Ser capaz de identificar riscos no negócio                                                     |  |  |  |
| 11. Saber trabalhar em grupo                                                                       |  |  |  |
| 12. Demonstrar tranquilidade nos serviços                                                          |  |  |  |
| 13. Demonstrar interesse em crescer profissionalmente                                              |  |  |  |
| 14. Demonstrar empatia ao usuário                                                                  |  |  |  |
| 15. Conhecer os responsáveis pelos serviços credenciados                                           |  |  |  |
| 16. Conhecer princípios de qualidade em serviços                                                   |  |  |  |
| 17. Conhecer técnicas modernas de vendas para o setor                                              |  |  |  |
| 18. Conhecer princípios de recursos humanos                                                        |  |  |  |
| 19. Conhecer as rotinas e processos relativos a sua tarefa.                                        |  |  |  |
| 20. Conhecer os cooperados                                                                         |  |  |  |
| 21. Conhecer informática                                                                           |  |  |  |
| 22. Conhecer o mercado do setor                                                                    |  |  |  |
| 23. Conhecer ferramentas que possibilitem uma melhor operação da atividade                         |  |  |  |
| 24. Conhecer a conjuntura econômica, política e sócio-cultural do país e da região.                |  |  |  |
| 25. Utilizar uma forma de comunicação que o cliente entenda                                        |  |  |  |
| 26. Ser capaz de identificar as características e expectativas do usuário em relação a cooperativa |  |  |  |
| 27. Ser capaz de solucionar problemas inéditos                                                     |  |  |  |
| 28. Ser capaz de resolver de forma rápida problemas e dúvidas dos cooperados e usuários            |  |  |  |
| 29. Ser capaz de manter boas relações com clientes e colegas                                       |  |  |  |
| 30. Saber fazer negócios competitivos                                                              |  |  |  |

|                                                                                            |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 31. Saber fazer uso de ferramentas tecnológicas                                            |  |  |  |
| 32. Saber conquistar a simpatia e apreço dos usuários                                      |  |  |  |
| 33. Identificar oportunidades de negócios a partir de tendências do setor.                 |  |  |  |
| 34. Ser capaz de produzir soluções criativas e inovadoras.                                 |  |  |  |
| 35. Ser capaz de estruturar produtos e serviços para atender as necessidades dos clientes. |  |  |  |
| 36. Saber aonde encontrar as informações necessárias para o seu trabalho.                  |  |  |  |
| 37. Saber fazer gerenciamento de recursos humanos                                          |  |  |  |
| 38. Ser capaz de estimular e promover o trabalho em equipe                                 |  |  |  |
| 39. Saber argumentar de forma convincente sobre situações de trabalho                      |  |  |  |
| 40. Demonstrar elevada produtividade                                                       |  |  |  |
| 41. Demonstrar cortesia e educação para com os clientes e colegas                          |  |  |  |
| 42. Demonstrar satisfação e interesse em atender o cliente                                 |  |  |  |
| 43. Reconhecer a importância do usuário                                                    |  |  |  |
| 44. Reconhecer a importância do cooperado                                                  |  |  |  |
| 45. Reconhecer a importância dos serviços credenciados                                     |  |  |  |
| 46. Manifestar interesse em aprender continuamente                                         |  |  |  |
| 47. Demonstrar ser proativo                                                                |  |  |  |
| 48. Demonstrar humildade                                                                   |  |  |  |

|                                                                          |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 49. Ser ético em relação aos clientes/cooperados/serviços credenciados   |  |  |  |
| 50. Manifestar interesse em ações comunitárias proposta pela cooperativa |  |  |  |

31. A cooperativa possui algum recurso ou atributo que não é empregado por outra organização da área de assistência médica suplementar e que traz certa vantagem competitiva? Se não possui, existe algum recurso que se trabalhado poderia gerar tal vantagem?

32. Como se dá o planejamento, controle e coordenação (formais e informais) das ações dentro e fora da cooperativa?

33. Como se verifica a ameaça dos concorrentes dentro da área de atuação da cooperativa?

34. A cooperativa possui ou pretende realizar algum tipo de parceria?

|                          |          |                          |                         |
|--------------------------|----------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Parceria | <input type="checkbox"/> | <i>Joint Venture</i>    |
| <input type="checkbox"/> | Aliança  | <input type="checkbox"/> | Terceirização de ativos |
| <input type="checkbox"/> | Licença  | <input type="checkbox"/> | Outros: _____           |

35. Na sua opinião a localização geográfica da cooperativa é privilegiada?

36. De maneira geral, perante o retorno do usuário, verifica-se a associação dos planos da Unimed à qualidade, confiança e reconhecimento da marca?

37. Esta singular tem ou já teve a capacidade de oferecer planos ou recursos inovadores no mercado?

38. Dentro da realidade local, o domínio ou posição da cooperativa é devido a: monopólio natural, restrições de mercados devido a licenças e/ou regulamentações ou vantagens relacionadas à curva de experiência.

39. Como se dá a interação entre os processos estratégicos desta singular Unimed com as estratégias globais Unimed como um todo?