

LETICIA CESTARI HIDALGO DA SILVA CAMPOS

**ALINHAMENTO ESTRATÉGICO EM UMA COOPERATIVA MÉDICA
ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DO *BALANCED SCORECARD***

São Paulo

2016

LETICIA CESTARI HIDALGO DA SILVA CAMPOS

**ALINHAMENTO ESTRATÉGICO EM UMA COOPERATIVA MÉDICA
ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DO *BALANCED SCORECARD***

Trabalho de formatura apresentado à Escola
Politécnica da Universidade de São Paulo para
obtenção do Diploma de Engenharia de
Produção

São Paulo

2016

LETICIA CESTARI HIDALGO DA SILVA CAMPOS

**ALINHAMENTO ESTRATÉGICO EM UMA COOPERATIVA MÉDICA
ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DO *BALANCED SCORECARD***

Trabalho de formatura apresentado à Escola
Politécnica da Universidade de São Paulo para
obtenção do Diploma de Engenharia de
Produção

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Barbin
Laurindo

São Paulo

2016

Catálogo-na-publicação

Campos, Leticia Cestari Hidalgo da Silva

Alinhamento estratégico em uma cooperativa médica através da implementação do Balanced Scorecard / L. C. H. S. Campos – São Paulo, 2016.

114 p.

Trabalho de Formatura - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. Departamento de Engenharia de Produção.

1. Alinhamento estratégico 2. Balanced Scorecard 3. Ativos intangíveis I. Universidade de São Paulo. Escola Politécnica. Departamento de Engenharia de Produção II. t.

*Ao meu pai e à minha mãe,
pelas oportunidades e pelo amor incondicional.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Sizenando e Maria Raquel, por não terem medido esforços em tornar viáveis todos os meus sonhos; por não apenas cobrarem o melhor de mim, mas por serem exemplos.

Ao meu irmão Daniel, por ser fonte de inspiração na busca pela sabedoria.

Ao Prof. Dr. Fernando José Barbin Laurindo, pela orientação, pelo aprendizado e pelos conselhos importantes.

A todos os professores da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, por terem me apresentado o mundo da Engenharia.

A todos os professores da Ecole des Ponts ParisTech, por me propiciarem uma formação complementar e inusitada.

A todos os meus familiares e amigos, pelo carinho e pelo apoio em minhas empreitadas.

Aos meus amigos de duplo-diploma, por terem sido minha família durante os três anos passados no exterior.

À empresa que me acolheu para realizar este trabalho, pela disponibilização de documentos, informações e tempo de seus colaboradores.

“A saúde não é mercadoria, mas tem custo.”

Edmundo Castilho, idealizador do Sistema de
Cooperativas Médicas do Brasil

RESUMO

As operadoras de planos de saúde atuam em um ambiente competitivo altamente regulado. O não cumprimento das exigências financeiras e de qualidade do órgão regulador pode levá-las, entre outras sanções, à liquidação extrajudicial. Isso, somado às condições adversas da atual conjuntura macroeconômica do país, leva as operadoras de planos de saúde à necessidade de melhoria dos padrões de gestão como instrumento de sucesso e, muitas vezes, da própria sobrevivência. Diante disso, este estudo foi desenvolvido em uma operadora de planos de saúde, de modalidade cooperativa médica, e aborda o processo de implementação de um *Balanced Scorecard*, com o objetivo de se instituir um sistema de gestão estratégica. No diagnóstico situacional da referida empresa, constatou-se a inexistência de um processo estruturado de gestão estratégica que envolvesse todas as suas funções relevantes. O verdadeiro poder do *Balanced Scorecard*, segundo alguns autores, ocorre quando deixa de ser um simples sistema de medidas de desempenho e se transforma em um sistema de gestão estratégica. Este trabalho incluiu, portanto, as etapas de diagnóstico estratégico e de clarificação da estratégia, as quais viabilizaram a proposição do conjunto de indicadores adequados para compor o *Balanced Scorecard*. Além disso, foi definido um plano de implementação, elemento essencial para se garantir o uso contínuo do referido sistema gerencial por meio do envolvimento de todas as partes interessadas. O método empregado mostrou-se muito relevante no caso de cooperativa, organização sem fins lucrativos, uma vez que a visão desta não é o retorno sobre o capital de seus sócios e sim, de garantia de condições dignas de trabalho e de remuneração.

Palavras-Chave: Balanced Scorecard, ativos intangíveis, alinhamento estratégico

ABSTRACT

Health insurance companies' operate in a competitive highly regulated environment. Breaching financial or quality obligations imposed by the healthcare regulator may, among other sanctions, be a reason for extrajudicial liquidation. This added to the adverse conditions of the current macroeconomic situation reveals the need for health insurance companies to improve their management standards in order to achieve success, and often their own survival. Therefore, this study was conducted in a health insurance company, a medical cooperative, and addresses the implementation process of the Balanced Scorecard as a management tool for strategy. The company's situational assessment showed that it lacked of a structured strategic management process, involving all of its relevant functions. The real power of the Balanced Scorecard, according to some authors, is when it becomes more of a strategic management system as opposed to a simple performance measurement framework. Thus, this study includes, firstly, a strategic assessment and a strategy clarification, which enabled the proposition Balanced Scorecard indicators. An implementation plan was also defined, as it is essential to ensure the continued use of that management system by all stakeholders. The method proposed proved to be very relevant in the cooperative, a non-profit organization, as it does not aim at the return on shareholders' capital, but at guarantying decent working conditions and remuneration to them.

Keywords: Balanced Scorecard, intangible assets, strategic alignment

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Estrutura geral do trabalho	19
Figura 2. <i>Stakeholders</i> no setor de saúde suplementar brasileiro	22
Figura 3. Número de beneficiários de planos privados de saúde no Brasil (milhões) e percentual da população brasileira coberta.....	25
Figura 4. Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos privados de saúde no Brasil.....	26
Figura 5. Distribuição de beneficiários de planos de saúde por tipo de contratação no Brasil	26
Figura 6. Distribuição de beneficiários de planos de saúde, por modalidade de operadora (Brasil).....	27
Figura 7. Distribuição de beneficiários de planos de saúde por faixa etária (Brasil)	27
Figura 8. Distribuição de beneficiários de planos de saúde por faixa etária e por tipo de contratação (Brasil).....	28
Figura 9. Taxas de crescimento anuais das despesas assistenciais por beneficiário de planos de saúde e do PIB <i>per capita</i> no Brasil (2005-2015).	29
Figura 10. Gastos com saúde no Brasil, em % do PIB brasileiro (2006-2014).....	30
Figura 11. Receitas e despesas operacionais de operadoras de planos de saúde no Brasil	31
Figura 12. Taxas de sinistralidade e índice combinado de operadoras de planos de saúde no Brasil.....	31
Figura 13. Matriz SWOT	37
Figura 14. Cinco forças competitivas	39
Figura 15. Grupos estratégicos na indústria de serras de fita do Estados Unidos	42
Figura 16. <i>Stakeholders</i> no contexto de uma organização	43
Figura 17. Fatores Críticos de Sucesso segundo as três dimensões de classificação	49
Figura 18. Modelo simples de criação de valor	53
Figura 19. Fluxograma do desenvolvimento do trabalho	59
Figura 20. Metodologia do Diagnóstico Estratégico e referências.....	60
Figura 21. Metodologia da Formulação da Estratégia e referências	60
Figura 22. Metodologia da Implementação do Sistema de BSC e referências.....	62
Figura 23. Mapa dos grupos estratégicos do setor de saúde suplementar	70
Figura 24. Organograma da GMed.....	74
Figura 25. Modelo de criação de valor da GMed	93
Figura 26. Mapa Estratégico da GMed.....	94

Figura 27. Cronograma de projeto – Fases de Planejamento e Desenvolvimento.....	102
Figura 28. Cronograma de projeto – Fase de Implementação	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação por porte, de operadoras de planos de saúde no Brasil e número de beneficiários, 2015.....	25
Tabela 2: Distribuição de beneficiários por tipo de plano	67
Tabela 3. Indicadores de liquidez	77
Tabela 4. Indicadores de estrutura de capital	78
Tabela 5. Indicadores de rentabilidade	79
Tabela 6. Indicadores de margem.....	79
Tabela 7. Indicadores Específicos do Setor	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Os <i>stakeholders</i> e seus principais interesses.....	44
Quadro 2. Indicadores financeiros disponíveis na Literatura e ANS	44
Quadro 3. Lista de entrevistados e relação com os ativos intangíveis	61
Quadro 4. Forças competitivas e intensidades.....	68
Quadro 5. Relações e interesses de <i>stakeholders</i> com a GMed.....	73
Quadro 6. Respostas da 1ª Pergunta – Entrevista de FCS	85
Quadro 7. Respostas da 2ª Pergunta – Entrevista de FCS	86
Quadro 8. Respostas da 3ª Pergunta – Entrevista de FCS	86
Quadro 9. Fatores Críticos de Sucesso e as Três Dimensões de Bullen e Rockart	88
Quadro 10. Indicadores para o objetivo “Constituir a totalidade de provisões técnicas exigidas pela ANS”	95
Quadro 11. Indicadores para o objetivo “Entregar resultado para o cooperado”	96
Quadro 12. Indicadores para o objetivo “Saúde financeira”	96
Quadro 13. Indicadores para o objetivo “Entregar qualidade de atendimento à saúde do beneficiário pelo médico”	97
Quadro 14. Indicadores para o objetivo “Prover uma rede prestadora abrangente e de qualidade”	97
Quadro 15. Indicadores para o objetivo “Gerenciar relacionamento com o cooperado, garantindo transparência com e participação”	97
Quadro 16. Indicadores para o objetivo “Melhorar a eficiência da auditoria médica”	98
Quadro 17. Indicadores para o objetivo “Garantir Processo de vendas inteligente”	98
Quadro 18. Indicadores para o objetivo “Gerenciar processos jurídicos”	99
Quadro 19. Indicadores para o objetivo “Disponibilizar tecnologia da informação para suportar os processos estratégicos”	99
Quadro 20. Indicadores para o objetivo “Aumentar o alinhamento do capital humano”	100
Quadro 21. Indicadores para o objetivo “Aumentar o alinhamento do capital organizacional”	100
Quadro 22. Equipe de Projeto.....	101

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACI	Aliança Cooperativista Internacional
ANS	Agencia Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
FCS	Fatores Críticos de Sucesso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
OPS	Operadora de Planos de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
RN	Resolução Normativa
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	<i>Strengths, Weakness, Opportunities, Threats</i>
TI	Tecnologia da Informação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Contexto.....	13
1.2	A empresa e escopo do trabalho	14
1.3	Justificativa do tema	16
1.4	Objetivos.....	17
1.5	Estrutura do trabalho	18
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	A saúde suplementar no Brasil	20
2.1.1	A regulação do setor	21
2.1.2	Os stakeholders.....	22
2.1.3	Operadoras, beneficiários e planos de saúde	25
2.1.4	Receitas, custos assistenciais e indicadores financeiros do setor	29
2.1.5	Cooperativismo médico no Brasil	31
2.2	Estratégia e planejamento estratégico.....	34
2.3	Diagnóstico estratégico.....	37
2.3.1	A análise SWOT	37
2.3.2	As forças competitivas da indústria.....	39
2.3.3	Os grupos estratégicos	41
2.3.4	Os públicos de interesse (stakeholders).....	42
2.3.5	Finanças corporativas	44
2.3.6	Declaração da Missão e da Visão	46
2.3.7	Fatores Críticos de Sucesso	47
2.4	A geração de valor de longo prazo através dos ativos intangíveis	51
2.4.1	A tradução da estratégia em quatro perspectivas.....	52
2.4.2	As relações de causa e efeito: O Mapa estratégico.....	54
2.4.3	O projeto de construção do Balanced Scorecard	56
3	METODOLOGIA.....	59
3.1	Etapa 1: Diagnóstico Estratégico.....	59
3.2	Etapa 2: Formulação da estratégia.....	60
3.3	Etapa 3: Implementação do sistema do BSC.....	62
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
4.1	Diagnóstico estratégico.....	63

4.1.1	Análise ambiental.....	63
4.1.1.1	As cinco forças competitivas da indústria.....	63
4.1.1.2	Mapa dos grupos estratégicos	69
4.1.1.3	Análise dos públicos de interesse.....	71
4.1.2	Diagnóstico interno	73
4.1.2.1	Organização e governança	73
4.1.2.2	Análise financeira	77
4.1.3	Forças, Fraquezas, Ameaças e Oportunidades.....	80
4.2	Formulação da estratégia	83
4.2.1	Explicitação da missão e da visão.....	83
4.2.2	Os Fatores Críticos de Sucesso	85
4.2.3	O Mapa Estratégico.....	92
4.3	Implementação do sistema do BSC	94
4.3.1	Elaboração de indicadores	94
4.3.2	Plano de implementação	101
4.3.2.1	Definição da equipe de projeto	101
4.3.2.2	Cronograma detalhado	102
5	CONCLUSÃO	105
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
8	GLOSSÁRIO	113

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja missão seria de oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. No entanto, hoje é comum se deparar com notícias sobre a precariedade de atendimento, a falta de leitos e da incipiência de infraestrutura médica e hospitalar (PAGNONCELLI, 2010). Isso faz com que hoje cerca de 50 milhões de brasileiros procurem atendimento médico particular por meio de planos de saúde privados (ANS, 2015).

Os planos privados de saúde surgiram no Brasil em meados de 1956 em consequência de agravamento do êxodo rural, no qual a população migrou para os centros urbanos em busca de trabalho e que, naturalmente, ocasionou uma piora do serviço público de saúde. Assim, instituíram-se as primeiras organizações privadas de prestação de serviço de saúde, em São Paulo, e que mais tarde se tornariam operadoras de planos de saúde (SILVEIRA, 2004).

Apenas em 1998 essas operadoras tornam-se regulamentadas pelo Governo Federal, através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão responsável por instituir regras de funcionamento do setor, desde a padronização de formulários até a imposição de novos procedimentos que devem ser cobertos pelos planos. Tais regras, padrões e procedimentos certamente aumentam os riscos e os custos das operadoras de planos de saúde, ao limitar variáveis econômicas como, por exemplo, a precificação. Além disso, o não cumprimento das exigências implica em autuações de elevadas somas (AMORIM; PERILLO, 2006).

A forte regulamentação do setor é sem dúvida um agravante para os desempenhos financeiro e operacional de organizações nele inseridas, no entanto, é altamente necessária. A saúde é um bem de demanda praticamente inelástica e, dessa forma, uma organização que mercantiliza esse bem deve ser devidamente fiscalizada e regulada para que não favoreça a rentabilidade em detrimento da qualidade do serviço prestado. Não considerando também que, o mercado de saúde suplementar apresenta diversas imperfeições, como, por exemplo, a assimetria de informação, o risco moral e a seleção adversa (SILVEIRA, 2004).

Na relação operadora-beneficiário, é evidente a falta de informação, tanto por parte do beneficiário, para avaliar a qualidade do que lhe é oferecido pela operadora, quanto por parte

desta sobre a saúde prévia daquele. Nessa relação, ambos poderiam tirar vantagem um do outro (SILVEIRA, 2004). Para mitigar tais assimetrias de informação existem, por exemplo, regras sobre os períodos de carência de beneficiários e exigências de qualidade sobre os serviços oferecidos pelas operadoras.

Na relação prestador-beneficiário, o médico é responsável pela decisão sobre o tratamento do paciente. Dessa forma, o risco moral – *moral hazard* – aparece na utilização excessiva de serviços médicos, uma vez que a operadora é quem arca com os custos do serviço. Tal risco também ocorre quando o beneficiário utiliza a rede prestadora excessivamente, já que seu custo envolve as contraprestações pré-fixadas (SILVEIRA, 2004).

A rentabilidade das operadoras depende da relação entre suas receitas – predominantemente contraprestações referentes aos planos de saúde vendidos – e de seus dispêndios, que incluem desde as despesas assistenciais aos custos de comercialização e de administração. (SILVEIRA, 2004). A seleção adversa, nesse mercado, refere-se à exclusão de beneficiários que acarretam em maior custo assistencial em relação às suas contraprestações, como, por exemplo, idosos e pessoas com doenças crônicas. Assim, é importante a existência de regulação para se evitar a seleção adversa.

Diante do cenário exposto, percebe-se o desafio para as operadoras de planos de saúde no tocante à garantia de sua segurança e solidez econômico-financeira. O viés econômico apresentado bem como a natureza do produto comercializado – plano de saúde – cujo dispêndio associado é imprevisível, demonstram a importância do controle rígido, tanto das operadoras de saúde, quanto do órgão regulador em assegurar o desempenho financeiro e operacional e a oferta de serviços de qualidade aos beneficiários.

1.2 A empresa e escopo do trabalho

A empresa, objeto de estudo neste trabalho, é denominada GMed para fins de confidencialidade, trata-se de uma cooperativa de médicos, inserida em uma rede nacional de assistência médica. A empresa comercializa planos de saúde a pessoas físicas e pessoas jurídicas e, por meio de prestadores de serviço médico (hospitais, clínicas e laboratórios) credenciados ou próprios, fornece uma gama de atendimentos aos seus clientes. Além disso, como característica de uma cooperativa, os cooperados além de serem sócios da empresa, também trabalham para a atividade-fim da mesma.

A GMed se caracteriza por um sistema federativo. Isto é, apesar de se tratar de um sistema nacional, em cada cidade onde ela está presente, existe uma unidade de negócio, denominada singular, com gestão administrativa própria, englobando apenas os clientes e os prestadores de serviço vinculados àquela unidade.

Apesar de essa estrutura federativa acarretar em maior complexidade de processos e de intercâmbio entre as singulares, por se tratar de uma empresa pouco verticalizada e com grande número de fornecedores em sua cadeia de valor, a governança descentralizada mostra-se como o modelo mais adequado para o funcionamento do sistema. Nesse contexto, cada unidade apresenta diretoria executiva, estrutura organizacional, prestação de contas e administração próprias.

O escopo deste estudo inclui apenas uma singular dessa cooperativa. Embora a autora não tenha formalmente estagiado nessa empresa, por ter experiência em consultoria de gestão, realizou este trabalho a pedido um de seus diretores com o qual tem vínculo. Na verdade, a implementação do processo gerencial abordado já era desejo de um dos gerentes da empresa, porém não havia embasamento metodológico, recursos e apoio suficientes para implementá-lo. Assim, o exercício de reflexão e desenho da solução apresentada foram vistos pela empresa como uma contribuição para a melhoria de seus resultados de longo prazo, com reais perspectivas de implantação na organização.

A singular da unidade em questão é composta por 11 diretores, sendo um diretor-presidente. Constitui-se hoje com participação de 2.828 médicos cooperados e cerca de 1.300 colaboradores. Estima-se que a empresa opera com margem de resultado operacional próxima de 2%.

Tal ordem de grandeza de desempenho operacional é de fato uma característica de empresas baseadas em moldes do cooperativismo. Assim como observou Bialoskorski Neto (2002), historicamente as cooperativas brasileiras são voltadas para o cooperado, visando aumentar sua renda e, não necessariamente, para a rentabilidade de mercado, que constitui uma variável secundária.

No entanto, a GMed concorre com empresas que visam ao lucro e, logo, que competem pelo o mesmo mercado com maior possibilidade de investimentos em atividades operacionais e desempenho financeiro. Dessa forma, o alinhamento da organização ao seu objetivo estratégico de se manter líder de mercado, considerando a maximização do desempenho

operacional e financeiro da mesma, faz-se necessário para que a empresa não perca sustentabilidade, assim como tem ocorrido com outras singulares da mesma rede que entraram em recuperação extrajudicial recentemente.

1.3 Justificativa do tema

Diante da contextualização sobre o setor de saúde suplementar no Brasil, nota-se que as empresas nele inseridas estão sujeitas a elevados riscos de insolvência e de perpetuidade financeira. Assim, é evidente que as operadoras de planos de saúde devem se atentar rigorosamente à sua rentabilidade, considerando o seu ambiente competitivo e altamente regulado.

Entretanto, como apontam Kaplan e Norton (1997), quando se visa sustentabilidade de longo prazo de uma empresa, os indicadores financeiros isoladamente são incapazes de medir as atividades criadoras de valor. Isso porque os ativos intangíveis – competências, motivação dos empregados, tecnologias da informação, processos, inovação em produtos e serviços, relacionamento com clientes, entre outros – compõem as alavancas de crescimento de longo prazo das organizações. O *Balanced Scorecard* (BSC), sistema de acompanhamento das estratégias criado pelos referidos autores, integra os vetores que culminam na rentabilidade financeira futura. Esses vetores abrangem as perspectivas dos ativos intangíveis – cliente, processos internos e aprendizado e crescimento – e por meio de relações de causa e efeito entre elas, é possível traduzir a estratégia organizacional em objetivos e medidas tangíveis.

Durante constatação dos processos de gestão da GMed, verificou-se a existência de um processo de implementação de melhorias, detalhado em diferentes atividades a serem executadas por cada área da organização, que vem sendo empregado desde 2012. Trata-se do único mecanismo gerencial de cunho estratégico utilizado atualmente, além do orçamento anual. Apesar das medidas abrangerem todas as áreas da empresa, existe baixa adesão por parte dos gerentes e até mesmo de alguns diretores executivos. Isso sem contar que a ferramenta não inclui indicadores que mensurem a eficiência das ações de melhoria propostas.

Quanto ao desempenho competitivo da empresa, apesar de se tratar da líder de mercado na sua região, verificou-se uma estagnação do número de beneficiários na segunda metade de 2015, além de aumento de custos assistenciais e gerenciais. A presença de um competidor com oferta de planos a preços muitos mais competitivos, fez com que a cooperativa perdesse parcelas de mercado, principalmente no que tange os planos coletivos empresariais.

Como já haviam constatado Kaplan e Norton (1997, p.8), “a maioria das empresas, mesmo aquelas que estavam implementando novos sistemas de medida de desempenho, não alinhava as medidas às suas estratégias. A maioria procurava melhorar o resultado dos processos existentes – através de custos mais baixos, melhor qualidade e tempos menores de resposta – mas não sabia identificar os processos realmente estratégicos: aqueles que devem apresentar um desempenho excepcional para que a estratégia da empresa seja bem-sucedida.”

A GMed se insere nesse conjunto de empresas, que procuram melhorar os processos existentes no intuito de reduzir despesas administrativas, mas que não alinhou essas melhorias aos seus objetivos estratégicos. Dessa forma, justifica-se a implementação de uma ferramenta como o BSC, que funciona não só como medida de desempenho, mas também como sistema de alinhamento estratégico. Na verdade, como apontam Kaplan e Norton, o verdadeiro poder desta ferramenta ocorre quando deixa de ser um sistema de medidas e se transforma em um sistema de gestão estratégica. Ele pode ser utilizado para se obter consenso em relação à estratégia, esclarecê-la a toda a empresa, alinhar as metas específicas de cada departamento, além de ser um meio de aperfeiçoar a implementação da estratégia (KAPLAN; NORTON, 2004).

1.4 Objetivos

O objetivo geral deste trabalho foi de desenhar um sistema de gestão estratégica, baseado na ferramenta do BSC, com o intuito de melhorar o seu desempenho financeiro – e não-financeiro – tendo em vista as recentes mudanças da conjuntura macroeconômica do país, o ambiente competitivo específico da GMed e suas particularidades internas, inclusive as do cooperativismo no qual se baseia a governança da empresa.

Os objetivos específicos incluem:

- Compreender o funcionamento interno da empresa, em linha com os princípios básicos do sistema cooperativista no qual se insere;
- Entender o seu ambiente externo – regulatório, competitivo e econômico;
- Clarificar os objetivos estratégicos da empresa;
- Alinhar o capital humano, organizacional e de tecnologia da informação aos objetivos estratégicos;

- Preparar um plano de implementação para o sistema de gestão estratégica proposto, garantindo a inclusão de todas as competências gerenciais da empresa, gestores e diretores, no processo.

Para o alcance dos objetivos explicitados, foi conduzida, num primeiro momento, uma revisão da literatura, englobando desde os conceitos do processo de planejamento estratégico às ferramentas utilizadas para diagnóstico, decisão e implementação de planos estratégicos. Procedeu-se também um estudo de bibliografias de referência sobre o setor de saúde suplementar brasileiro e de relatórios especializados produzidos pelo órgão regulador e por institutos do setor.

Para o entendimento da organização e funcionamento do negócio, foram consultados o Estatuto Social e relatórios gerenciais da GMed, divulgações da ANS, além das ferramentas de gestão internas. Outro importante instrumento de coleta de dados consistiu em entrevistas semiestruturadas com executivos e gerentes de primeira linha.

Por meio da contextualização da realidade da empresa e dos métodos de planejamento e gestão estratégica selecionados da literatura foi possível, então, atingir os objetivos supracitados.

1.5 Estrutura do trabalho

Este trabalho está subdividido em 6 partes. O primeiro capítulo, introdutório, visa contextualizar o setor estudado, apresentar a empresa objeto de estudo, a problemática a ser tratada no trabalho e os seus objetivos.

O Capítulo 2 refere-se à revisão da literatura realizada para o levantamento de fundamentos teóricos. Primeiramente, é apresentada a revisão sobre o setor de saúde suplementar, na qual são caracterizados os diversos aspectos regulatórios, organizacionais e econômico-financeiros do setor. Essa análise foi de fundamental importância para entender não somente a dinâmica do mercado como também as particularidades inerentes à empresa objeto de estudo. Em seguida, são abordados os conceitos relativos à estratégia e ao planejamento estratégico, detalhadas as ferramentas de análise e diagnóstico selecionadas da literatura para aplicação no caso da empresa e a descrito o sistema de gestão estratégica escolhido para ser implementado.

O Capítulo 3 destina-se à descrição da metodologia proposta para o desenvolvimento do trabalho. Nele são descritos os métodos utilizados para as coletas de dados, para as análises efetuadas e para a proposição da solução.

Assim, no Capítulo 4, discorre-se sobre as três etapas por meio das quais se desenvolveu o trabalho: o diagnóstico estratégico, a formulação da estratégia e o plano de implementação. São, portanto, apresentados os resultados da aplicação dos métodos descritos no Capítulo 3.

Finalmente, o Capítulo 5 visa à conclusão do trabalho com relação ao alcance dos objetivos enunciados na introdução, enquanto que o Capítulo 6 traz as considerações finais sobre a experiência da autora com a realização deste trabalho.

Na Figura 1 tem-se um esquema da organização geral do trabalho.

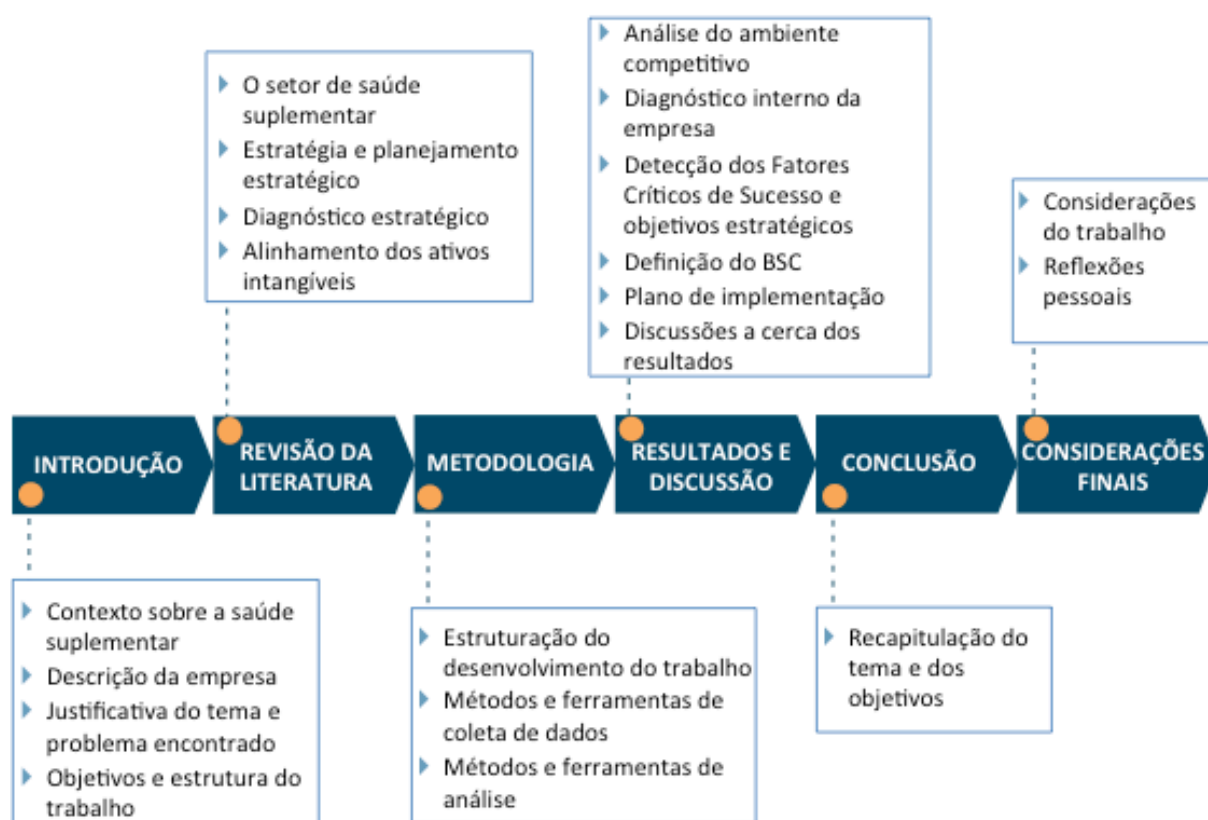


Figura 1. Estrutura geral do trabalho

Fonte: Elaboração própria

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A saúde suplementar no Brasil

O setor de saúde suplementar no Brasil tem suas origens em meados dos anos 50, quando surgiram as primeiras operadoras de saúde, em 1956. Com a implantação da indústria automobilística na região do ABC paulista, as empresas estrangeiras contrataram assistência privada a seus empregados e familiares, diante da deficiência da saúde pública (AMORIM; PERILLO, 2006). Isso estimulou o surgimento das primeiras empresas de medicina de grupo.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, estabelece-se no artigo n. 196 que:

...“a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Cria-se, então, o SUS, cujos princípios pregam a universalidade, a equidade e a integralidade (AMORIM; PERILLO, 2006).

O SUS é visto hoje como um dos conceitos mais avançados no mundo em área da saúde. No entanto, o seu desempenho está muito aquém da real necessidade para cumprimento dos seus princípios básicos e, assim, as pessoas passam a migrar cada vez mais para o setor de saúde suplementar (AMORIM; PERILLO, 2006). Atualmente, cerca de 25% da população brasileira apresenta vínculo com planos médico-hospitalares (ANS, 2015). Ou seja, 75% da população é atendida, exclusivamente, pela rede pública de saúde, a qual não tem capacidade suficiente para suprir toda a demanda .

Apesar de a saúde suplementar ter sido definida como uma complementariedade ao SUS, na realidade, as operadoras de planos médico-hospitalares exercem assistência integral à saúde de seus clientes. Assim, o setor privado viabiliza-se ainda mais ao apostar no insucesso do setor público, beneficiando-se da universalidade excludente (PAGNONCELLI, 2010).

2.1.1 A regulação do setor

A regulação do setor de saúde suplementar teve seu marco com a criação da ANS, vinculada ao Ministério da Saúde. Conforme consta em seu site oficial, a missão da ANS é:

“Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. ”

Apesar da criação da ANS causar mais burocracia e complexidade no funcionamento do setor, seu papel é extremamente necessário, sendo responsável por corrigir falhas do setor. O mercado de saúde suplementar em geral, além de apresentar assimetria de informação entre os agentes, gera externalidades e, portanto, falhas de mercado (CECHIN, 2008).

Uma falha de mercado ocorre quando a “mão invisível” agindo por si só não é capaz de alocar os recursos da maneira mais eficiente na economia. Nesse caso, a atuação de um regulador supostamente pode contornar esse problema e melhorar a eficiência na economia (MANKIW, 2012).

No caso da saúde privada no Brasil, o órgão regulador visa evitar monopólios, baixa qualidade do serviço e exercício de poder por parte das operadoras, que são de certa forma resultados de falhas existentes nesse mercado. Para tanto, a ANS atua de forma regulatória na precificação dos planos de saúde, na elevação de barreiras de entrada de novas empresas e na cobertura e qualidade exigidas para os serviços de assistência à saúde (CECHIN, 2008).

Com relação à precificação, existem alguns modelos tarifários como o *price cap*, ou seja, o custo pelo serviço e a regulação por incentivo. Pela política de *price cap* impõe-se um preço máximo, revisado a longos intervalos de tempo, e assim a firma é incentivada a reduzir custos. Por outro lado, o modelo por custo pelo serviço não resulta em incentivo para a redução de custos, pois o preço é calculado segundo o custo do procedimento somado a uma taxa de retorno justa sobre o capital. O terceiro modelo de tarifação é um intermediário entre as duas políticas apresentadas, pois na regulação por incentivo apenas uma parte da redução de custos é repassada para os preços, enquanto que, a outra parte se reverte em lucro (CECHIN, 2008).

No caso dessa indústria, a regulação sobre o preço do plano de saúde tem por finalidade maior, evitar a discriminação entre certos grupos de risco, como idosos por exemplo, do que

evitar a prática de preços de monopólio, pois em geral existem muitas empresas atuando no mercado (CECHIN, 2008).

Outro importante tipo de regulação é sobre a entrada de novas firmas na indústria, como a exigência de capital mínimo obrigatório e a constituição de reservas operacionais muito altas. O efeito disso acaba beneficiando as empresas já instaladas, pois diminui a concorrência potencial no setor. No entanto, ela é extremamente importante por garantir que estejam no mercado empresas solventes e com capacidade técnica e financeira de prestar, com a qualidade exigida, os serviços oferecidos nos planos de saúde e, assim, sem que haja concorrência desleal (CECHIN, 2008).

Por fim, o estabelecimento de normas sobre a qualidade dos serviços oferecidos é também uma maneira de evitar a concorrência desleal, já que, sem tais exigências, certas firmas poderiam oferecer planos que trariam mais perigos do que benefícios para os consumidores (CECHIN, 2008).

2.1.2 Os stakeholders

Para compreensão da dinâmica do mercado de planos de saúde, é importante que se tenha uma clara visão dos interesses, objetivos e posição de poder de cada um dos envolvidos. Os agentes presentes no mercado de planos de saúde são representados no esquema da Figura 2 e detalhados em seguida.



Figura 2. Stakeholders no setor de saúde suplementar brasileiro

Fonte: Adaptado de Cechin (2008)

- **Beneficiários:** são os consumidores de planos de saúde e usuários do serviço oferecido pelos prestadores da rede de seu plano. Eles o fazem por meio de contrato com a operadora, no qual consta mensalidade, cobertura do plano, além de uma série de cláusulas sobre o período de carência, franquias, coparticipação, reajuste e etc (CECHIN, 2008). Eles se tornam beneficiários da saúde suplementar por duas formas: ou comprando um plano particular pago por eles, ou como benefício trabalhista, pago pelo empregador (PAGNONCELLI, 2010).
- **Regulador:** no caso brasileiro, o órgão regulador é a ANS e está presente nas relações beneficiário-operadora, operadora-prestador e prestador-beneficiário (CECHIN, 2008). Ela visa à criação de mecanismos estatais de fiscalização ao controle de preços e à regulação dos serviços médicos prestados pelas operadoras (PAGNONCELLI, 2010).
- **Prestadores:** são os hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais da saúde que prestam o serviço aos beneficiários e que recebem das operadoras o pagamento pelos serviços prestados.
- **Fornecedores:** constituem-se de produtores de insumos médicos, equipamentos hospitalares, instrumentos e medicamentos. Esses agentes são destacados, pois inferem diretamente na estrutura de custos dos prestadores e operadoras e, portanto, na saúde financeira dessas empresas (CECHIN, 2008).
- **Operadoras:** no Brasil, existem oito modalidades institucionais reconhecidas pela Constituição e definidas na Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39: medicina de grupo, cooperativa médica, autogestão, seguradora especializada em saúde, administradora, filantrópica, cooperativa odontológica e odontologia de grupo.
 - **Medicina de grupo:** modalidade de empresas que operam e comercializam, com indivíduos e com empresas, planos privados de saúde, podendo ter uma estrutura de atendimento composta por prestadores credenciados ou por serviços próprios.

- **Cooperativa médica:** sociedade de médicos sem fins lucrativos, criada com o intuito de estabelecer um meio de viabilizar a profissão médica. Assim como na medicina de grupo, pode ter uma estrutura de atendimento mais verticalizada ou mais horizontalizada, tendo como fonte de receitas as contraprestações dos planos de saúde. Essa é a modalidade na qual se insere a empresa, objeto de estudo neste trabalho.
- **Autogestão:** é uma entidade que opera serviços de assistência à saúde destinados exclusivamente a empregados, ex-empregados, aposentados, pensionistas e familiares de empregados de uma empresa ou de uma instituição. A autogestão também não visa lucro, apenas o suprimento desse serviço aos seus beneficiários.
- **Seguradora especializada em saúde:** empresa que comercializa o serviço de assistência à saúde, mas com característica de seguradora – efetua reembolso mediante apresentação de comprovantes de despesas. Não pode realizar outras atividades do ramo do seguro.
- **Administradora:** empresa que apenas administra a venda de planos de assistência médica pertencentes a uma outra operadora, sendo esta a provedora de rede de atendimento à saúde, seja credenciada ou própria. Isto é, a administradora não arca com os riscos da operação, apenas comercializa os planos e se viabiliza por meio de taxas de administração.
- **Filantrópica:** modalidade que opera serviços de assistência à saúde e que possui certificado de entidade filantrópica ou declaração de utilidade pública federal, estadual ou municipal, junto aos respectivos órgãos.
- **Odontologia de grupo:** semelhante à medicina de grupo, mas operando apenas planos odontológicos.
- **Cooperativa odontológica:** assim como a cooperativa médica não visa o lucro, e opera exclusivamente planos odontológicos.

2.1.3 Operadoras, beneficiários e planos de saúde

As operadoras de planos de saúde têm seu porte definido pelo número de beneficiários em sua carteira. Na Tabela 1 é possível visualizar o número de operadoras ativas e com beneficiários vinculados em cada segmento, conforme dados atualizados da ANS.

Tabela 1. Classificação por porte, de operadoras de planos de saúde no Brasil e número de beneficiários, 2015.

Porte	Número de beneficiários	Número de Operadoras com beneficiários
Pequeno	< 20.000	724
Médio	20.000 - 100.000	302
Grande	> 100.000	99

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da ANS/TABNET de março de 2016

No Brasil, ao final de 2015, o setor da saúde suplementar congregava cerca de 49 milhões de beneficiários (25% da população brasileira) e 1.125 operadoras com beneficiários, sendo 90% daqueles concentrados em 34% destas (ANS, 2015).

Na Figura 3 percebe-se a evolução do número de beneficiários de planos privados e da parcela da população correspondente, desde 2005. Os dados se referem ao mês de dezembro de cada ano.

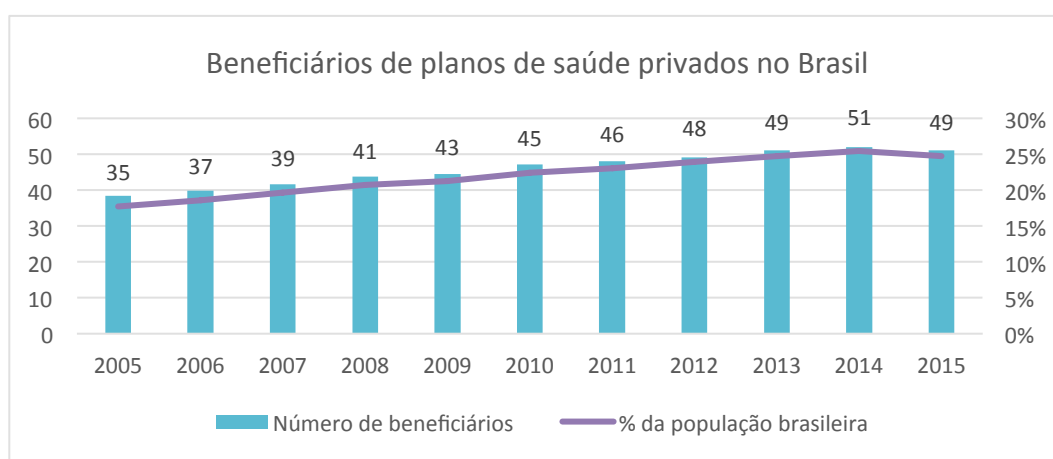


Figura 3. Número de beneficiários de planos privados de saúde no Brasil (milhões) e percentual da população brasileira coberta

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da ANS/TABNET de dezembro de 2015

O número de beneficiários observou taxas positivas de crescimento de 2005 até 2014 (Figura 4), mas a queda desse número em 2015 superou 1,7 milhões, equivalente a

diminuição de 2,7%. O percentual da população coberta por planos privados também diminuiu no mesmo ano. Por outro lado, comparando-se ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro em 2015 que foi de 4% negativos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nota-se que o setor de saúde suplementar teve desempenho melhor do que a economia.

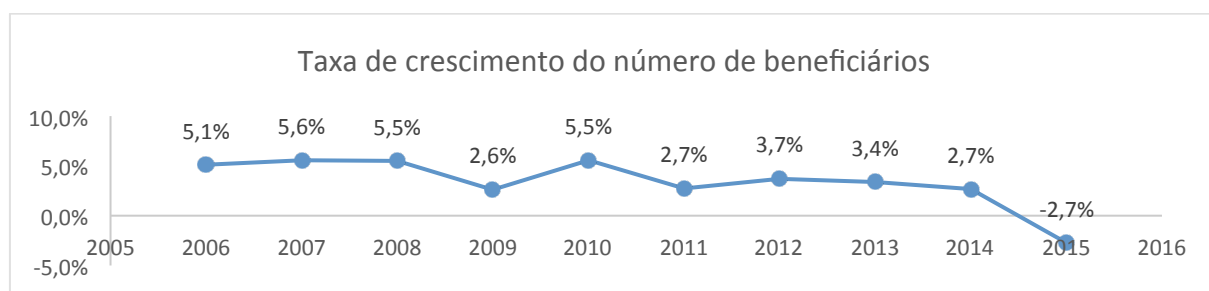


Figura 4. Taxa de crescimento do número de beneficiários de planos privados de saúde no Brasil

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da ANS/TABNET de dezembro de 2015

Dos 48,8 milhões de beneficiários, em dezembro de 2015, cerca de 67% estavam vinculados a planos de saúde coletivos empresariais e 13% a planos coletivos por adesão, conforme Figura 5. Ou seja, os planos coletivos, patrocinados pelo empregador ou por associações solidárias representam 80% do número de beneficiários. Na verdade, conforme ANS (2015), entre setembro de 2014 e setembro de 2015, apenas entre os planos coletivos por adesão houve aumento do número de beneficiários.

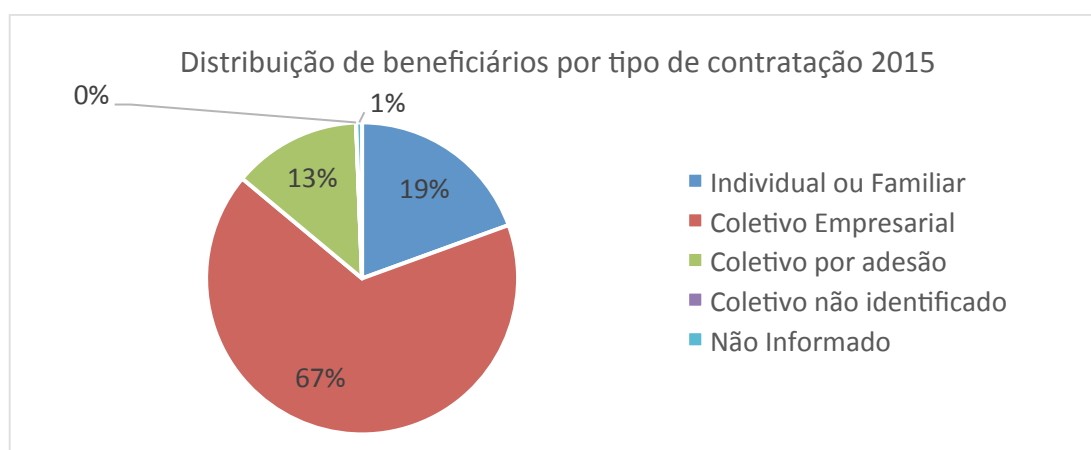


Figura 5. Distribuição de beneficiários de planos de saúde por tipo de contratação no Brasil

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da ANS/TABNET de março de 2016

Analisando-se a evolução trimestral do número de beneficiários por modalidade de operadora, observa-se que as cooperativas médicas, que regularmente apresentam o maior

aumento no número de beneficiários, experimentaram no último trimestre de 2015, a maior redução, de 2,7% (Figura 6). Todas as demais modalidades também tiveram reduções desse número, com exceção da medicina de grupo, cujo volume de beneficiários aumentou de 0,1%.

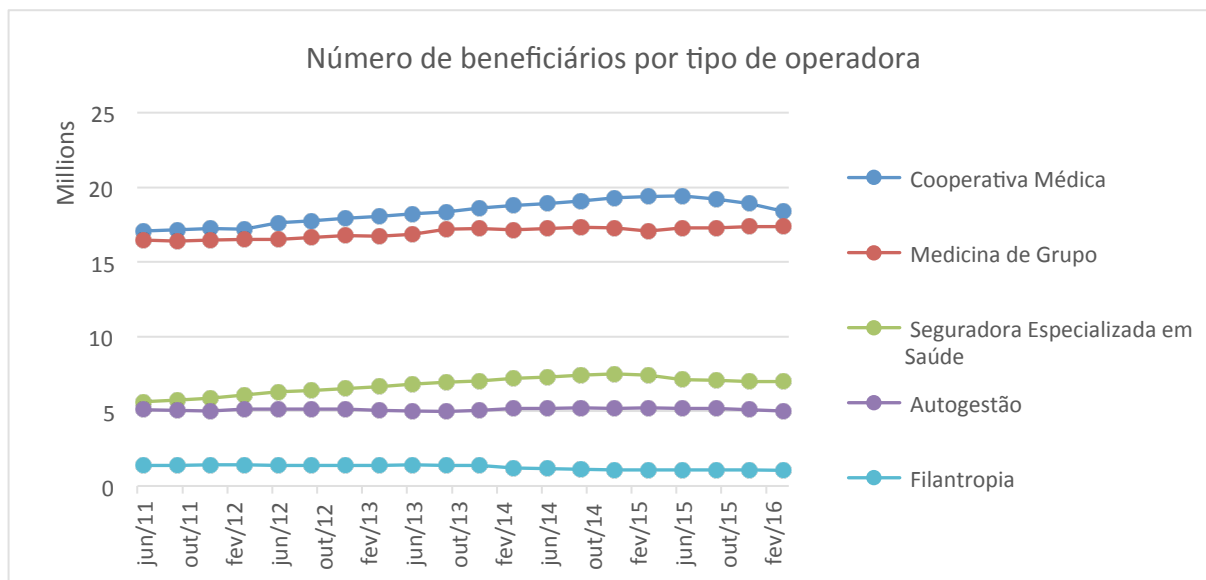


Figura 6. Distribuição de beneficiários de planos de saúde, por modalidade de operadora (Brasil)

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da ANS/TABNET de março de 2016

A distribuição demográfica de beneficiários de operadoras de planos de saúde pode ser visualizada nas Figuras 7 e 8, sendo a primeira representativa de todo o universo de usuários no Brasil e a segunda separada por tipo de contratação de planos (coletivos ou individuais).

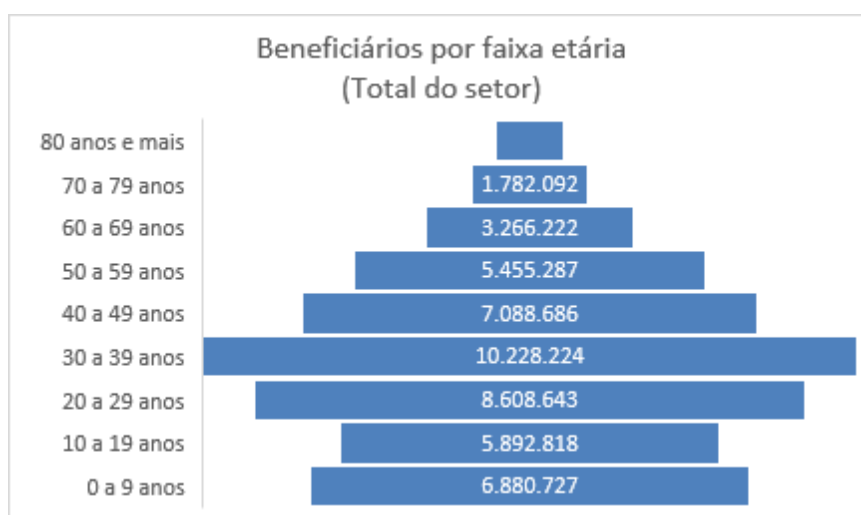


Figura 7. Distribuição de beneficiários de planos de saúde por faixa etária (Brasil)

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Caderno de Informação da Saúde Suplementar (ANS, 2015)

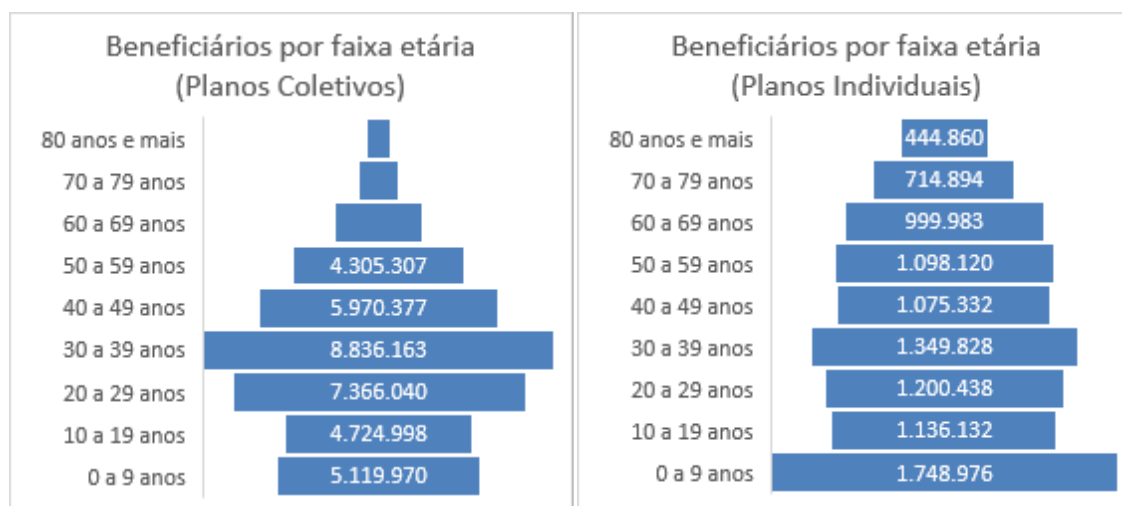


Figura 8. Distribuição de beneficiários de planos de saúde por faixa etária e por tipo de contratação (Brasil)

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Caderno de Informação da Saúde Suplementar (ANS, 2015)

Com relação aos planos coletivos (coluna esquerda da Figura 8), onde prevalecem os planos empresariais, observa-se uma maior incidência de pessoas com idade entre 20 e 40 anos, maiores representantes da população economicamente ativa. Como evidenciado pela Figura 5 os planos coletivos representam 80% do total de vínculos atualmente. Por isso, a pirâmide do total do setor acaba se assemelhando mais à distribuição referente aos planos coletivos do que à dos planos individuais.

Por outro lado, analisando-se o número de beneficiários de planos individuais por faixa etária (coluna direita da Figura 8), nota-se que a distribuição de indivíduos, cuja idade está entre 10 e 60 anos, é aproximadamente constante, sendo que a maior incidência ocorre na faixa de crianças de 0 a 9 anos de idade. Além disso, a quantidade de pessoas idosas nos planos individuais é, relativamente, muito maior do que a dos planos coletivos: os primeiros apresentam cerca de 17,5% de pessoas com mais do que 60 anos, enquanto que, para os segundos essa proporção é de 8%.

A característica de elevado número de beneficiários da terceira idade dos planos individuais se reflete negativamente sobre as taxas de sinistralidade (vide 2.1.4) destes, pois o idoso acarreta em despesa assistencial média superior às outras faixas etárias. Como aponta Cechin (2008), um importante vetor de aumento de custos assistenciais é o envelhecimento populacional, já que acarreta aumento do grupo de pessoas cujo índice de doenças crônicas e de internações é o mais elevado.

2.1.4 Receitas, custos assistenciais e indicadores financeiros do setor

Segundo o último relatório do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) sobre o setor, o gasto total com saúde tem crescido sistematicamente nos últimos 50 anos, sendo esse crescimento maior do que o do PIB, em média. Por outro lado, se observa tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento que, quando há redução da taxa de crescimento da economia, há também uma tendência de diminuição dos custos com saúde (IESS, 2016).

No Brasil, o que se observa na dinâmica das despesas assistenciais no setor é o contrário: apesar da desaceleração da economia, o gasto com despesas médicas das operadoras de saúde tem aumentado mais aceleradamente (IESS, 2016). Na Figura 9 são apresentadas as taxas de crescimento anual do PIB *per capita* e da despesa assistencial média por beneficiário. Nota-se que o ritmo de aumento dos gastos das operadoras tem sido nitidamente superior ao do PIB *per capita*, desde 2013.

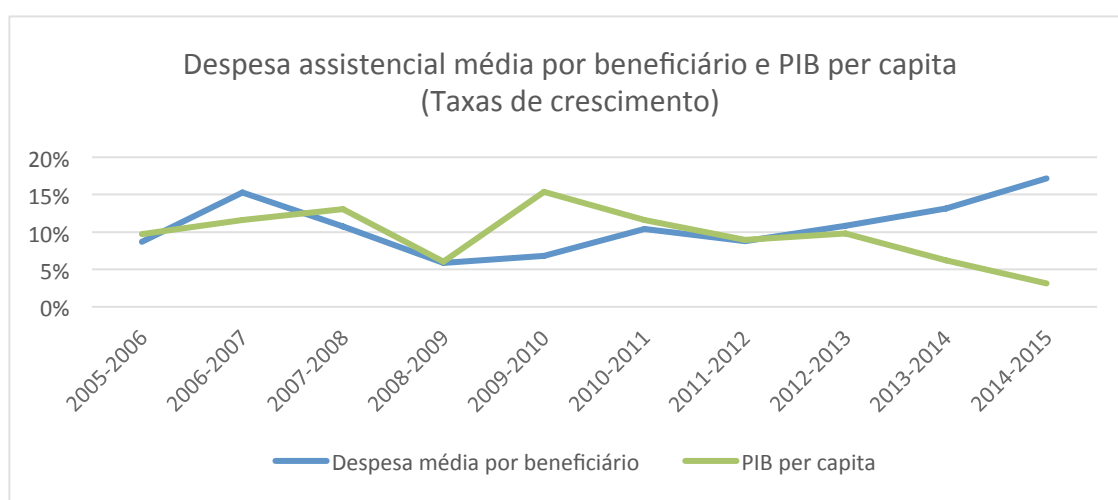


Figura 9. Taxas de crescimento anuais das despesas assistenciais por beneficiário de planos de saúde e do PIB *per capita* no Brasil (2005-2015).

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS/TABNET (despesas assistenciais e beneficiários) e do Ipeadata (PIB per capita, R\$)

Entre 2006 e 2014, o Brasil teve um gasto com saúde médio de 8,3% do PIB, dos quais mais da metade é gasta pelo setor privado (Figura 10). Ou seja, em 2014, relativamente ao PIB de R\$ 5,5 trilhões, segundo o IBGE, as despesas com saúde de origem privada – incluindo as das operadoras de planos de saúde privados e as de particulares – somaram R\$ 234 bilhões.

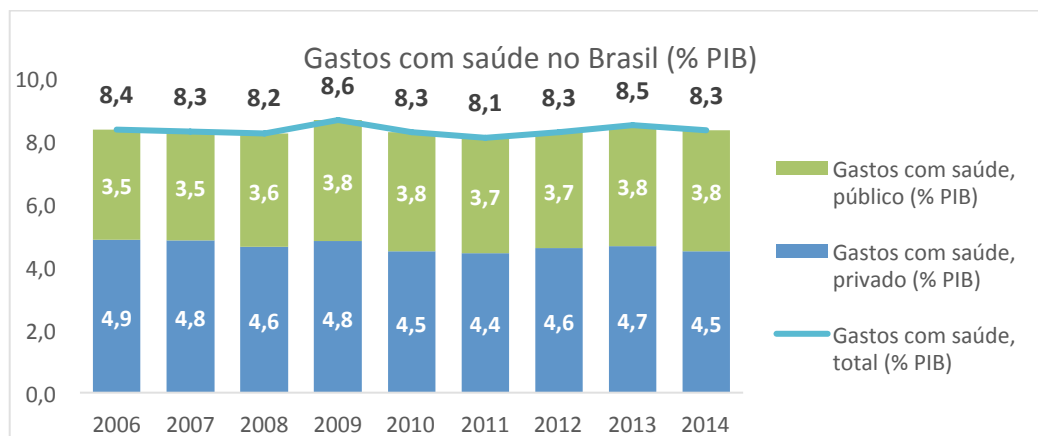


Figura 10. Gastos com saúde no Brasil, em % do PIB brasileiro (2006-2014)

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do World Bank Health Nutrition and Population Statistics Database, acessado em abril de 2016

A ANS estabelece dois importantes indicadores financeiros no contexto do seu Programa de Qualificação da Saúde Suplementar: a **sinistralidade** e o **índice combinado** (ANS, 2015).

O primeiro mostra a relação entre as despesas médicas e o total de receitas com a operação de planos de saúde, isto é, as contraprestações efetivas. O segundo tem por finalidade incluir no cálculo as despesas comerciais e administrativas, e não inclui outras despesas operacionais (ANS, 2015). Ambos os indicadores impactam diretamente a rentabilidade da empresa: quanto maiores são, menor será o lucro (SOARES, 2006).

A sinistralidade é calculada como:

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Eventos indenizáveis líquidos}}{\text{Contraprestações líquidas}}$$

E o índice combinado:

$$\text{ICOMB} = \frac{\text{Despesas administrativas e comerciais} + \text{Eventos indenizáveis líquidos}}{\text{Contraprestações líquidas}}$$

Na Figura 11, observa-se a evolução de receitas provenientes das contraprestações e de despesas operacionais entre 2005 e 2015 e na Figura 12, as taxas de sinistralidade e os índices combinados no mesmo período. Os eventos indenizáveis líquidos são quantificados em despesas assistenciais.

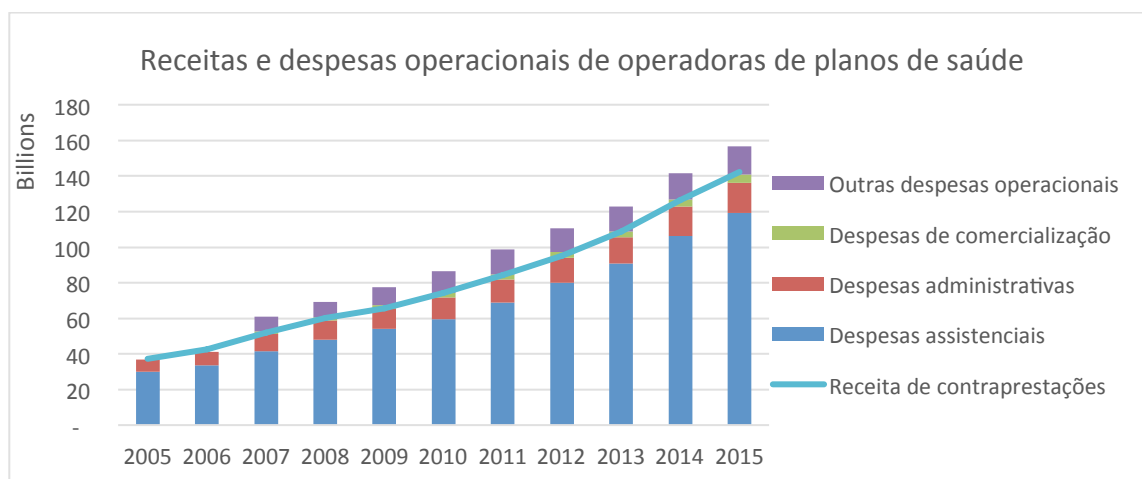


Figura 11. Receitas e despesas operacionais de operadoras de planos de saúde no Brasil

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da ANS/TABNET de março de 2016

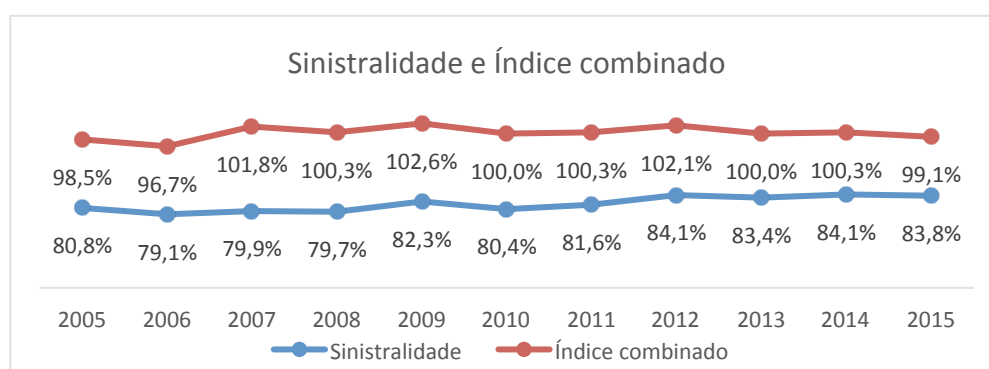


Figura 12. Taxas de sinistralidade e índice combinado de operadoras de planos de saúde no Brasil

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da ANS/TABNET de março de 2016

Os explicitados indicadores financeiros específicos do setor visam mensurar a eficiência operacional da operadora, isto é, a sua capacidade de manter a operação no longo prazo. Além disso, eles sinalizam o quão iminente é o risco de insolvência (SOARES, 2006).

2.1.5 Cooperativismo médico no Brasil

De acordo com a Aliança Cooperativista Internacional (ACI), uma cooperativa é “uma associação autônoma de pessoas que se unem voluntariamente para atingir suas necessidades e aspirações econômicas, sociais e culturais. Isso é feito por meio de uma em uma empresa de propriedade de todos os sócios e gerida de forma democrática”.

Segundo a ACI, as cooperativas baseiam-se nos valores de: “autoajuda, auto responsabilidade, democracia, igualdade, equidade e solidariedade”.

Além disso, são regidas por sete princípios básicos:

1) Adesão livre e voluntária

Todo indivíduo apto a realizar os serviços da cooperativa e disposto a aceitar a responsabilidade de sócio pode participar.

2) Gestão democrática

Todos os membros podem e devem participar ativamente da tomada de decisões e da definição de políticas. Representantes dos membros são eleitos e cada membro tem direito a um voto.

3) Participação econômica dos membros

Os membros apresentam participação equitativa no capital social da cooperativa, podendo este ser valorizado. Os excedentes de resultado podem ser utilizados para constituição de reservas, distribuição entre os sócios e investimento na cooperativa.

4) Autonomia e independência

A cooperativa deve ser uma organização autônoma e controlada por seus membros. Caso sejam firmados acordos com outras organizações – governos, empresas privadas ou fundos de financiamento – deve-se assegurar o controle democrático pelos membros, sem interferência das organizações externas.

5) Educação, formação e informação

As cooperativas promovem a formação de seus membros, líderes e funcionários e informam o público sobre o trabalho cooperativista.

6) Cooperação entre cooperativas

Trabalhando juntas por meio de estruturas regionais, nacionais e internacionais, as cooperativas fortalecem seu movimento e assim melhoram suas condições de trabalho.

7) Interesse pela comunidade

Elas trabalham para o desenvolvimento sustentável das comunidades onde se inserem.

O cooperativismo médico na área da saúde no Brasil se deu num contexto onde a chamada “classe médica” passou a se sentir restringida em sua profissão liberal pela atuação das operadoras privadas, na década de 1960. Ao perceber o crescimento dessas empresas – em sua maioria provenientes do setor financeiro – a classe médica procurou defender suas condições de trabalho e remuneração por meio das cooperativas. Surge assim, o cooperativismo médico no Brasil, sendo uma maneira de exercer a medicina de forma menos mercantilizada, pois esta

valoriza o trabalho médico em detrimento do lucro da empresa. Foi então criada em Santos (SP), em 1967, por dirigentes de sindicatos na época, a primeira cooperativa de médicos (Unimed) (AMORIM; PERILLO, 2006).

Em Duarte (2001) tem-se um excerto do comunicado pessoal de Edmundo Castilho, presidente do Sindicato dos Médicos de Santos à época, e fundador da primeira singular:

“Em 1967, em Santos, nós criamos a primeira Unimed, baseados no fato de que nós não queríamos a mercantilização, nós queríamos a ética, o respeito aos usuários. E definimos o atendimento em consultório, (...) socializando meios e mantendo as características liberais. ”

Dez anos após a criação da primeira Unimed, já haviam 60 singulares no Brasil. No início da década de 1970 surgiram as federações de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Outras estruturas foram também constituídas, destinadas a prestar serviços para as cooperativas. Atualmente, o sistema Unimed reúne entidades que realizam diferentes tipos de atividade, como a Unicred (cooperativa de crédito), Unimed Seguradora, Corretora de Seguros, Unimed Participações entre outras, podendo ou não ter fins lucrativos (DUARTE, 2001).

O sistema Unimed é organizado segundo uma estrutura confederativa. Assim, as cooperativas podem existir em diferentes graus, a saber: de primeiro grau, ou singulares, com área de atuação em nível municipal; de segundo grau, ou federações, podendo ser regionais ou estaduais; e de terceiro grau, a confederação no âmbito nacional, a Unimed do Brasil (DUARTE, 2001).

Os mais recentes dados da ANS apontam para a importância do segmento de cooperativas médicas no setor de saúde suplementar do Brasil. As Unimeds são responsáveis por 34% das receitas do setor (R\$ 48 bilhões relativos a R\$ 140 bilhões, em dezembro de 2015). Além disso, 38% dos beneficiários de planos privados do Brasil, estão vinculados ao sistema cooperativista.

De acordo com Amorim e Perillo (2006), o cooperativismo na área da saúde tem-se mostrado no Brasil, e em outros países, como um importante modelo para se complementar o sistema público de saúde e para se promover a assistência integral à saúde de qualidade aos beneficiários.

2.2 Estratégia e planejamento estratégico

Um dos primeiros autores a escreverem sobre a estratégia foi o general chinês Sun Tzu em “A arte da guerra”, há quase três mil anos. Segundo ele, cinco fatores regem a arte da guerra e logo devem influenciar a formulação da estratégia. São eles: a dedicação do povo ao seu governante, as condições climáticas, o terreno, o chefe e o método/disciplina do exército. (CARVALHO; LAURINDO, 2007).

Apesar de a estratégia ter surgido devido a uma necessidade militar, ela é nos dias de hoje frequentemente utilizada no contexto empresarial. As organizações atuais adaptaram esse conceito para responder às constantes mudanças do mercado, o que proporciona um maior desenvolvimento no meio ambiente onde atuam e assim assegura a sobrevivência (BARBALHO, 1997).

Originalmente tendo o significado de “condução de exércitos em tempo de guerra”, a estratégia passou por diversas teorias e abordagens.

Andrews (1971) apud Chiavenato e Sapiro (2003) definiu estratégia como uma metodologia de decisões: determina e revela objetivos e propósitos, produz as principais políticas e planos para se atingir os objetivos e define o escopo do negócio a ser instalado.

Assemelhando-se a esta visão, Mintzberg et al. (2007) definem a estratégia como o padrão ou plano que integra as principais políticas, objetivos, metas e ações da organização. Uma boa estratégia pode assegurar a melhor alocação dos recursos em antecipação aos movimentos, planejados ou não, dos oponentes ou às circunstâncias do ambiente.

Por outro lado, Porter (2004) afirma que a estratégia competitiva consiste em todas as ações que tornam a organização diferente de seus competidores. A essência da estratégia reside em realizar as atividades de modo diferente dos rivais e em não realizar as atividades que não sejam estritamente necessárias para o sucesso da organização. Ou seja, tem-se a estratégia como um elemento diferenciador entre a organização e seus rivais.

O “planejamento estratégico” pode ser definido como o processo por meio do qual são definidas as estratégias organizacionais. Diversos autores discutiram e elaboraram métodos de formulação estratégica. Dentre as diferentes vertentes de estudo sobre esse tema, destaca-se a escola do Design que, conforme Mintzberg et al. (2010) representa, sem dúvida, a visão mais influente do processo de formulação estratégica, principalmente no que tange a formação em

cursos de graduação e mestrado em administração estratégica. Destacam-se também as escolas do Planejamento e a do Posicionamento, sendo que Porter se insere nesta última.

Segundo Mintzberg et al. (2010) as premissas básicas da escola do Design são:

- A formulação da estratégia deve ser um processo deliberado de pensamento consciente.
- A responsabilidade por esse controle e essa percepção devem ser do executivo principal (o estrategista).
- O modelo da formulação de estratégia deve ser mantido simples e informal.
- As estratégias devem ser únicas: as melhores resultam de um processo de design individual.
- O processo de design está completo quando as estratégias parecem plenamente formuladas como perspectiva.
- Essas estratégias devem ser explícitas e simples.
- Somente após o desenvolvimento de estratégias únicas, explícitas e simples é que elas podem ser implementadas.

Mintzberg et al. (2010) criticam a escola do Design apontando para o fato de que ela define a formulação da estratégia mais como um processo de concepção do que de aprendizado. Prioriza o pensamento independente da ação, enquanto que no mundo real uma empresa não necessariamente sabe seus pontos fortes e fracos de maneira clara antes de ter experiências num certo mercado ou antes de fazer testes de possíveis estratégias.

Esta dicotomia concepção-implementação não é observada, por exemplo, na escola do Posicionamento. Porter (2004), um dos autores desta escola, acredita que “a alta gerência pode ser influenciada por acontecimentos marcantes, como uma recessão aguda, falta traumática de recursos, perdas substanciais por causa de flutuações da moeda e assim por diante”. Ou seja, a experiência dos administradores tanto em questões do ambiente interno de trabalho como em diferentes situações estruturais ou conjunturais da economia podem influenciar a maneira como tomam decisões estratégicas.

A escola do Planejamento, apesar de ser um desdobramento da escola do Design, já que enxerga o planejamento como a concepção de um plano, trata-se de uma nova corrente de

pensamento, pois define a formação da estratégia como um processo formal, aprimorado por técnicas e programas (MINTZBERG et al., 2010).

Durante o processo do planejamento existe a tomada de uma série de decisões que envolvem riscos, já que as estratégias tomadas hoje terão impacto no futuro. Além disso, esse processo permite uma organização sistemática das atividades necessárias para a implementação das estratégias (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003).

Barbalho (1997) também discute o planejamento estratégico como sendo um processo que inclui uma sistemática para o acompanhamento das estratégias. Trata-se de uma alçada da alta administração e que apresenta diversas condicionantes como parâmetros. Assim, os administradores devem ser capazes de direcionar os objetivos organizacionais globais, cogitando alternativas para o seu alcance, procurando acompanhar de perto a dinâmica dos conhecimentos e se posicionando sistematicamente durante todo o processo de planejamento estratégico. Trata-se, portanto, de um processo de gestão com o objetivo de estabelecer de forma integrada o rumo a ser seguido pela organização.

O planejamento deve ser construído levando-se em consideração os princípios de eficiência, eficácia e efetividade. Deve, assim, buscar a maximização de resultados e minimização de deficiências (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003).

Chiavenato e Sapiro (2003) definem os elementos que constituem o planejamento estratégico, a saber:

1. Declaração de missão;
2. Visão de negócios;
3. Diagnóstico estratégico externo;
4. Diagnóstico estratégico interno;
5. Fatores-chave de sucesso;
6. Sistemas de planejamento estratégico;
7. Definição dos objetivos;
8. Análise dos públicos de influência (*stakeholders*);
9. Formalização do plano;
10. Auditoria de desempenho e resultados (reavaliação estratégica).

2.3 Diagnóstico estratégico

Os diagnósticos estratégicos externo e interno propostos por Chiavenato e Sapiro (2003) como parte da metodologia de formação da estratégia, tem o objetivo de antecipar as oportunidades e ameaças presentes no mercado e de identificar as forças e fraquezas inerentes à empresa (diagnóstico interno). Segundo esses autores, “o alinhamento dos diagnósticos externos e internos produz as premissas que alicerçam a construção de cenários”.

2.3.1 A análise SWOT

Uma ferramenta comumente utilizada para se realizar esse diagnóstico é a “matriz SWOT” acrônimo para *Strengths, Weakness, Opportunities, Threats* (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças), criada pelo consultor Albert Humphrey nos anos 1960, no contexto da escola do design. Esta ferramenta visa detalhar a posição estratégica da empresa analisada dentro do seu mercado de atuação (CARVALHO; LAURINDO, 2007).

“A Análise de SWOT está enquadrada no contexto de formação estratégica da Escola do Design, que nos anos 60 apresentou a formulação de estratégia como um modelo que busca atingir uma adequação entre as capacidades internas e as possibilidades externas de uma organização.” (MINTZBERG et al. 2010)

A análise é feita em dois eixos distintos. O eixo horizontal indica se o elemento ajuda ou atrapalha a organização a atingir seus objetivos enquanto que o eixo vertical se refere à origem do fator, se é externo ou interno à empresa.

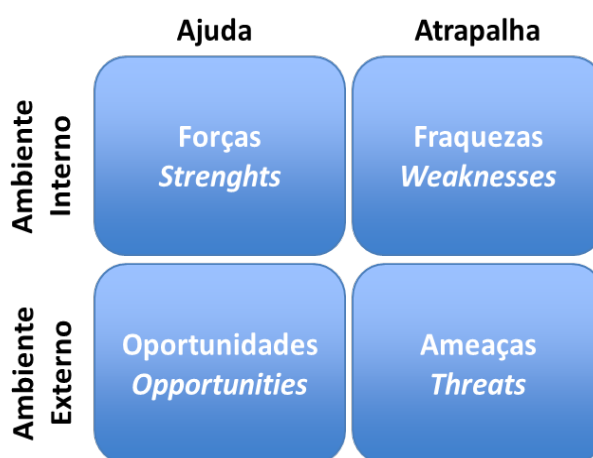


Figura 13. Matriz SWOT

Fonte: Adaptado de Carvalho e Laurindo (2007)

Ao quadrante das “forças”, inserem-se os pontos fortes da empresa. Podem ser recursos, infraestruturas, habilidades, *market share*, capital humano além de outras competências. Algumas perguntas propostas por este autor podem ser utilizadas para a identificação de forças.

- Quais setores têm as melhores margens de contribuição?
- Quais são os melhores funcionários?
- Quais são os nossos diferenciais perante o mercado?
- Qual o nosso diferencial no gerenciamento de pessoas?
- Qual a vantagem estrutural que nós temos?

As fraquezas são fatores endógenos à empresa em análise que contribuem para um pior desempenho da mesma. Conforme Martins e Turrioni (2002), essa reflexão pode ser levada a partir de questões como:

- Existem operações ou procedimentos que podem ser melhorados?
- No que ou por que seus concorrentes operam melhor que a sua organização?
- Existe algo inoperante na qual a sua empresa deveria estar ciente?

“Oportunidades” de a organização continuar crescendo ou se inserindo em novos mercados tais como mudanças na tecnologia, políticas governamentais e padrões sociais estão em todos os lugares (MARTINS; TURRIONI, 2002). Estes autores propõem como questões:

- Onde e quais são as oportunidades atrativas dentro do seu mercado?
- Existe alguma nova tendência surgindo dentro do mercado?
- Quais as perspectivas futuras da sua empresa que possam vir a descrever novas oportunidades?

Para Martins e Turrioni (2002), “é vital à empresa estar preparada para enfrentar as ameaças durante situações de turbulências”. A análise dos fatores externos à organização que pode ser conduzida a partir de perguntas como:

- O que seu concorrente está fazendo que esteja suprimindo seu desenvolvimento organizacional?
- Existe alguma mudança na demanda do consumidor, que pede por novas exigências de seus produtos e serviços? E as mudanças tecnológicas?

Para se conduzir uma análise SWOT de maneira coerente, é importante delimitar o referencial da análise, isto é, deve-se destacar como se insere a empresa no escopo da análise. Isso porque ela pode posicionar a empresa dentro de um mercado, dentro de uma indústria, dentro do seu ramo de atividade ou, ainda, o setor em análise dentro da própria organização (MARTINS; TURRIONI, 2002).

2.3.2 As forças competitivas da indústria

Outra ferramenta de análise muito difundida nos meios empresariais e nas instituições de ensino de negócio e que, pode ser utilizada para se diagnosticar uma empresa estrategicamente dentro de seu ambiente é a das “forças competitivas de Porter”.

Michael Eugene Porter, economista e professor da *Harvard Business School*, acredita que a busca por retorno sobre o capital investido e por parcelas de mercado não é limitada apenas pela concorrência nos mercados. Existem, de fato, outras forças econômicas que regulam a competição. A coletividade dessas forças é que determina o potencial de lucro da indústria na qual a organização se insere. Se a força resultante for intensa, pode-se esperar que nenhuma empresa atinja lucros extraordinários. Por outro lado, se essa força for amena, haverá certamente espaço para crescimento (PORTER, 2004).

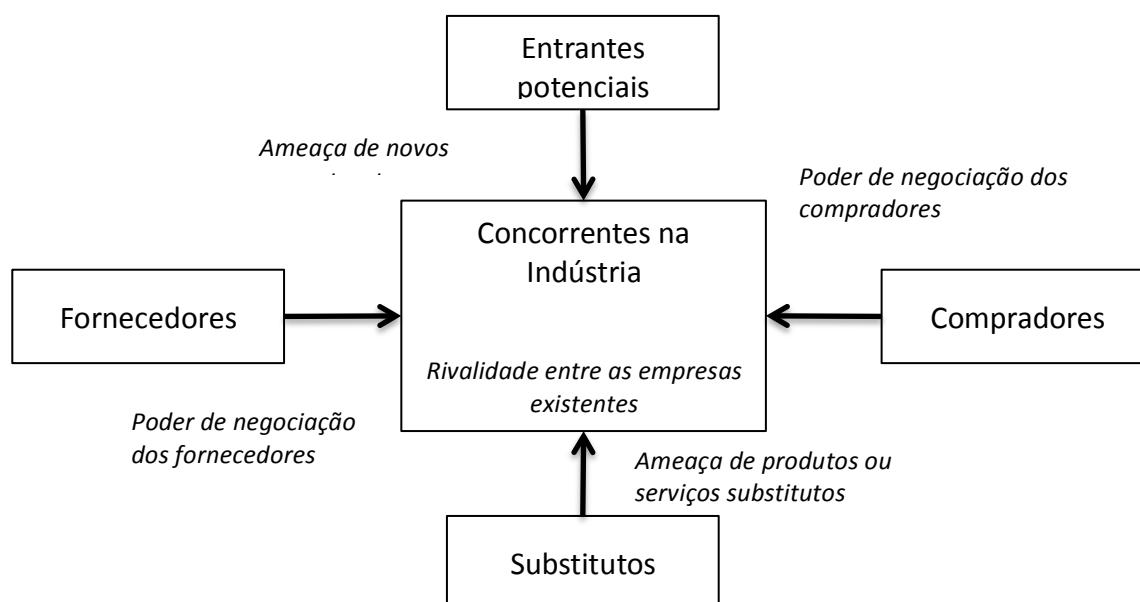


Figura 14. Cinco forças competitivas

Fonte: Adaptado de PORTER (2004)

Rivalidade entre os Concorrentes Existentes

A rivalidade entre empresas concorrentes se deve principalmente à disputa por posição. Diante dessa pressão, os concorrentes podem empregar diversas táticas para contornar a batalha, como, por exemplo, investimentos em publicidade, melhorias do serviço e diminuição de preços. Essa rivalidade é consequência de fatores como: alto número de concorrentes, crescimento lento da indústria, altos custos fixos, elevadas barreiras de saída, dentre outros (PORTER, 2004).

Ameaça de novos entrantes

Quando uma empresa entra em uma indústria ela certamente busca tomar uma parcela do mercado assim como os recursos necessários para seu funcionamento. Nessa lógica, tanto os preços podem cair, devido ao aumento da oferta, quanto os custos aumentar, já que os recursos se tornam mais escassos. Assim, isso gera uma queda de rentabilidade para todos. Essa força competitiva depende de barreiras de entrada, entre elas: economias de escala, diferenciação do produto, necessidade de capital, custos de mudança, acesso aos canais de distribuição, desvantagens de custo independentes de escala e políticas governamentais. Se essas barreiras são altas, então a ameaça de entrada do ponto de vista das empresas já existentes é pequena (PORTER, 2004).

Ameaça de produtos ou serviços substitutos

A presença de produtos ou serviços substitutos em um mercado gera pressão sobre os competidores no sentido de reduzir seus retornos potenciais. Quanto maior é a relação preço-desempenho do produto ou serviço substituto, maior é a pressão sobre os lucros da empresa. (PORTER, 2004).

Poder de negociação dos compradores

Os compradores sempre buscam menores preços e assim, negociam por melhor relação preço/qualidade, o que novamente reduz a rentabilidade da indústria. No entanto, alguns compradores apresentam pouquíssimo poder de negociação e, portanto, não exercem nenhuma pressão. Por outro lado, um comprador que se compromete a comprar grandes volumes, ou produtos padronizados, ou que apresentem poucos custos de mudança, ou que tem acesso a informação de demanda e preços do mercado, terá alto poder de barganha sobre as empresas vendedoras (PORTER, 2004).

Poder de negociação dos fornecedores

De forma análoga ao que ocorre com os compradores, os fornecedores terão tendência a forçar o aumento de preços ou a redução da qualidade dos produtos e serviços. Se as empresas não são capazes de repassar esse aumento de preço aos seus consumidores, sua rentabilidade é menor. Um grupo de fornecedores terá maior poder de negociação se existirem poucas companhias concorrentes, se a indústria analisada não representar um cliente importante para o fornecedor, se os produtos do grupo são diferenciados, entre outras (PORTER, 2004).

2.3.3 Os grupos estratégicos

O conceito de “Grupo Estratégico”, também explorado na obra de Porter, trata-se de um outro dispositivo de análise e diagnóstico estrutural da indústria na qual se insere a empresa em estudo.

“Um grupo estratégico são empresas em uma indústria que estão seguindo uma estratégia idêntica ou semelhante ao longo das dimensões estratégicas” (PORTER, 2004, p.135).

De forma mais geral, e sem mencionar o conceito de dimensões estratégicas, Cool e Schendel (1987) afirmam que

“um grupo estratégico é um conjunto de empresas competindo dentro de uma indústria em base em idênticas combinações de intenções e recursos aplicados” (COOL; SCHENDEL, 1987).

Porter (2004) propõe como ferramenta de análise os “mapas de grupos estratégicos”. Consistem em diagramas onde cada eixo representa um fator que diferencia as várias empresas em competição – as dimensões estratégicas. Essas variáveis devem ser as que determinam as principais barreiras de mobilidade na indústria, que são, na essência, o custo da mudança de uma empresa que pretende sair grupo estratégico e formar ou entrar em outro.

Uma indústria pode ser mapeada de diversas maneiras, dependendo das dimensões estratégicas escolhidas para os eixos. Isto é, o mapeamento de grupos estratégicos pode ser dinâmico e deve levar em conta a combinação que seja mais relevante para a análise a ser feita (PORTER, 2004). Com relação às “barreiras de mobilidade”, elas são um dos fatores importantes que determinam por que certas empresas são sistematicamente mais rentáveis do que outras. Em uma mesma indústria, grupos estratégicos cujas barreiras de mobilidade são

altas tem mais potencial de lucro do que os que apresentam menos barreiras para a entrada de novos participantes (PORTER, 2004).

Na Figura 15 visualiza-se um exemplo de mapa para a indústria de serras de fita nos Estados Unidos, onde cada círculo representa um grupo estratégico, considerando-se “imagem e qualidade da marca” e “combinação de canais” como as dimensões estratégicas na análise.

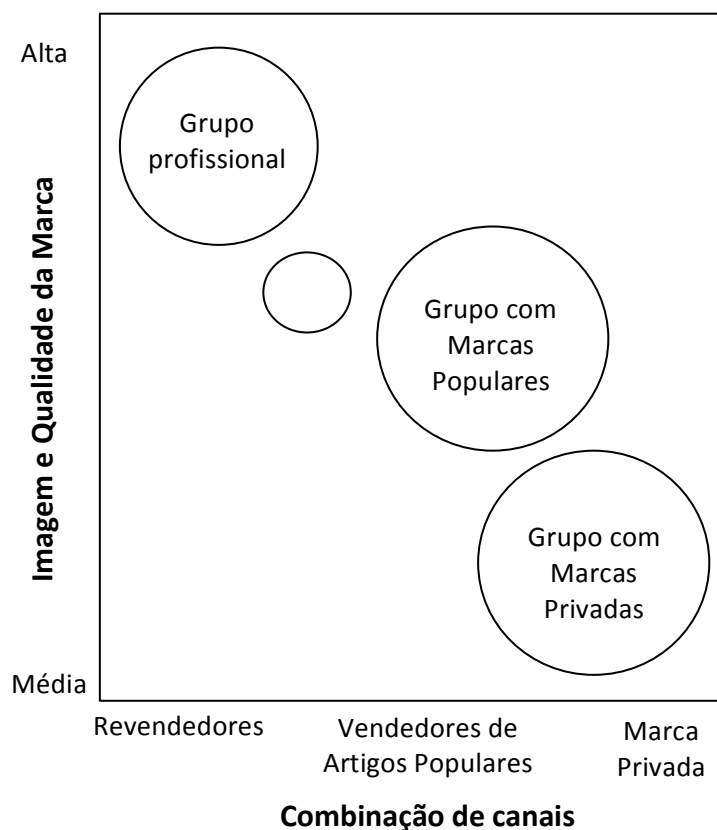


Figura 15. Grupos estratégicos na indústria de serras de fita do Estados Unidos

Fonte: Adaptado de PORTER (2004, p. 161)

2.3.4 Os públicos de interesse (stakeholders)

Um *stakeholder* é uma pessoa, grupo de pessoas ou organização que possa influenciar ou ser influenciado pela organização, tais como consumidores, usuários, empregados, proprietários, sócios (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003). Na Figura 16 evidencia-se o universo de *stakeholders* que podem estar relacionados a uma organização. Eles podem ser internos a ela ou externos, estando presentes nos mercados de capitais, de fornecedores, de distribuição ou no contexto sócio-regulatório.

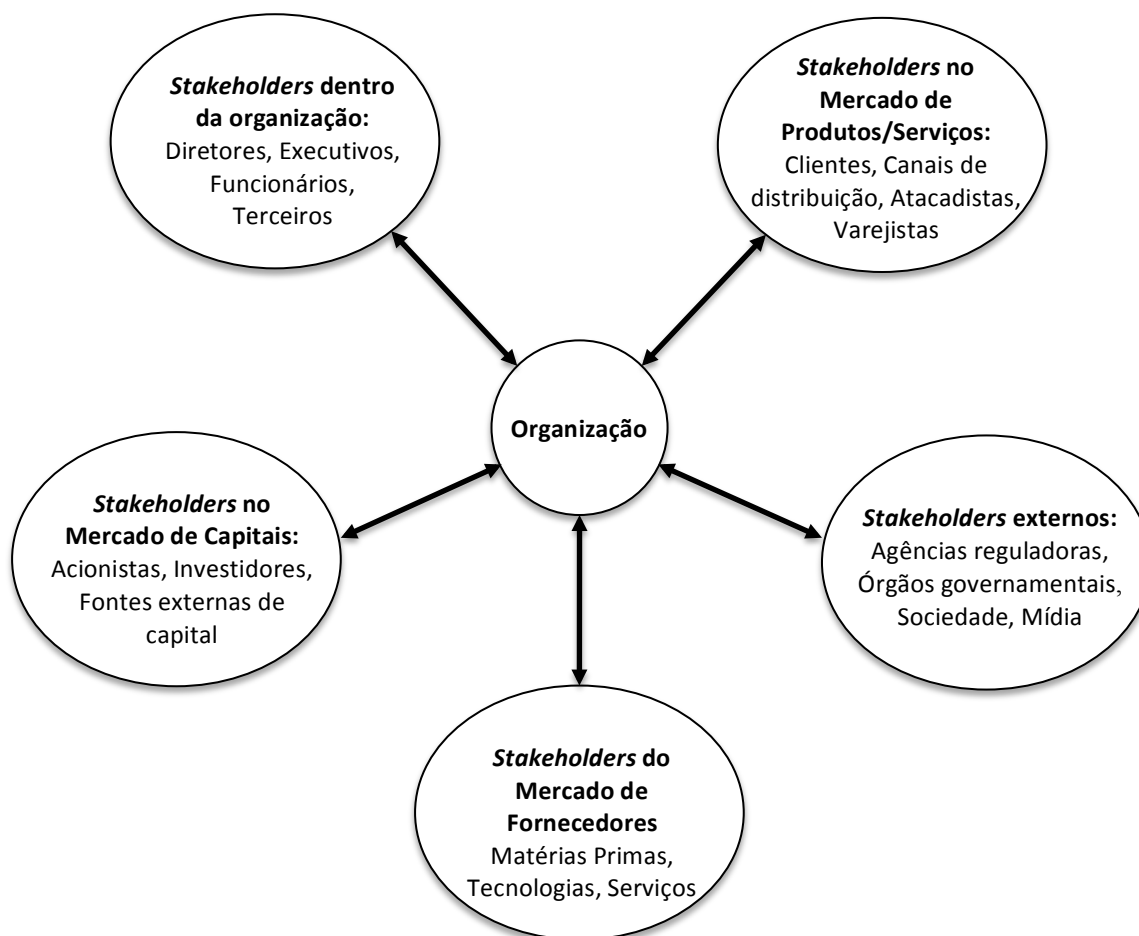


Figura 16. Stakeholders no contexto de uma organização

Fonte: Chiavenato e Sapiro (2003, p. 53)

Cada *stakeholder* tem um papel que desempenha impacto na organização e um interesse a ser atendido em contrapartida. Assim, para se atingir sucesso com o negócio, é necessário dar atenção aos interesses de todos e, portanto, compreender o que é de valor para cada grupo (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003).

Diante disso, nota-se a importância de se conduzir a análise dos públicos de interesse no sentido de alinhar a visão do negócio aos interesses de todas as partes envolvidas. Isso se faz imprescindível para o alinhamento estratégico em uma organização.

Chiavenato e Sapiro (2003) propõem um quadro contendo os possíveis interesses dos grupos de interesse de uma organização genérica e qual papel eles desempenham para ela ou dentro dela (Quadro 1). Essa análise será conduzida para a compreensão dos conflitos e interesses envolvidos no contexto do setor de saúde suplementar.

Quadro 1. Os *stakeholders* e seus principais interesses

<i>Stakeholders</i>	Contribuição	Principais interesses
Colaboradores	Trabalho, conhecimento, competências	Salários adequados, benefícios sociais, oportunidades de desenvolvimento profissional, segurança do trabalho
Acionistas	Capital, investimentos	Rentabilidade, transparência na gestão, probidade administrativa
Investidores	Capital, investimentos	Rentabilidade, retorno do investimento, transparência
Clientes	Compra de produtos e serviços	Produtos ou serviços adequados, preço, qualidade, atendimento, assistência =
Fornecedores	Oferta de insumos	Venda de produtos e serviços, pontualidade nos pagamentos

Fonte: Chiavenato e Sapiro (2003, p. 55)

2.3.5 *Finanças corporativas*

Muitas decisões de cunho estratégico nas empresas envolvem o nível de investimento e endividamento necessário para se atingir algum objetivo. Tais decisões são de extrema importância para se assegurar a sustentabilidade do negócio, de curto e longo prazos. Assim, os modelos de decisão que auxiliam os gestores devem incorporar variáveis relativas aos diferentes prazos e valores dos ativos da empresa (SOARES, 2006).

Na Quadro 2, observa-se um conjunto de indicadores extraídos, em parte, de Silva (2010) e da ANS (2015). Estes últimos são indicadores de uso corrente da ANS para avaliação das operadoras de planos de saúde e são detalhados na seção 2.1.4.

Quadro 2. Indicadores financeiros disponíveis na Literatura e ANS

Grupo	Indicador	Fórmula de cálculo	Fonte
Liquidez	Liquidez corrente	Ativo Circulante / Passivo Circulante	Silva (2010)
	Liquidez geral	(Ativo Circulante + Realizável em Longo Prazo) / (Passivo Circulante + Exigível em Longo Prazo)	Silva (2010)

	Liquidez imediata	Disponível / Passivo Circulante	Silva (2010)
	Imobilização do Patrimônio Líquido	Ativo Permanente / Patrimônio Líquido	Silva (2010)
Estrutura de Capital	Participação de Capitais de Terceiros	(Passivo Circulante + Exigível em Longo Prazo) / Patrimônio Líquido	Silva (2010)
	Composição do Endividamento	Passivo circulante / (Passivo Circulante + Exigível em Longo Prazo)	Silva (2010)
	Retorno sobre o Patrimônio Líquido	Lucro Líquido / Patrimônio Líquido	Silva (2010)
Rentabilidade	Retorno sobre o Ativo	Lucro Líquido / Ativo total	Silva (2010)
	Sinistralidade	(Despesas administrativas + Despesas de comercialização + Eventos indenizáveis líquidos) / Contraprestações líquidas	ANS (2015)
Específicos do setor	Índice Combinado	Eventos indenizáveis líquidos / Contraprestações líquidas	ANS (2015)

Fonte: Silva (2010); ANS (2015)

Os três primeiros indicadores, relativos à liquidez, tem como objetivo medir a capacidade da empresa em honrar suas dívidas no curto e no longo prazos. A manutenção desses indicadores alinhados aos padrões do setor no qual se insere a empresa é de fundamental importância para sua continuidade (SILVA, 2010). No caso particular das operadoras de planos de saúde a liquidez deve ser constantemente monitorada, pois se tratam de empresas do ramo das seguradoras, que lidam com alto risco operacional.

O segundo grupo de indicadores refere-se à estrutura de capital. Esses indicadores são utilizados para aferir a composição das fontes de recursos financeiros da empresa. As decisões de investimentos e financiamentos afetam a sua estrutura de capital, pois nem sempre a empresa apresenta recursos próprios suficientes para financiar sua necessidade de

investimento e sua operação. Assim, ele pode adotar uma estratégia de alavancagem financeira (SILVA, 2010).

Para Soares (2006), os indicadores de rentabilidade, pertencentes ao terceiro grupo, expressam a atratividade financeira do setor, pois indicam se o risco incorrido na operação é remunerado adequadamente.

Por fim, os indicadores específicos do setor incluem a sinistralidade e o índice combinado. Ambos são indicativos da eficiência operacional da empresa e sinalizam o risco de insolvência das operadoras de planos de saúde (SOARES, 2006).

2.3.6 Declaração da Missão e da Visão

Para Chiavenato e Sapiro (2003), a “missão” é o elemento que traduz as responsabilidades e pretensões da organização junto ao ambiente. Ela define o “negócio”, delimitando o seu ambiente de atuação. Soares (2001), Kaplan e Norton (2004) também argumentam que a definição da missão seria o primeiro passo para a elaboração da estratégia de uma empresa.

“Missão. Declaração concisa, com foco interno, da razão de ser da organização, do propósito básico para o qual se direcionam suas atividades e dos valores que orientam as atividades dos empregados. A missão também deve descrever como a organização espera competir no mercado e fornecer valor aos clientes. ” (KAPLAN; NORTON, 2004, p.36)

Segundo Soares (2001), a missão de uma empresa deve responder às seguintes perguntas:

- O que a empresa deve fazer?
- Para quem a empresa deve fazer?
- Por que a empresa deve fazer?
- Como a empresa deve fazer?
- Onde a empresa deve fazer?

Chiavenato e Sapiro (2003) definem “visão” como se fosse uma imagem da organização no futuro, quando ela terá realizado seus propósitos e objetivos. Enquanto que Kaplan e Norton (2004) aferem que a visão “pinta um quadro do futuro que ilumina a trajetória da

organização e ajuda os indivíduos a compreender por que e como devem apoiar a organização”.

Segundo Niven (2005), a visão de uma empresa traduz em palavras o que ela deseja se tornar em 5, 10 ou 15 anos. Ele também ressalta que a declaração de visão deve levar em conta elementos como: o escopo desejado das atividades de negócio, a maneira que a empresa será vista pelas partes interessadas, as áreas de liderança e os valores da empresa.

Este autor acredita que existem algumas características essenciais que a visão deve conter. Ela deve ser concisa e apelativa, isto é, deve prender a atenção de quem a lê e deve fazer apelo às pessoas que possuem alguma participação na empresa. Ela deve estar consistente com a sua missão e com os seus valores, já que se trata de um desdobramento desses elementos. Além disso, ela deve ser verificável, factível e inspiradora (NIVEN, 2005).

Niven (2005) propõe algumas perguntas a serem feitas aos executivos da empresa para o desenho da visão:

- Como obtivemos sucesso no passado?
- Onde falhamos?
- Por que devemos ser orgulhosos de nossa empresa?
- Que tendências, inovações e dinâmicas estão atualmente alterando nosso mercado?
- O que nossos clientes, acionistas e funcionários esperam de nós?
- Quais são nossos principais atributos e competências como organização?
- Onde vemos a empresa nos próximos 3 anos? 5 anos? 10 anos?
- Como nossa empresa se modificará nesse período?
- Como mantemos nosso sucesso?

2.3.7 Fatores Críticos de Sucesso

Os “fatores críticos de sucesso” (FCS), cuja definição está inserida entre o diagnóstico da empresa e a formulação das estratégias propriamente ditas, procuram evidenciar questões realmente críticas à organização, emergindo dos elementos apontados na análise realizada com a aplicação do modelo SWOT, de cuja solução dependerá a consecução da missão (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003).

Ou seja, Chiavenato e Sapiro (2003) enxergam os FCS como um resultado ou uma consequência dos diagnósticos interno e externo da organização em estudo. Por outro lado,

Bullen e Rockart (1981), cujo trabalho teve como foco o detalhamento do método de entrevistas para determinar FCS – definem-nos como as poucas áreas chave de atividade onde é imprescindível haver resultados satisfatórios para que um gerente, um executivo, um departamento ou uma organização atinjam seus objetivos (BULLEN; ROCKART, 2003). Logo, estes autores tendem a explorar esse tema como uma reflexão do que o gerente ou executivo entrevistado pensam sobre o contexto no qual trabalha diretamente.

Bullen e Rockart (1981) propõem uma classificação para os FCS segundo três dimensões:

- 1) **Interna x Externa:** Todo gerente em uma organização terá FCS internos, referentes ao departamento e às pessoas a ele atreladas, e externos, geralmente relacionados a situações que estão fora do seu controle, pois se referem ao ambiente externo.
- 2) **Monitoramento x Construção/Adaptação:** um FCS de monitoramento envolve o acompanhamento operação rotineira da organização. FCS referentes ao desempenho financeiro, ao status do custo de produção de um certo produto ou à taxa de rotatividade de funcionários são exemplos de FCS de monitoramento. Na outra extremidade, existem os FCS de construção ou de adaptação, os quais focam na implementação de planos de mudança no sentido de adaptar a organização ao novo ambiente. Programas de recrutamento, treinamento e o desenvolvimento de novos produtos são alguns exemplos desse tipo de FCS.
- 3) Na terceira dimensão, Bullen e Rockart (1981) apontam que existem cinco fontes básicas das quais emergem os FCS, a saber:
 - **Indústria na qual se insere a organização;**
 - **Estratégia competitiva da organização;**
 - **Ambiente externo;**
 - **Evento temporário que pode gerar FCS temporários;**
 - **Função do gerente ou da pessoa entrevistada**

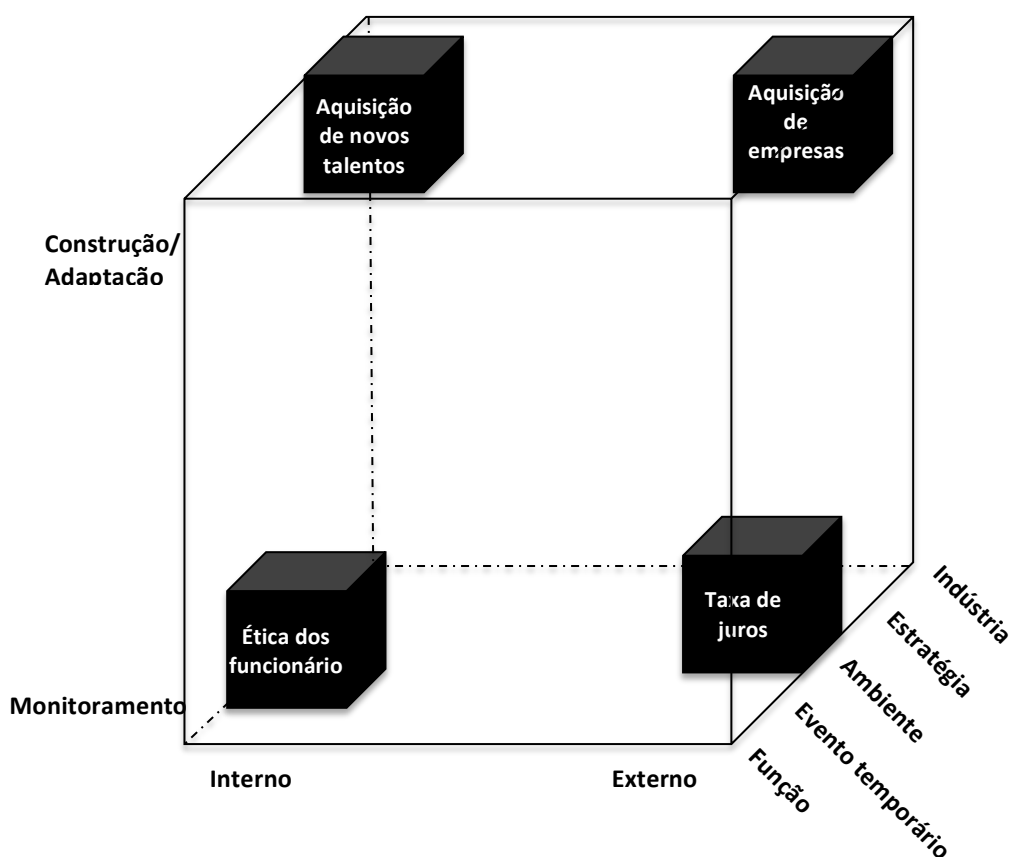


Figura 17. Fatores Críticos de Sucesso segundo as três dimensões de classificação

Fonte: Adaptado de Bullen e Rockart (1981, p. 19)

A combinação dessas três dimensões permite a visualização de como os FCS de um certo gerente são agrupados. Por exemplo, o FCS “aquisição de empresas” é um fator externo, do tipo construção, cuja fonte é competitividade estratégica, enquanto que a “aquisição de novos talentos” é um fator interno à organização, mas também de construção e de fonte competitividade estratégica. “Ética do empregado” é um fator interno, mas de monitoramento e que pode ter como fonte um evento passageiro. Já as “taxas de juros” constitui-se de um fator cuja fonte é o ambiente externo e cuja natureza é de monitoramento (BULLEN; ROCKART, 1981).

Segundo Bullen e Rockart, a determinação de FCS tem três objetivos gerais para a organização:

- Direcionar o gerente a definir quais suas verdadeiras necessidades de informação sobre a empresa;
- Apoiar a organização em seus processos gerais de planejamento estratégico, tático e operacional;

- Auxiliar a organização no processo de design de seus sistemas de informação.

No terceiro capítulo de seu trabalho, os autores desenvolvem o procedimento e as técnicas de entrevistas semiestruturadas a serem conduzidas com gerentes e executivos para a determinação de FCS de uma organização. As entrevistas feitas no contexto deste trabalho de formatura foram, em parte, fundamentadas nesta metodologia.

Entrevista de Fatores Críticos de Sucesso

A entrevista é a base para a compreensão das reais necessidades dos gestores de alto escalão de uma empresa. Além disso, trata-se de uma oportunidade única de reflexão por parte não só do entrevistador como também do entrevistado. Isso sem contar que ter a disponibilidade de tempo e atenção dessas pessoas é geralmente muito difícil (BULLEN; ROCKART, 1981).

Diante disso, o “objetivo da entrevista” não deve incluir somente e puramente a detecção de FCS, mas também outros fatores, a saber:

- Entendimento da organização, da missão e do papel do entrevistado no contexto;
- Captura dos objetivos específicos do entrevistado;
- Direcionamento para o entrevistado refletir sobre e determinar seus verdadeiros FCS.

No que tange a “preparação da entrevista”, é importante que o entrevistador pesquise a empresa, o mercado e a indústria na qual ela se insere, para que a conversa seja mais inteligente (BULLEN; ROCKART, 1981).

Por se tratar de um “método de entrevista” semiestruturado, Bullen e Rockart não propõem um questionário exaustivo para a condução da mesma. Eles fornecem direcionadores para a conversa e algumas possíveis perguntas a serem efetuadas de maneira mais direta para a detecção dos FCS propriamente ditos. Recomenda-se que sejam entrevistados por volta de cinco gerentes de alto escalão da empresa (BULLEN; ROCKART, 1981).

As etapas propostas são explicitadas a seguir.

- 1) **Abertura da entrevista:** o entrevistador faz uma breve apresentação, esclarece o motivo e a estrutura geral da entrevista e tira eventuais dúvidas do entrevistado;

- 2) **Descrição da missão e papel do entrevistado:** solicita ao entrevistado a descrição do funcionamento da sua área, sua missão e seu papel dentro da empresa;
- 3) **Discussão das metas do entrevistador:** conduz-se uma discussão sobre os desejos do entrevistado com relação à organização e quais suas metas, específicas e gerais;
- 4) **Desenvolvimento dos FCS:** nessa etapa algumas perguntas mais direcionadas podem ser feitas no sentido de formalizar e priorizar os FCS. As perguntas propostas por Bullen e Rockart (1981) são:
 - Você poderia me dizer, na ordem que vier em sua cabeça, quais são os fatores que você considera críticos para o sucesso do seu trabalho nesse momento?
 - Fazendo a mesma pergunta de outra maneira: você poderia me dizer qual área do seu setor ou da organização, se houvesse falha, traria maior prejuízo para a empresa?
 - Suponha que você tenha ficado em um quarto escuro sem, sem acesso ao mundo exterior, com exceção de água e comida. O que você mais gostaria de saber sobre o negócio quando saísse do quarto três meses depois?

Tendo posse dos resultados das entrevistas, o entrevistador deve rever os FCS identificados de maneira exaustiva e, em seguida, agregá-los e priorizá-los (BULLEN; ROCKART, 1981).

2.4 A geração de valor de longo prazo através dos ativos intangíveis

Kaplan e Norton em sua obra “Mapas Estratégicos: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis” discutem a presença de funções organizacionais estratégicas dentro da empresa. Investir em capital humano de tecnologia da informação ou, de maneira mais geral, em ativos intangíveis é um eixo estratégico importante para que se crie valor diferenciado e sustentável em uma empresa (KAPLAN; NORTON, 2004).

Para explicar esta afirmação, esses autores fazem uma analogia interessante entre empresas e países. Venezuela e Arábia Saudita, por exemplo, são países que possuem uma enorme riqueza de recursos naturais – ou ativos tangíveis no caso de uma empresa – no entanto investiram mal em educação da população e em sistemas tecnológicos. Dessa forma, a produtividade *per capita* e o crescimento econômico desses países verificaram taxas muito

inferiores às de Cingapura e de Taiwan, por exemplo, países dotados de poucos recursos naturais, mas que investiram intensamente em capital humano e da informação. Isso porque os ativos intangíveis são o que promovem a criação de valor de longo prazo (KAPLAN; NORTON, 2004, p. 4).

2.4.1 A tradução da estratégia em quatro perspectivas

Como resultado de uma pesquisa realizada em várias empresas para estudar a avaliação do desempenho nessas organizações, Robert Kaplan e David Norton criaram o BSC e o divulgaram pela primeira vez em 1992, em um artigo da *Harvard Business Review*, o qual se baseou em uma pesquisa.

Trata-se de um sistema de gestão da estratégia, com o propósito de traduzir a missão e a visão da empresa – ou de unidades de negócios – em objetivos, com métricas e metas, organizados segundo quatro perspectivas: financeira, do cliente, dos processos internos e do aprendizado e crescimento. Essas perspectivas são interligadas por relações de causa e efeito e, assim, devem equilibrar os objetivos de curto e longo prazo, capturando tanto as medidas objetivas concretas e como as subjetivas mais imprecisas (KAPLAN; NORTON, 1997).

Na Figura 18, observa-se o modelo das quatro perspectivas no qual se baseia o desenvolvimento do BSC. Destaca-se que o alinhamento dos ativos intangíveis induz a melhorias no desempenho dos processos que por sua vez impulsionam o sucesso com os clientes e conseqüentemente o resultado financeiro para os acionistas (KAPLAN; NORTON, 2004).

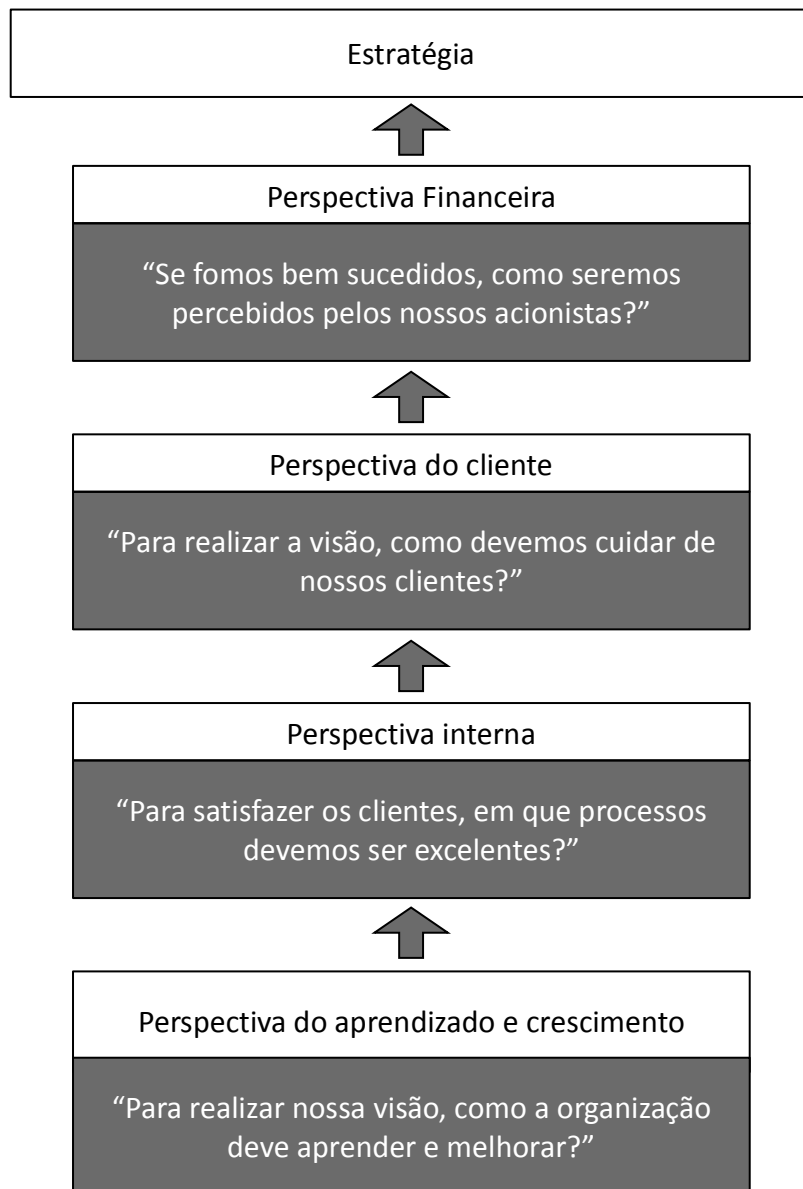


Figura 18. Modelo simples de criação de valor

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (2004, p.8)

Perspectiva do aprendizado e crescimento

A base do modelo é composta pela perspectiva do aprendizado e crescimento, que engloba os ativos intangíveis em uma organização. Segundo Kaplan e Norton (2004), “os ativos intangíveis são a fonte definitiva de criação de valor sustentável”. Pessoas, capital da informação, clima e cultura organizacionais constituem o que se define como ativos intangíveis e, uma melhoria nesses componentes, acarretará em melhoria para a organização como um todo, inclusive financeira (KAPLAN; NORTON, 2004).

Perspectiva dos processos internos

Como consequência das melhorias do desempenho do capital intangível, existe uma melhoria nos processos internos da organização. A execução desses processos é o que permite que se atinja a proposição de valor para os clientes. Assim, um bom desempenho dos processos se desdobra em melhora dos índices de satisfação do cliente (KAPLAN; NORTON, 2004).

Perspectiva do cliente

Atingir a proposta de valor para o cliente trata-se do elemento central da estratégia, pois o sucesso com clientes alvo é o que gera sucesso financeiro. Esse sucesso pode ser medido por meio de indicadores como satisfação, retenção e crescimento da demanda (KAPLAN; NORTON, 2004).

Perspectiva financeira

O ápice do modelo das quatro perspectivas é o desempenho financeiro, pois se considera que o sucesso da organização é a qualidade de seu resultado financeiro, já que a estratégia define como a empresa deseja promover o crescimento de valor sustentável para os acionistas (KAPLAN; NORTON, 2004).

As quatro perspectivas são suficientes? Segundo Niven (2005) na maioria das organizações onde o BSC foi implementado as quatro perspectivas foram suficientes para desdobrar a sua estratégia. Todavia, conforme apontam Kaplan e Norton (1997, p. 35) as perspectivas “devem ser consideradas um modelo, não uma camisa-de-força”. Algumas organizações incluíram outras perspectivas como, por exemplo, para pesquisa e desenvolvimento, tecnologia, fornecedores e ambiente. Essa inclusão deve, portanto, sempre visar que a estratégia gere vantagem competitiva para a organização (NIVEN, 2005).

2.4.2 As relações de causa e efeito: O Mapa estratégico

Segundo Kaplan e Norton, o mapa estratégico é uma evolução do modelo das quatro perspectivas do BSC, pois acrescenta um nível de maior detalhe com relação à dinâmica temporal da estratégia.

O mapa estratégico se baseia nos seguintes princípios:

A estratégia equilibra forças contraditórias: Esse princípio se refere ao fato de que investir em ativos intangíveis com o intuito de melhorar o desempenho operacional e financeiro a longo prazo certamente entra em conflito com a necessidade de corte de custos a curto prazo para melhorar a produtividade. Diante disso, é importante que na formalização da estratégia defina-se o equilíbrio entre objetivos financeiros de curto e de longo prazos (KAPLAN; NORTON, 2004).

A estratégia baseia-se em proposição de valor diferenciada para os clientes: Para que se possa definir a estratégia, é necessário primeiramente determinar qual a proposição de valor a ser ofertada ao cliente ou ao segmento de cliente-alvo (KAPLAN; NORTON, 2004).

Cria-se valor por meio dos processos internos: Os processos internos e de aprendizado e de crescimento são a base para impulsionar a estratégia. A organização deve se concentrar nos poucos processos críticos que mais tem impacto na proposição de valor para o cliente e que mais contribuem para preservar o funcionamento da organização (KAPLAN; NORTON, 2004).

Segundo Kaplan e Norton os processos internos podem ser de quatro tipos:

- Processos de gestão operacional: referem-se à produção e entrega dos produtos e/ou serviços aos clientes;
- Processos de gestão de clientes: estabelecem e alavancam os relacionamentos com os clientes;
- Processos de Inovação: impulsionam o desenvolvimento de novos produtos, serviços e processos;
- Processos regulatórios e sociais: garantem a conformidade perante os órgãos reguladores e sociais.

A estratégia compõe-se de temas complementares e simultâneos: Kaplan e Norton acreditam que aprimoramentos nos diferentes processos internos trazem benefícios em momentos diferentes, podendo ser complementares ou não. Por exemplo, melhorias nos processos operacionais podem trazer resultados no curto prazo por meio de reduções de custo operacional. Por outro lado, uma melhoria nos processos de gestão de clientes pode gerar um benefício visível em seis ou doze meses após o início da mudança nesses processos. Quanto aos processos de inovação, geralmente leva-se ainda mais tempo para se usufruir do resultado das melhorias (KAPLAN; NORTON, 2004).

O alinhamento estratégico determina o valor dos ativos intangíveis: Ou seja, a importância de certo ativo intangível depende do impacto que este tem sobre a estratégia. Para se medir esse impacto, os autores introduzem o conceito do que eles chamam de “prontidão estratégica”. Para se explicar esse conceito, faz-se uma analogia à liquidez de ativos tangíveis, isto é, a prontidão seria para os ativos intangíveis o que a liquidez é para os tangíveis – ou ativos correntes e não correntes, como se apresenta no balanço patrimonial. Os ativos intangíveis não devem ser medidos através do investimento feito nas funções Recursos Humanos (RH) e Tecnologia da Informação (TI) da organização; devem ser medidos pelo grau de preparação para suportar a estratégia da organização – a prontidão. Assim como ocorre com a liquidez, quanto maior a prontidão do ativo, maior a rapidez com que ele contribuirá para a geração de caixa (KAPLAN; NORTON, 2004).

Os autores classificam os ativos intangíveis em três categorias:

- Capital humano: habilidades, conhecimentos e talento dos funcionários.
- Capital da informação: Sistemas de informação, bases de dados, infraestrutura tecnológica.
- Capital organizacional: cultura, liderança, trabalho em equipe e gestão do conhecimento.

2.4.3 O projeto de construção do *Balanced Scorecard*

Foram encontrados na literatura diversos métodos para se conduzir o projeto do BSC, sendo todos esses métodos baseados no trabalho original de Kaplan e Norton, detalhado no livro “Estratégia em Ação: *Balanced Scorecard*” (1997). Para este trabalho considerou-se, portanto, o método original, porém com a inclusão de considerações de Niven (2005).

O método de Elaboração proposto por Kaplan e Norton (1997) pode ser dividido em duas fases: uma de planejamento e outra de desenvolvimento.

Fase de Planejamento:

Segundo Kaplan e Norton, deve-se primeiramente estabelecer os objetivos para o BSC e obter o consenso e apoio da alta administração. Niven (2005) aponta que a obtenção do patrocínio da alta direção é um dos fatores cruciais para que o projeto do BSC seja bem-sucedido. Além disso, é necessário montar uma equipe para o projeto, com integrantes que

possuam competências adequadas. São, portanto, duas as funções fundamentais em um projeto de BSC: o líder do projeto e o patrocinador executivo.

Niven (2005) acrescenta também a importância de se gerar um plano de cominação para toda a organização, antes de se passar à fase de desenvolvimento.

Fase de Desenvolvimento:

A fase de desenvolvimento pode ser subdividida em quatro etapas principais: a definição da arquitetura de indicadores, o consenso em função dos objetivos estratégicos, a escolha e elaboração dos indicadores e a elaboração do plano de implementação.

A **definição da arquitetura de indicadores** envolve a escolha da unidade de negócios onde será aplicado o BSC e a caracterização de sua relação com a organização como um todo (KAPLAN; NORTON, 1997).

Quanto ao **consenso em torno dos objetivos estratégicos**, Kaplan e Norton aconselham que seja baseado em entrevistas com os principais executivos. Segundo Niven (2005) o arquiteto deve obter informações sobre a realidade da empresa e sobre a visão dos executivos sobre a estratégia. Com base nos resultados das entrevistas realizadas, a equipe de projeto deve desenvolver uma lista inicial dos objetivos e das medidas para cada uma das perspectivas (NIVEN, 2005).

A **elaboração e escolha dos indicadores** propriamente ditos feita pela equipe de projetos deve levar em consideração as relações de causa e efeito do mapa estratégico. Para auxiliar tal elaboração, Niven (2005) propõe que os indicadores sejam escolhidos de acordo com sete critérios.

- **Ligação com estratégia:** O BSC é uma ferramenta que procura traduzir a estratégia da organização em indicadores e metas. Escolher objetivos que não tem relação com a estratégia da empresa gerar confusões e falta de clareza por parte dos funcionários.
- **Quantificação:** Podem ser propostos indicadores que dependam de avaliação subjetiva. Esse critério leva em consideração a capacidade do indicador de ser analisado objetivamente.

- **Acessibilidade:** Devem constar apenas indicadores que possam ser medidos pela empresa.
- **Facilidade de entendimento:** O objetivo do processo é a criação de um sistema que incentive a ação. Portanto, é importante que todos possam assimilar o significado do indicador, para que não haja confusões.
- **Contrabalanceio:** Alguns indicadores podem piorar o desempenho de outros indicadores quando colocados em prática. Assim, deseja-se a escolha de indicadores que não influenciem outros negativamente.
- **Relevância:** Os indicadores devem ser relevantes para o alcance do objetivo estratégico medido.
- **Definição comum:** É preciso que o indicador seja expresso claramente, de modo que todos saibam o significado.

Finalmente, a **elaboração do plano de implementação** envolve a validação dos indicadores e das metas pelos executivos envolvidos, além de um plano que assegure o uso contínuo do BSC. Conforme Niven (2005), para que o BSC seja um sistema de gestão estratégica é fundamental que seja desenvolvido um plano detalhado de implementação, com prazos e definição de responsáveis.

3 METODOLOGIA

Tendo em vista o objetivo deste trabalho de propor um plano de implementação e um BSC para o alinhamento estratégico dos ativos intangíveis da empresa, foi elaborada uma estrutura para se conduzir as análises que culminaram nesse plano. Assim, com base nos fundamentos teóricos apresentados no capítulo 2, foi desenvolvida uma metodologia que pode ser dividida em três grandes etapas, conforme Figura 19.

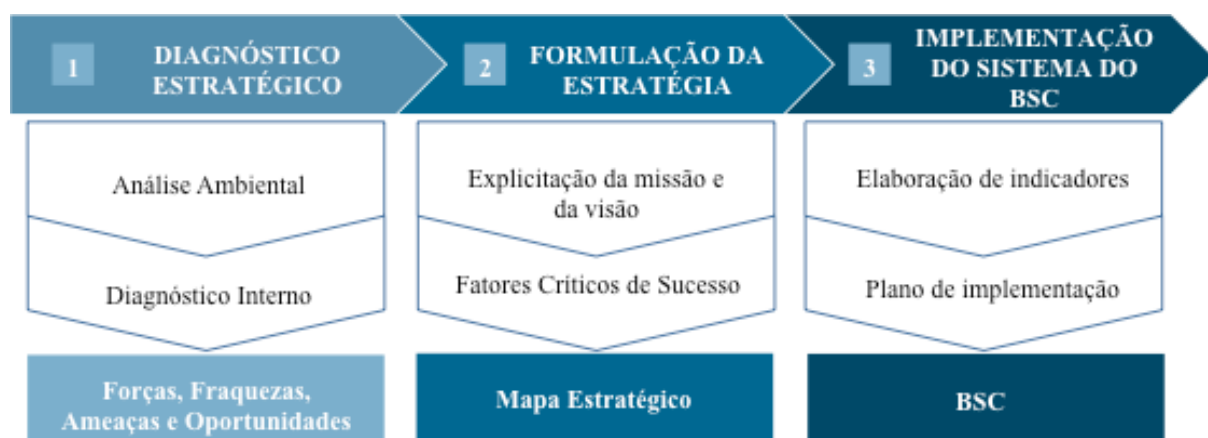


Figura 19. Fluxograma do desenvolvimento do trabalho

Fonte: Elaboração própria

Com relação às duas primeiras etapas, a metodologia empregada é delineada pelos elementos básicos do planejamento propostos por Chiavenato e Sapiro (2003). A última etapa, por outro lado, emprega o método de construção do BSC como sistema de gestão proposto por Kaplan e Norton (1997), com adaptações propostas por Niven (2005). Dentro da linha proposta por esses autores, outras abordagens foram também consideradas.

3.1 Etapa 1: Diagnóstico Estratégico

A etapa de diagnóstico é de fundamental importância para compreender o contexto no qual a GMed se insere. O resultado final dessa etapa foi uma matriz SWOT contendo as forças, fraquezas, ameaças e oportunidades levantadas através da análise ambiental e do diagnóstico interno.

Com relação à análise ambiental, foram feitas análises por meio principalmente das ferramentas de Porter (2004) e de Chiavenato e Sapiro (2003), explicitadas na revisão bibliográfica, além de conceitos dos públicos de interesse esquematizados por Cechin (2008). Para coleta de dados relativos à distribuição de beneficiários e planos de saúde da GMed e de seus concorrentes, foi utilizada a ferramenta TabNet, disponível no site oficial da ANS, que

permite a análise de base de dados atualizadas constantemente com os dados enviados pelas empresas do setor.

Para o diagnóstico interno da empresa, foi consultado o seu Estatuto Social da GMed, onde são definidas todas as regras e normas da empresa, além de seus demonstrativos financeiros, analisados por meio de índices propostos por Silva (2010) e pela ANS. O esquema da Figura 20 sumariza o fluxograma da Etapa 1 e respectivas referências.

Etapa 1: Diagnóstico Estratégico	Análise Ambiental	• Forças competitivas da indústria	• Porter (2004)
		• Grupos estratégicos	• Porter (2004)
		• Análise dos públicos de interesse	• Cechin (2008) e Chiavenato e Sapiro (2003)
	Diagnóstico interno	• Organização e Governança	• Estatuto Social da GMed
		• Finanças Corporativas	• Silva (2010), Soares (2006) e ANS (2015)
	Forças, Fraquezas, Ameaças e Oportunidades (SWOT)		• Martins e Turrioni (2002) e Mintzberg et al. (2010)

Figura 20. Metodologia do Diagnóstico Estratégico e referências

Fonte: Elaboração própria

3.2 Etapa 2: Formulação da estratégia

Quanto à etapa de elaboração da estratégia propriamente dita, os principais métodos de coleta de dados foram as entrevistas semiestruturadas com executivos e gerentes da empresa, tanto para a explicitação da visão quanto para a detecção dos Fatores Críticos de Sucesso (FCS). As abordagens utilizadas são sumarizadas na Figura 21.

Etapa 2: Formulação da Estratégia	Explicitação da Missão e da Visão	• Soares (2001), Niven (2002) e Chiavenato e Sapiro (2003)
	Deteção dos Fatores Críticos de Sucesso	• Bullen e Rockart (1981)
	Mapa estratégico	• Kaplan e Norton (2004)

Figura 21. Metodologia da Formulação da Estratégia e referências

Fonte: Elaboração própria

Quanto à elaboração da estratégia, nem todos os diretores ou gerentes da GMed foram entrevistados. No caso dos primeiros, foram feitas entrevistas apenas com aqueles que tiveram disponibilidade. Já no caso dos gerentes, foram entrevistados aqueles cujas áreas são

consideradas relevantes para o estudo deste trabalho, que visa o alinhamento dos ativos intangíveis da empresa à sua estratégia. Foram também consultados segundo suas respectivas disponibilidades.

A lista de pessoas entrevistadas é apresentada no Quadro 3. Ela relaciona os gerentes aos respectivos diretores aos quais são subordinados, e ao ativo intangível que gerencia dentro da GMed.

Quadro 3. Lista de entrevistados e relação com os ativos intangíveis

Diretores	Gerentes	Ativo intangível
Diretor Presidente		
Diretor Financeiro		
Diretor de Mercado	Gerente de Mercado	Processos de vendas
	Gerente Administrativo	Processos jurídicos
Diretor Administrativo	Gerente de Tecnologia da Informação	Capital da informação
	Gerente de Gestão de Pessoas	Capital humano
Diretor de Auditoria Médica	Gerente de Contas Assistenciais	Processo de auditoria médica (<i>core</i> da GMed)
Diretor Médico	Gerente de Relacionamento ao Cooperado	Capital organizacional (relacionamento)
	Gerente de Planejamento e Controle ¹	Processos gerenciais transversais

Fonte: Elaboração própria

O método de entrevista de FCS detalhado na seção 2.3.7 foi conduzido com apenas cinco diretores, assim como aconselham Bullen e Rockart (1981). No entanto, as informações coletadas em todas as entrevistas foram relevantes para a composição da lógica do Mapa Estratégico resultante desta etapa.

¹ O Gerente de Planejamento e Controle foi o ponto focal da autora dentro da empresa.

Os FCS sintetizados a partir das entrevistas foram a base para se constituir os objetivos que construíram o Mapa Estratégico da GMed. Isso porque, como apontam Kaplan e Norton (2004), o mapa das relações de causa e efeito entre temas estratégicos deve conter os ativos intangíveis considerados críticos para suportar a estratégia.

3.3 Etapa 3: Implementação do sistema do BSC

A terceira etapa da metodologia deste trabalho envolve a implementação do BSC como um sistema de gestão estratégica dentro da GMed. Para tanto, baseou-se no método de construção e de disseminação do BSC proposto por Kaplan e Norton (1997) e considerações de Niven (2005), como indica a Figura 22.

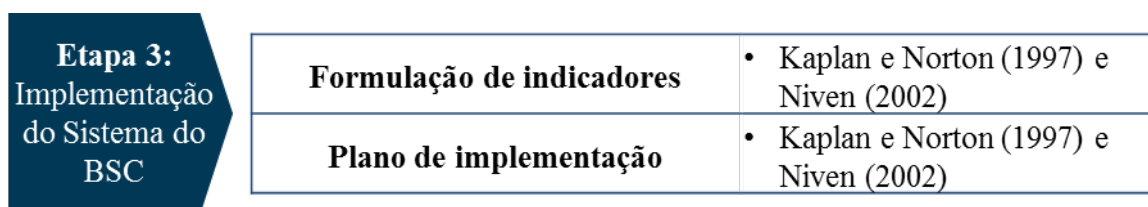


Figura 22. Metodologia da Implementação do Sistema de BSC e referências

Fonte: Elaboração própria

A partir do resultado da Etapa 2 – o Mapa Estratégico – foram formulados indicadores para mensurar os objetivos estabelecidos. Essa elaboração partiu das análises da autora e foi posteriormente adaptada segundo discussões e validações com o Gerente de Planejamento e Controle. Em seguida, propôs-se um plano de implementação a ser pilotado por este gerente, com o intuito de garantir a perenidade deste trabalho. Isso porque, assim como observa Niven (2005) para se transformar o BSC em um sistema para a gestão estratégica da empresa, é fundamental que um plano detalhado seja desenvolvido para implementar o uso contínuo do BSC por toda a organização, levando em consideração a comunicação e participação de todas as partes envolvidas.

É importante salientar que, em termos práticos, o BSC não foi implementado pela autora na GMed. Nesta etapa, o papel desempenhado foi de fornecer subsídios os teóricos e metodologia ao Gerente de Controle e Planejamento, responsável por executar as atividades do Plano de Implementação.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo se destina à aplicação da metodologia apresentada no capítulo 3 para se atingir os objetivos do trabalho. Todos os conceitos, métodos e ferramentas para diagnóstico da situação atual e proposição de soluções estão explicitados no capítulo 2.

4.1 Diagnóstico estratégico

O pano de fundo para a detecção das relações de causa e efeito de geração de valor dentro da empresa é o diagnóstico estratégico. Esta etapa foi de fundamental importância para que a autora pudesse adquirir o nível de compreensão sobre o setor e situação atual da GMed necessário para propor um processo de gestão estratégica, baseado no BSC, adequado e gerador de impacto.

4.1.1 *Análise ambiental*

A primeira etapa para a compreensão do ambiente no qual se insere a empresa objeto de estudo é a análise do ambiente externo. No capítulo 2 deste trabalho consta uma seção explicativa sobre o setor de saúde suplementar, cuja construção foi muito importante para a entendimento do setor. Na presente seção, procura-se analisar o contexto específico da GMed, considerando as particularidades da cooperativa e da região onde ela se encontra. Para se conduzir tal análise, utilizou-se de três ferramentas de diagnóstico estratégico: as cinco forças competitivas da indústria, o mapa dos grupos estratégicos e a análise dos grupos de interesse.

4.1.1.1 As cinco forças competitivas da indústria

Segundo PORTER (2004), existe um conjunto de forças do mercado, além da simples força da concorrência, que acabam determinando o potencial de lucro de uma empresa. Nesta análise, é descrita a fonte da força competitiva e a intensidade da mesma referente à inserção da GMed no mercado de operadoras de planos de saúde, no escopo da cidade onde se encontra a singular estudada. Sabe-se que quanto maior a intensidade da força, menor é o potencial de lucro da empresa.

Rivalidade entre os concorrentes existentes

A GMed é uma operadora de planos de saúde inserida num contexto local, atendendo beneficiários de cidades situadas no raio de 50 km ao redor da cidade onde se encontra a sede. Apesar de ser uma operadora local, ela oferece planos de saúde de abrangência nacional, pois

tem acesso à rede prestadora de serviços das 350 singulares da mesma cooperativa distribuídas no território brasileiro. Seus principais concorrentes incluem operadoras das modalidades de auto-gestão, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde. Entre eles, existem os que oferecem apenas planos locais e outros que também oferecem planos de abrangência nacional.

Atualmente a GMed é a líder de mercado, pois detém cerca de 50% de *Market-share* em número de beneficiários. Segundo dados da ANS, existem 473 mil beneficiários de planos de saúde na cidade onde se situa a empresa, dos quais 235 mil tem vínculos com ela.

Apesar da existência de concorrentes não provocar risco de perda de liderança de mercado no médio prazo, a GMed apresenta preocupações com relação a um concorrente relativamente novo que vem crescendo a taxas vertiginosas em número de clientes. De 2011 a 2015, o número de beneficiários aumentou a uma taxa anual média de 19%, enquanto que a GMed cresceu 6% anualmente no mesmo período. Atualmente esse concorrente ocupa a segunda posição em liderança de mercado em número de beneficiários, detendo o equivalente a cerca de 50 mil beneficiários.

O concorrente em questão adota uma estratégia de foco em custo, oferecendo planos coletivos empresariais e individuais a preços muito agressivos. Trata-se de uma rede de assistência à saúde verticalizada, com dois hospitais na cidade, nos quais é oferecida a gama de serviços dos planos de saúde. Assim, apesar de a cobertura em serviços e em raio geográfico ser muito mais incipiente se comparado ao da GMed, esse concorrente está adquirindo parcelas significativas de mercado, principalmente no segmento empresarial. Recentemente dois dos importantes clientes-empresa da GMed migraram para os planos desse concorrente, representando uma perda significativa da receita anual.

Dessa forma, a preocupação da GMed está na perspectiva do crescimento desse concorrente no longo prazo, inclusive considerando o cenário econômico atual, em que o mercado terá tendência a optar por planos mais baratos. No curto prazo, por outro lado, a rede prestadora credenciada da GMed ainda é a mais abrangente e com o serviço mais diferenciado. Constatase, assim, que apesar do mercado ser muito concentrado nessas duas operadoras **a intensidade da força de rivalidade entre concorrentes pode ser considerada média**, já que existe um risco no longo prazo de deterioração de margens devido à presença do concorrente.

Ameaça de novos entrantes

Segundo Porter (2004) o que define a intensidade dessa força é a presença de barreiras de entrada no mercado. Dentre as barreiras apontadas por esse autor, as que mais estão presentes no setor de saúde suplementar são:

- **Necessidade de capital:** Para se operar no mercado de planos de assistência à saúde, o investimento inicial necessário pode depender do tipo de modalidade da operadora. Uma operadora que opte por ser verticalizada certamente necessita de alto capital para compor suas instalações como hospitais, laboratórios e clínicas próprios. Por outro lado, uma operadora horizontalizada, cujo negócio consiste em construir uma rede de prestadores credenciados e oferecer seus serviços de assistência à saúde a beneficiários em forma de planos mensais não terá necessidade de vultosos investimentos. No caso do mercado que concorre com a GMed, a necessidade de capital pode ser considerada uma barreira de entrada, pois apesar de se tratar de uma empresa que oferece uma rede prestadora cuja maior parte dos centros de atendimento é credenciada, também possui alguns centros próprios de atendimento, de grande porte.
- **Acesso aos canais de distribuição:** Se considerarmos que os hospitais, clínicas e laboratórios são os canais de distribuição no caso do mercado analisado, pode-se afirmar que se trata de uma barreira de entrada elevada. Para se ter acesso a uma cobertura abrangente de serviços de saúde, como exige a ANS, é necessário que sejam feitas parcerias com diferentes prestadores, o que aumenta esta barreira.
- **Desvantagens de custo, independente do porte:** a existência de empresas já consolidadas há um certo tempo no mercado pode acarretar em vantagens competitivas que não podem ser superadas simplesmente pelo investimento financeiro. Este é o caso da GMed, que apresenta, por exemplo, um sistema de relacionamento muito sólido tanto com prestadores como com os próprios cooperados que compõem a empresa.
- **Política governamental:** Segundo Porter (2004), o governo pode atuar como barreira de entrada no mercado devido à alta regulação imposta. No mercado de saúde suplementar, a regulação sobre a qualidade e padrões do serviço assistencial e sobre as reservas técnicas financeiras é intensa. Na verdade, o nível de

exigências é muito custoso, o que torna inviável o surgimento de muitos novos entrantes neste mercado.

Diante do exposto, pode-se concluir que a intensidade da força de entrada de novos concorrentes é baixa, dado que a GMed já está bem estabelecida no mercado e as barreiras de entrada são muito elevadas.

Ameaça de produtos ou serviços substitutos

Quanto à ameaça de serviços substitutos considera-se que a intensidade da força é baixa. Isso porque o mercado de planos de saúde é altamente regulado, havendo regras inclusive sobre os serviços oferecidos, tanto em qualidade como em abrangência. Dessa forma, os produtos – planos de saúde – acabam sendo padronizados no que se tange esses quesitos, não havendo possibilidade de oferecimento de produtos ou serviços substitutos.

Poder de negociação dos compradores

Para se analisar a força competitiva de poder de negociação dos compradores, deve-se segmentar a análise em dois tipos básicos de produtos:

Planos individuais e familiares

Os clientes desse tipo de produto são indivíduos (pessoas físicas) que adquirem o plano de saúde para si próprios ou para seus familiares. Nesse caso, o comprador não tem poder de barganha, pois unilateralmente não possui representatividade considerável a nível de receita para a empresa. No entanto, apesar da inexistência de poder de barganha por parte do contratante, a regulamentação é altamente rígida para esse segmento de produto. A ANS impõe um teto de preços calculados com base em estudos atuariais internos, além de determinar os índices de reajuste. Ou seja, apesar da empresa estar em posição de poder em relação a esse tipo de comprador, existe um limitante de seu poder de barganha associado à regulação. Portanto, considera-se que a intensidade dessa força é maior do que no caso de um livre mercado.

Planos coletivos

No caso dos planos coletivos, destinados a pessoas jurídicas, a ANS não prevê limites de reajuste. Esse aumento pode ser feito até uma vez por ano, conforme cláusulas contratuais

sobre o aumento dos índices de sinistralidade e que são livremente estabelecidas entre a operadora e a empresa ou associação que a contratou. Logo, existe uma margem de negociação maior para que a operadora aumente o seu potencial de lucro. No entanto, o poder de barganha desse comprador continua sendo maior do que o da operadora, pois a perda de um cliente-empresa pode levar a uma deterioração significativa da receita. Os planos coletivos podem ser de dois tipos:

- **Empresariais:** os compradores desses produtos são empresas que adquirem pacotes de planos de saúde a serem oferecidos como benefício a seus funcionários. Assim, a negociação com esse tipo de cliente ocorre entre a área de Recursos Humanos da empresa solicitadora de serviços e a GMed.
- **Por adesão:** são produtos contratados por sindicatos, conselhos ou associações de profissionais diretamente junto à operadora ou por meio de um intermediário – as administradoras de benefícios. Isto é, a contratação se dá por um grupo de pessoas vinculadas a uma instituição e, portanto, o poder de barganha do comprador é semelhante ao do contratante empresarial.

Segundo o relatório gerencial da empresa, os beneficiários da GMed se distribuem segundo os planos de saúde contratados como na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição de beneficiários por tipo de plano

Tipo de plano	% de beneficiários
Individual/Familiar	49%
Coletivo empresarial	37%
Coletivo por adesão	14%

Fonte: GMed, dados referentes a dezembro de 2015

Ou seja, cerca de metade dos beneficiários possuem planos individuais e familiares enquanto que a outra metade participa de algum dos planos coletivos oferecidos pela operadora. Dada essa distribuição e sabendo que a intensidade da força de barganha daqueles é alta, devido ao ambiente regulatório, e que a destes é média, conclui-se que a força competitiva de poder de barganha dos compradores tem intensidade alta nesse mercado.

Poder de negociação dos fornecedores

Entre os fornecedores da GMed existem tanto as empresas fornecedoras de serviços e de produtos destinados às funções administrativas, quanto as empresas relacionadas ao setor da

saúde – farmacêuticas e produtores de equipamentos médico-hospitalares – que suprem os recursos próprios da GMed.

No que se refere aos fornecedores do ramo da saúde, o poder de negociação com as farmacêuticas geralmente é maior do que com os fornecedores de equipamentos médico-hospitalares. Isso porque, as compras de medicamentos e de imuno-biológicos feitas por um comprador do tamanho da GMed são muito representativas em termos de faturamento para as indústrias farmacêuticas. Além disso, o número de fornecedores do setor é elevado, além da forte regulamentação por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

No caso dos fornecedores de equipamentos e materiais médico-hospitalares, como por exemplo os aparelhos de exames radiológicos e as próteses ortopédicas, existe uma quantidade menor de fornecedores, sendo que a maioria deles está instalada em outros países. Assim, a negociação com esses fornecedores é mais difícil para a GMed, que além de estar sujeita às variações do dólar para a definição dos preços, não tem acesso a uma grande variedade de fornecedores para fazer cotações.

Quanto aos prestadores de serviço e fornecedores de produtos de fins administrativos, como por exemplo os desenvolvedores de sistemas de informação, os transportadores e armazenadores de laudos, o poder de negociação da GMed é alto, devido à grande quantidade desses fornecedores disponível no mercado.

Diante disso, pode-se concluir que o poder de negociação da GMed com fornecedores tem intensidade média.

A análise das forças competitivas é sumarizada no Quadro 4.

Quadro 4. Forças competitivas e intensidades

Força competitiva	Fatores que influenciam a força	Intensidade da força
Rivalidade entre os concorrentes existentes	- Crescimento acelerado do maior concorrente da GMed	Média
Ameaça de novos entrantes	- Barreiras de entrada altas - Necessidade de capital - Acesso à rede prestadora - Desvantagens de custo - Alta regulação	Baixa

Ameaça de produtos ou serviços substitutos	- Padronização dos produtos de plano de saúde, definidos pela ANS	Baixa
Poder de barganha dos compradores	- Composição da carteira de clientes (pessoa física e pessoa jurídica) - Regulação sobre a precificação de produtos	Alta
Poder de negociação dos fornecedores	- Regulação da indústria dos fornecedores - Relevância das compras da GMed para o fornecedor	Média

Fonte: Elaboração própria

4.1.1.2 Mapa dos grupos estratégicos

Ainda na perspectiva do diagnóstico estrutural do mercado de assistência à saúde, é importante propor uma análise dos grupos estratégicos para que se entenda quais são os concorrentes da empresa em estudo e em quais dimensões eles diferem da mesma. Segundo Porter (2004), dentro de um grupo estratégico encontram-se as empresas de uma indústria que seguem estratégias muito semelhantes ou idênticas.

Para se conduzir essa análise, faz-se referência ao conceito de dimensões estratégicas. As dimensões escolhidas foram preço e abrangência da rede prestadora. Estas duas variáveis foram escolhidas, pois representam as maiores barreiras de mobilidade entre os grupos estratégicos.

Três grupos estratégicos foram identificados no contexto da indústria de operadoras de saúde e são ilustrados na Figura 23. Assim, não se incluiu, por exemplo, o SUS ou as clínicas e médicos particulares nessa análise.

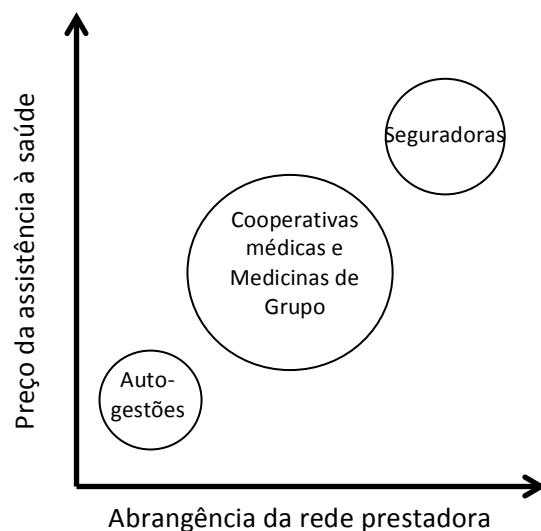


Figura 23. Mapa dos grupos estratégicos do setor de saúde suplementar

Fonte: Elaboração própria

O primeiro grupo estratégico é composto pelas operadoras de auto-gestão. Essas operadoras, que visam apenas suprir as necessidades de assistência à saúde de funcionários e familiares da organização à qual pertencem e que, portanto, não visam uma atividade mercantilista, oferecem planos de saúde mais baratos, sendo que as contraprestações são diretamente deduzidas das folhas de pagamento. No entanto, essas operadoras em geral oferecem uma rede de atendimento reduzida se comparada às outras modalidades. Isso porque o número de beneficiários vinculados não viabiliza a implementação de uma rede prestadora abrangente. É comum, inclusive, que as auto-gestões façam parcerias com outras operadoras, como as cooperativas e as medicinas de grupo.

O segundo e maior grupo estratégico identificado refere-se ao das cooperativas médicas e das medicinas de grupo. É nesse grupo que se insere a GMed, que certamente compete com todas as operadoras de modalidade medicina de grupo presentes na mesma região. Esse grupo constitui-se por operadoras que oferecem produtos semelhantes (planos de saúde individuais e coletivos), a preços semelhantes e atingem o mesmo tipo de público. As empresas desse grupo podem diferir significativamente no quesito da abrangência da rede prestadora. No entanto, constatou-se que, em geral, a rede dessas empresas é maior do que a das auto-gestões, e por isso aquelas se encontram à direita destas, no diagrama da Figura 23.

Por fim, as seguradoras especializadas em saúde podem ser consideradas um terceiro grupo estratégico, pois oferecem um produto muito diferente dos oferecidos pelo grupo anterior. Isto é, nas seguradoras, os beneficiários tem acesso à rede mais abrangente possível, pois inclui os prestadores de todas as outras empresas, e recebem o reembolso após a

utilização e pagamento pelo serviço. Dessa forma, o valor da contraprestação é mais elevado do que os das medicinas de grupo e das cooperativas, já que os reembolsos esperados pela seguradora têm valor compatível ao que seria cobrado em atendimentos particulares. O negócio da seguradora baseia-se na necessidade de garantia de acesso à saúde em horizontes de tempo menores. Esse tipo de serviço geralmente é contratado no caso de viagens ou estadias temporárias do beneficiário em uma cidade.

Diante dessa análise, nota-se que as estratégias de cada grupo são muito diferentes, e destinam-se em cada caso a um público diferente. Apesar de todas estarem inseridas no mesmo mercado e de fato competirem entre si, pode-se concluir que a concorrência ativa ocorre no interior de cada grupo, com exceção das auto-gestões. Isso porque, neste caso, cada operadora está atrelada à empresa que a administra, e, portanto, os beneficiários de uma só migrarão para uma outra se houver troca de emprego. Por outro lado, entre as cooperativas e medicinas de grupo, a concorrência ocorre entre todas as empresas e analogamente nas seguradoras também.

4.1.1.3 Análise dos públicos de interesse

A seção 2.1.2 da pesquisa bibliográfica apresenta a composição do mercado de operadoras de planos de saúde em função de seus públicos de interesse. Para se efetuar um mapeamento de *stakeholders* no caso de uma cooperativa médica, deve-se distinguir outras partes interessadas além das expostas por Cechin (2008) na seção 2.1.2. No caso da GMed, uma operadora de modalidade cooperativa médica, é importante incluir na análise a figura do “cooperado”.

As cooperativas são organizações compostas para viabilizar o trabalho de um grupo de profissionais. Assim, elas não visam ao lucro; apenas a remuneração de seus cooperados. No caso da GMed, essa remuneração se dá de forma proporcional ao trabalho dedicado à cooperativa. Ou seja, o cooperado recebe proporcionalmente ao número de consultas e cirurgias feitas, de acordo com valores tabelados. Além disso, ao final do ano, quando há sobras (ou prejuízos), é feita uma distribuição entre eles, também de forma proporcional. “Sobras” é termo utilizado na empresa como referência ao resultado líquido, após a constituição de reservas, para um período de demonstração contábil. É análogo aos dividendos em uma empresa mercantilista.

Os conflitos de interesses

Ora, se assim como as contas assistenciais de hospitais, clínicas e laboratórios, a remuneração dos cooperados se classifica como despesa para a GMed, existe nitidamente uma contradição entre o que gera custo e as sobras da empresa. Por um lado, os cooperados são os donos da cooperativa e, nessa perspectiva, teriam o papel análogo ao dos acionistas em uma empresa capitalista. Por outro lado, são eles também os prestadores de serviço da GMed, e que recebem de acordo com o serviço consumido. Ou seja, o cooperado tem ao mesmo tempo o desejo de aumentar os custos operacionais da empresa e o de aumentar suas sobras. No entanto, a linha de receitas é praticamente rígida, pois a ANS não permite o aumento arbitrário de preços. Logo, para se ter mais sobras seria necessário reduzir os custos. Nesse cenário conflituoso, cabe à administração da cooperativa conscientizar os cooperados sobre as prioridades financeiras da empresa.

Um outro conflito existente nesse mercado é o do risco moral (do inglês, *moral hazard*) que pode estar presente tanto na relação entre prestador e operadora, quando entre beneficiário e operadora. Na primeira, o médico é responsável pela decisão sobre o tratamento do paciente, e como a operadora é quem arca com os custos do serviço – e não o paciente – o médico pode receitar procedimentos e exames em excesso, em benefício próprio. Esse fenômeno é, na verdade, extensamente discutido na literatura específica de medicina e o que se propõe para a mitigação desse risco são métodos de “remuneração baseada em *performance*” – e não baseada em procedimentos. No entanto, o que se observa hoje em países onde se tentou implementar tal método é uma alta resistência cultural por parte tanto de médicos como de prestadores (SILVEIRA, 2004).

O risco moral entre beneficiário e operadora ocorre quando aquele utiliza excessivamente a rede prestadora e os serviços médicos, já que seu custo é pré-fixado e invariável. Atualmente, as operadoras de saúde, inclusive a GMed, oferecem planos com coparticipação, onde o beneficiário paga uma taxa representativa a cada vez que utiliza o serviço. As contraprestações nesse tipo de plano são em geral inferiores às de um plano sem coparticipação. Nota-se assim, que em ambas as relações – operadora-beneficiário e operadora-prestador – existe um efeito econômico em desfavor da operadora.

Para sumarizar a análise das relações entre os *stakeholders* e a GMed, foi produzido o Quadro 5, baseado no quadro proposto por Chiavenato e Sapiro (2003).

Quadro 5. Relações e interesses de *stakeholders* com a GMed

<i>Stakeholders</i>	Contribuição	Principais interesses
Cooperados	Capital social e prestação de serviço médico	Remuneração adequada, condições de trabalho, acesso ao portfólio de beneficiários, transparência
Beneficiários	Compra de planos de saúde	Qualidade do serviço médico prestado, acesso à rede prestadora
ANS	Regulação do setor	Garantir qualidade na saúde suplementar, mitigar o risco de insolvência das operadoras, corrigir as falhas de mercado
Prestadores	Infraestrutura médico-hospitalar e serviços médicos	Remuneração pelos serviços prestados e pontualidade nos pagamentos
Fornecedores de equipamentos, materiais e fármacos	Oferta de insumos e meios de produção	Venda de produtos, pontualidade nos pagamentos
Colaboradores	Trabalho, conhecimento, competências	Salários adequados, benefícios sociais, oportunidades de desenvolvimento profissional, segurança do trabalho

Fonte: Elaboração própria

4.1.2 Diagnóstico interno

A análise do ambiente interno da empresa como parte do diagnóstico estratégico visa à detecção de quão alinhada está a organização em relação aos seus objetivos estratégicos. Conforme apontam Kaplan e Norton (2004), os direcionamentos vindos da alta direção – missão, visão e estratégia – fornecem as condições necessárias para se discorrer sobre o mapa estratégico.

4.1.2.1 Organização e governança

E estrutura organizacional da GMed é composta por 8 diretorias funcionais, que respondem diretamente à presidência, de acordo com a hierarquia mostrada na Figura 24.

Todos os diretores são médicos cooperados e, portanto, se dedicam às atividades administrativas em tempo parcial, já que também exercem a medicina.

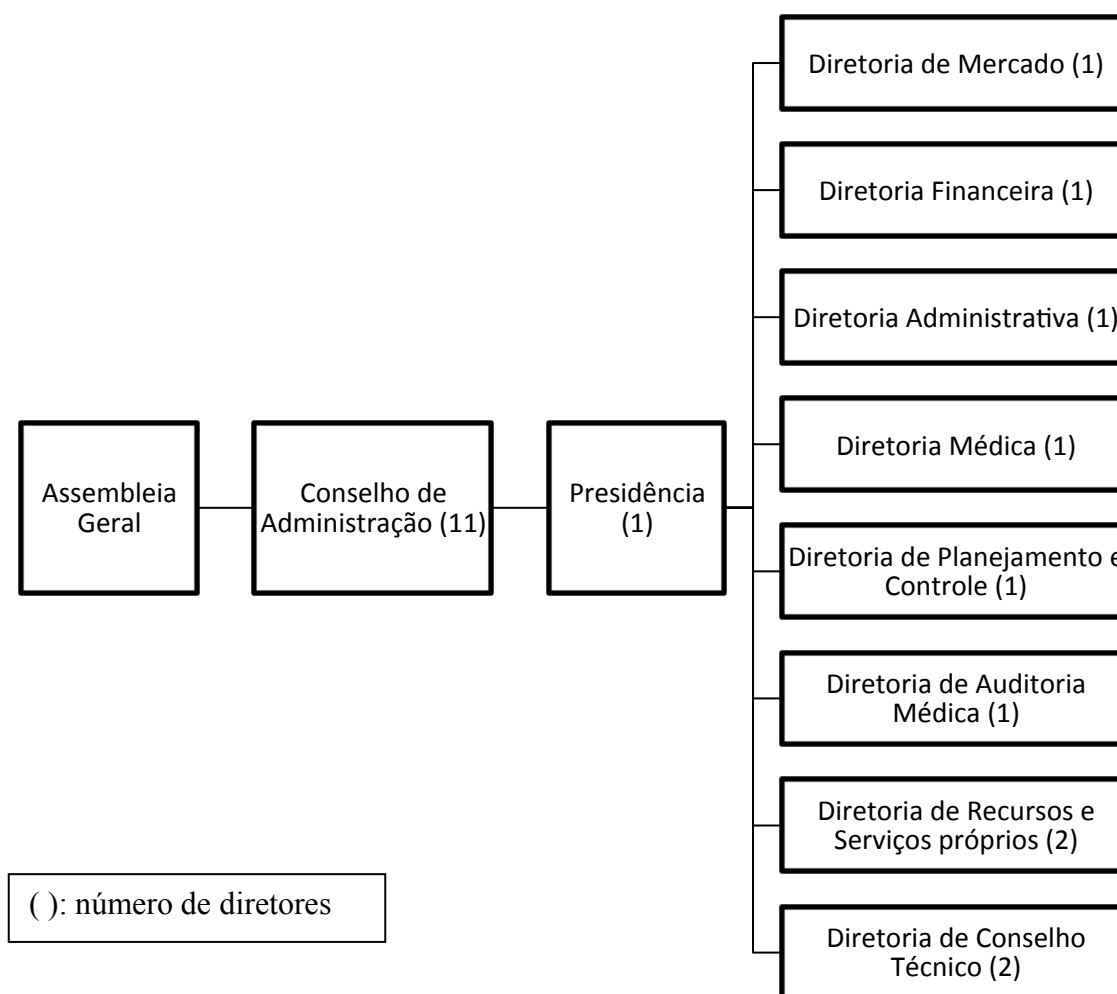


Figura 24. Organograma da GMed

Fonte: Adaptado do organograma oficial da GMed

A governança na empresa em estudo apresenta a particularidade de que o Conselho de Administração é composto pelos 10 diretores executivos e pelo presidente. Ou seja, além de cada diretor ser responsável pela operação de sua respectiva função, ele também se reúne com os outros, participantes do conselho, para discutirem aspectos relacionados a todas as áreas. O diretor presidente, por sua vez, não apresenta função executiva específica, mas é o responsável por coordenar os outros, além de ser o facilitador do conselho.

Nota-se, assim, que as pessoas a quem responde o presidente são as mesmas por quem ele responde, o que possivelmente indica que há um conflito de interesses entre a direção e a execução na empresa. No entanto, ao discutir o tema com a diretoria, constatou-se que na verdade esse tipo de organização funciona bem e otimiza custos referentes aos cargos de conselheiros. Isso porque cada diretor delega quase que inteiramente sua tarefa executiva para

os gerentes da primeira linha. Assim, apesar de estarem a par de toda a operação de sua respectiva área, os diretores conseguem administrar ambas as atividades, de conselheiro e executor, além de exercer a medicina.

Em uma empresa capitalista a escolha de diretores provavelmente seria direcionada pela competência da pessoa em administração ou na respectiva função da área. No entanto, no caso da GMed é diferente, pois se trata de uma cooperativa, onde o principal princípio é de gerar trabalho para seus cooperados.

Um outro princípio do cooperativismo é de que a empresa deve ser democraticamente gerida pelos seus donos. Assim, os cooperados tem o devido espaço para participar da administração da empresa por meio da Assembleia Geral. As assembleias ordinárias obrigatórias ocorrem uma vez por ano, e outras assembleias podem ocorrer extraordinariamente segundo a necessidade.

Além disso, assim como na democracia, o método de escolha dos dirigentes é a eleição. A cada 4 anos ocorre o processo por meio do qual os cooperados tem o direito de votar e escolher os 10 diretores e o presidente.

Cada diretoria tem suas responsabilidades e funções estabelecidas no estatuto social da empresa, que foram sumarizadas a seguir.

A **Diretoria Financeira** é a responsável pelos processos de faturamento, cobrança, pagamento a prestadores, tesouraria e aprovação de despesas.

À **Diretoria de Mercado** compete a gestão comercial, as políticas mercadológicas, relações pós-vendas e marketing. Gerencia os canais de distribuição (corretora, pontos de vendas e representantes), o desenvolvimento de produtos e o as atividades de promoção da empresa.

Sob a orientação da **Diretoria Administrativa** está a gestão das funções:

- Atendimento e teleatendimento ao cliente;
- Suprimentos;
- Serviços e infraestrutura;
- Jurídico.

A **Diretoria Médica**, por sua vez, é responsável pelo relacionamento com os cooperados e com os prestadores. Isto é, ela deve propor ações que visem maior integração entre cooperativa e cooperados e coordenar os processos de credenciamento e descredenciamento de prestadores.

Já a **Diretoria de Planejamento e Controle**, além de estar à frente das atividades de monitoramento e análise do desempenho da empresa e do planejamento de curto, médio e longo prazos, tem sob sua supervisão os setores de:

- Tecnologia da informação;
- Recursos humanos;
- Controladoria;
- Gestão de processos.

A **Diretoria de Auditoria Médica** é o departamento onde se realiza a operação *core* da GMed. Nela ocorre o que se denomina internamente de “produção”. Isto é, o processamento das contas assistenciais enviadas pelos prestadores, que devem ser auditadas para que seja liberado o pagamento das faturas destes. À Diretoria de Auditoria Médica compete, portanto, a coordenação de todas as atividades relacionadas à auditoria das contas assistenciais, incluindo desde o processamento de todos os prontuários e dados cadastrais ao pagamento do prestador de assistência à saúde, seja ele um recurso próprio, um cooperado ou um hospital. Além disso, é a que mais emprega cooperados como parte da atividade operacional da empresa, pois a auditoria de contas é feita manualmente por médicos e enfermeiros. É por meio desse processo que a GMed aprova ou não as contas que lhe são enviadas pelos prestadores e é extremamente necessária, pois é onde se detectam as fraudes cometidas tanto por cooperados, prestadores e mesmo beneficiários.

A **Diretoria de Recursos e Serviços Próprios**, composta por dois diretores, tem a função de gerenciar os recursos e serviços próprios da GMed, isto é, todos os prestadores de serviço de assistência à saúde que pertencem à GMed como, por exemplo, o Serviço de Atendimento de Urgência, o Centro de Diagnósticos e o serviço de ambulâncias.

Finalmente, à **Diretoria do Conselho Técnico**, também presidida por dois diretores, cabe a instrução, formação e treinamento dos cooperados com relação às boas práticas pregadas pela cooperativa; a acusação, suspensão e eliminação de cooperados por indisciplina e desrespeito ao estatuto e a coordenação de processos ético-administrativos.

4.1.2.2 *Análise financeira*

Como parte do diagnóstico interno da empresa objeto de estudo, é importante conhecer sua dinâmica financeira para que se possa determinar quais indicadores são indispensáveis na composição da perspectiva financeira do BSC da empresa.

A autora teve acesso aos demonstrativos financeiros de 2013, 2014 e 2015. Por fins de confidencialidade, o conteúdo dos balanços patrimoniais, demonstrativos de resultado do exercício e demonstrativos do fluxo de caixa consultados não são explicitados neste trabalho. Os indicadores de liquidez, de estrutura de capital e de rentabilidade foram calculados para os anos dos quais as informações foram disponibilizadas. Além disso, foram calculados os índices específicos do setor, explicitados na seção 2.1.4 da revisão bibliográfica, a Sinistralidade e o Índice Combinado.

Indicadores de liquidez

Os índices de liquidez corrente e geral calculados demonstram que a empresa tem mantido nos últimos anos capital suficiente para liquidar todas suas obrigações, tanto no curto prazo – com liquidez corrente superior a 1 –, quanto no médio e longo prazos – com liquidez geral também superior a 1 (Tabela 3).

Tabela 3. Indicadores de liquidez

	2013	2014	2015
Liquidez Corrente	1,05	1,17	1,15
Liquidez Geral	1,07	1,15	1,11
Liquidez Imediata	0,01	0,06	0,02

Fonte: Elaboração própria a partir dos demonstrativos contábeis de 2013, 2014 e 2015

Quanto à liquidez imediata, índice mais conservador que os anteriores, considera apenas o caixa disponível para o cumprimento de obrigações de curtíssimo prazo. No caso da GMed, caracteriza-se por ser muito baixo. É importante salientar, entretanto, que se trata de uma característica esperada, pois não se levou em conta o volume de aplicações financeiras nesse cálculo. Isso porque elas estão em ativo realizável, destinado às provisões técnicas da ANS.

Na verdade, as aplicações correspondem a cerca de 30 vezes o que está disponível em caixa e são inclusive a reserva exigida para eventuais liquidações de obrigações no curtíssimo prazo.

Indicadores de estrutura de capital

A Imobilização do Patrimônio Líquido revela o quanto deste está investido em ativos prementes, isto é, imobilizado e investimentos. Quanto maior é esse índice, menor será a disponibilidade de recursos próprios da operadora para financiar seus ativos circulantes. No entanto, no caso da GMed, em que quase uma terça parte de seu ativo total está em aplicações financeiras (Tabela 4), destinadas inclusive às provisões técnicas da ANS, os índices de 2013 a 2015 estão em nível aceitável para imobilizar o Patrimônio Líquido.

Com relação à Participação de Capitais de Terceiros, nota-se, por meio da Tabela 4, que é bastante elevada, correspondendo a cerca de três vezes o Capital Próprio da empresa. Trata-se também de um reflexo da composição de um Passivo presença de provisões técnicas elevada no passivo da empresa, já que

Quanto à Composição do Endividamento, por outro lado Varia de 0 a 1. Quanto maior esse índice, maior é o uso de recursos de curto prazo

Tabela 4. Indicadores de estrutura de capital

	2013	2014	2015
Imobilização do Patrimônio Líquido	0,64	0,48	0,65
Participação de Capitais de Terceiros	5,57	3,55	3,28
Composição do Endividamento	0,73	0,76	0,75

Fonte: Elaboração própria a partir dos demonstrativos contábeis de 2013, 2014 e 2015

Indicadores de Rentabilidade

Nota-se que empresa tem observado elevado Retorno sobre o Patrimônio Líquido nos últimos anos (Tabela 5), em virtude do baixo Capital Social que compõe o seu balanço. Isso também se deve a alta presença de provisões financeiras técnicas na composição do passivo, já que a maioria do resultado produzido se converte em reservas para provisões, e não em

valorização do Capital Social. Trata-se de uma característica da modalidade da operadora – cooperativa – cujo capital social se eleva apenas por meio da integralização de novo capital.

O Retorno sobre o Ativo contrabalanceia o indicador anterior, ao evidenciar a parcela do ativo total da empresa que representa o resultado líquido. Por essa razão, faz-se importante a constatação de ambos os indicadores para avaliar a rentabilidade da empresa.

Segundo Soares (2006), os esses indicadores expressam a atratividade financeira do setor, pois indicam se o risco incorrido na operação é remunerado adequadamente. No entanto, para o caso da cooperativa, observa-se que o segundo é mais representativo do setor de saúde suplementar do que o primeiro, que fornece uma visão da rentabilidade do setor enviesada pela composição do Passivo da empresa.

Tabela 5. Indicadores de rentabilidade

	2013	2014	2015
Retorno sobre o Patrimônio Líquido	9,9%	35,8%	24,9%
Retorno sobre o Ativo	1,5%	7,9%	5,8%

Fonte: Elaboração própria a partir dos demonstrativos contábeis de 2013, 2014 e 2015

Além dos indicadores de rentabilidade de retorno, tirados de Silva (2010) no trabalho de Soares (2006), foram também calculadas as margens de resultado da GMed (Tabela 6). Por meio desses índices fica claro que a Margem Líquida é sistematicamente superior à Margem Operacional devido aos resultados financeiros produzidos. Na verdade, ao analisar os resultados contábeis mensais da empresa, em grande parte do ano o resultado operacional é negativo. Ou seja, a operação atualmente não é rentável, mas a existência de grandes quantias em aplicação financeira – destinadas em sua maioria à provisão técnica – faz com que a receita financeira seja o gerador de resultado.

Tabela 6. Indicadores de margem

	2013	2014	2015
Margem Operacional	0,7%	3,5%	2,0%

Margem após resultado financeiro	2,5%	6,2%	5,0%
Margem Líquida	0,8%	4,3%	3,3%

Fonte: Elaboração própria a partir dos demonstrativos contábeis de 2013, 2014 e 2015

Indicadores Específicos

Por fim, os indicadores específicos do setor – Sinistralidade e Índice combinado – são importantes indicativos da eficiência operacional da empresa (SOARES, 2006), além de constituírem os parâmetros utilizados pela ANS para medir a qualidade financeira e risco de insolvência das operadoras do setor. São calculados na Tabela 7.

Tabela 7. Indicadores Específicos do Setor

	2013	2014	2015
Sinistralidade	87,7%	84,8%	87,0%
Índice Combinado	98,8%	95,9%	97,8%

Fonte: Elaboração própria a partir dos demonstrativos contábeis de 2013, 2014 e 2015

Tanto a Sinistralidade quanto o Índice Combinado estiveram muito elevados nos últimos anos, corroborando com a evidência que a Margem Operacional traz sobre a rentabilidade do negócio. Esses indicadores evidenciam a característica do setor altamente regulado, onde o comportamento dos preços não tem acompanhado o aumento dos custos, já que, como explicitado na seção 2.1.1, a precificação de planos de saúde é regida por normas que limitam as receitas da empresa, ou contraprestações efetivas.

4.1.3 Forças, Fraquezas, Ameaças e Oportunidades

Após o entendimento detalhado dos cenários externo e interno à empresa estudada, foi proposta uma análise SWOT como a consolidação do diagnóstico estratégico. Com base na análise ambiental, nas análises organizacional e financeira e nas perguntas propostas por Martins e Turrioni (2002), vide seção 2.3.1, foram identificadas as forças, fraquezas ameaças e oportunidades da GMed, explicitadas a seguir.

Forças:

- **Marca forte e liderança de mercado:** A GMed possui presença muito forte na região onde atua, com o maior número de beneficiários, principalmente no segmento dos planos individuais.
- **Produtos e serviços de acordo com exigências de qualidade:** Apresenta conformidade com todas as normas de qualidade da ANS.
- **Solidez financeira:** Índices de liquidez, estrutura de capital e de margem apontam para alta solidez financeira, além do atendimento às reservas técnicas da ANS, que garantem um baixo risco de insolvência.
- **Infraestrutura e abrangência da rede prestadora:** Apresenta a maior rede de prestadores da região onde atua, credenciando apenas os que também estão de acordo com as exigências da ANS.
- **Cumprimento de obrigações legais e regulatórias de reservas técnicas:** A empresa não apresenta risco de descredenciamento pela ANS, por cumprir todas as obrigações relacionadas a sua solvência.

Fraquezas:

- **Sinistralidade e Índice Combinado elevados:** A GMed, assim como as empresas do mercado de saúde suplementar, é caracterizada pela baixa eficiência operacional. No entanto, por apresentar maior proporção de planos individuais em sua carteira, esses índices do setor são mais elevados do que a média das operadoras.
- **Foco no cooperado:** Na empresa, existe a cultura de que o foco deve ser no cooperado, pois este é o proprietário da empresa. No entanto, pouco empoderamento é dado ao colaborador.
- **Comunicação da estratégia para a organização:** Os colaboradores e os cooperados não estão cientes da estratégia da empresa.
- **Profissionalização dos executivos:** Todos os diretores da GMed são médicos, sendo que uma minoria tem especialização em cursos de gestão e administração de empresas.
- **Informatização de processos internos:** Existem atualmente tecnologias que permitem o compartilhamento de informações entre prestador e operadora, como, por exemplo, prontuários e contas assistenciais. No entanto, a GMed ainda não implementou tais tecnologias apesar de reconhecer sua importância. Assim, muito

recurso e tempo é gasto com a logística de transporte de documentos entre prestador e operadora, o que atrasa os processos internos e gera gargalos.

Ameaças:

- **Demografia:** o envelhecimento da população representa um risco para as operadoras de saúde, pois aumenta a utilização do sistema. Os custos assistenciais associados à pacientes idosos ou com doenças crônicas é relativamente muito maior do que os de pacientes jovens. O fenômeno do envelhecimento populacional não seria considerado uma ameaça para as operadoras caso elas pudessem repassar o aumento de custo para as fontes pagadoras. No entanto, o rigoroso controle da ANS, que determina os índices de reajuste e a precificação de planos de saúde, pode estar defasado com relação ao aumento de sinistralidade, o que prejudica a saúde financeira das operadoras. Atualmente a quebra por pacientes na empresa em estudo é como se segue:
- **Cenário político-econômico brasileiro atual:** num contexto de encolhimento do PIB, aumento das taxas de desemprego, diminuição da renda per capita e confiança do consumidor, uma operadora de planos de saúde não deve esperar que o seu mercado consumidor aumentará no curto prazo. Nesse sentido, a expectativa é de que empresa não tenha taxas de crescimento real muito otimistas no próximo ano. O mercado brasileiro de planos de saúde médico-hospitalares perdeu 766 mil beneficiários em 2015, uma queda de 1,5% em relação ao ano anterior. Os contratos coletivos empresariais, aqueles oferecidos pelas empresas aos seus funcionários, foram o principal segmento a pressionar as perdas.
- **Indexação da economia ao dólar:** a recente desvalorização da moeda nacional certamente interfere nos custos repassados à empresa, em especial por se tratar do setor da saúde. Afinal, muitos dos insumos, equipamentos, fármacos e materiais médicos necessários para a atividade-fim dos prestadores são importados e, portanto, a tendência é de que haja inflação dos custos assistenciais repassados à operadora. Além disso, desvalorização da moeda encarece a tecnologia desenvolvida para melhorar a qualidade dos serviços em hospitais, clínicas e laboratórios, o que prejudica a assistência médica no país, tanto no setor público como no privado.
- **Provisões técnicas:** A ANS, como medida de prudência regulatória, exige garantias financeiras das operadoras. As garantias financeiras são um conjunto de

exigências visando a manutenção do equilíbrio financeiro das operadoras, minimizando os riscos de insolvência, classificadas em recursos próprios mínimos e provisões técnicas. A imobilização de recursos financeiros, no entanto, pode inviabilizar projetos de investimentos na operação da empresa.

Oportunidades:

- **Abertura para investimentos estrangeiros no setor de saúde:** o artigo 23 da Lei 8080 do SUS autorizou a participação de capital externo (incluindo participações majoritárias), de modo direto ou indireto, em empresas brasileiras que operam hospitais gerais ou especializados, clínicas, juntamente com atividades de suporte à saúde, como laboratórios, produtores e distribuidores de medicamentos, patologia e diagnósticos por imagens.

Diante na enumeração das forças, fraquezas, ameaças e oportunidades da GMed, nota-se que a empresa está inserida num mercado maduro, porém fortemente sujeito às consequências da atual conjuntura econômica do país. Apesar das condições adversas e da característica de baixa rentabilidade do setor, a GMed se beneficia por ser a empresa com a maior rede prestadora da região onde atua e logo, com o maior portfólio de beneficiários. Além disso, é muito sólida financeiramente.

4.2 Formulação da estratégia

Após a completa análise e diagnóstico dos ambientes externo e interno à GMed, passa-se à etapa de formalização das estratégias segundo os objetivos estratégicos definidos pela diretoria. Conforme apontam Kaplan e Norton (2004), os direcionamentos vindos da alta direção – missão, visão e estratégia – fornecem as condições necessárias para se discorrer sobre o mapa estratégico, que será proposto ao final desta seção.

4.2.1 *Explicitação da missão e da visão*

A missão é a razão de ser da empresa, isto é, o compromisso e a orientação objetiva de como a organização deve atuar no mercado. Já a visão se trata de uma imagem do estado futuro que se deseja alcançar. Conforme o site oficial da empresa, a missão da GMed é:

“Realizar, com excelência, a atenção integral à saúde, comprometendo-se com a evolução contínua da eficácia e o atendimento aos requisitos do sistema de gestão da qualidade. ”

De fato, tal missão responde à todas as perguntas propostas por Soares (2001):

- O que a empresa deve fazer?
- Para quem a empresa deve fazer?
- Por que a empresa deve fazer?
- Como a empresa deve fazer?
- Onde a empresa deve fazer?

A visão identificada no site oficial da empresa, por outro lado, considera o horizonte de tempo adotado para se alcançá-la. Como ela foi introduzida em 2012, no início do ciclo de planejamento de quatro anos da empresa, foi necessário atualizá-la, já que visou-se um horizonte até 2016. A visão desatualizada é:

“Ampliar, até 2016, a liderança de mercado com melhoria dos indicadores de qualidade em saúde e sustentabilidade. ”

Para redesenhá-la, considerou-se aspectos relacionados à conjuntura econômica atual, onde é esperado ou um encolhimento ou uma estagnação do PIB, além do aumento das taxas de desemprego. Como discutido na seção 2.1 essas tendências certamente afetam a demanda por planos de saúde, tanto individuais como coletivos. Em conversa com o diretor de mercado foi observado que não há perspectivas de crescimento em número de beneficiários. Assim, a visão atual muda o foco não sendo mais de ampliação, mas de manutenção dos níveis atuais de liderança de mercado.

Além disso, considerou-se importante incluir a principal competência da organização, isto é, o cooperado, dentro do redesenho dos objetivos de longo prazo da empresa. Dessa forma, a readequação da visão de longo prazo no cenário 2016 a 2020 resultou na seguinte síntese:

“Manter a liderança de mercado até 2020, com melhoria dos indicadores de qualidade e sustentabilidade e com garantia de boas condições de trabalho e remuneração ao cooperado. ”

É importante salientar que os “indicadores de qualidade e sustentabilidade” mencionados na visão fazem referência à avaliação de desempenho feita pela ANS, expressa pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora – o IDSS. Esse indicador leva em consideração as dimensões da qualidade em atenção à saúde, de garantia de acesso, de sustentabilidade no mercado e de gestão de processos e regulação, como disposto na Resolução Normativa - RN nº 386. Ou seja, refere-se tanto à qualidade do serviço oferecido aos beneficiários em termos de atendimento e de acesso à rede quanto equilíbrio econômico-financeiro, ao avaliar a capacidade da operadora de se manter em dia com suas obrigações por meio das exigências de reservas técnicas.

4.2.2 Os Fatores Críticos de Sucesso

Com o objetivo de se conduzir uma ideação dos FCS necessários para que a empresa atinja seus objetivos, foi implementada a abordagem proposta por Bullen e Rockart (1981) (vide seção 2.3.7) durante entrevistas semiestruturadas com cinco diretores.

Algumas adaptações foram feitas a partir das três perguntas propostas por Bullen e Rockat. A autora entrevistou separadamente os cinco diretores e anotou as respostas durante a entrevista, que estão sintetizadas nos Quadros 6, 7 e 8.

1ª Pergunta: *Você poderia me dizer, na ordem que vier em sua mente, o que você considera como fator crítico de sucesso para a empresa?*

Quadro 6. Respostas da 1ª Pergunta – Entrevista de FCS

Cargo do entrevistado	Respostas
Dir. Presidente	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição das reservas financeiras técnicas exigidas pela ANS - Comprometimento das pessoas com a empresa - Vendas qualificadas - Auditoria médica eficiente e vigilante no controle de fraudes e de excessos - Processos internos aprimorados
Dir. Financeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Confiança nas pessoas de sua equipe - Confiabilidade do sistema de informação - Bom atendimento dos cooperados - Segurança regulatória - Segurança jurídica

Dir. Administrativo	<ul style="list-style-type: none"> - Clima organizacional – funcionários satisfeitos - Vigilância contra as fraudes - Gestão Jurídica - Saúde financeira - Relacionamento com o cooperado
Dir. Auditoria	<ul style="list-style-type: none"> - Honestidade - Conhecimento dos funcionários e dos cooperados - Relacionamento com o cooperado - Disponibilidade de tempo (dedicação por parte dos diretores) - Conhecimento dos diretores em gestão - Respeito
Dir. Mercado	<ul style="list-style-type: none"> - Confiabilidade do produto (entrega de bom atendimento e de rede prestadora) - Controle da qualidade do produto - Bom ambiente empresarial - Entrega de resultado para os cooperados - Ética

Fonte: Elaboração própria

2ª Pergunta: Você poderia me dizer qual área do seu setor ou da organização como um todo, se houvesse falha, traria maior prejuízo para a empresa?

Quadro 7. Respostas da 2ª Pergunta – Entrevista de FCS

Cargo do entrevistado	Respostas
Dir. Presidente	- Auditoria médica
Dir. Financeiro	- Jurídico
Dir. Administrativo	- Fraudes - RH (questão dos processos trabalhistas)
Dir. Auditoria	- Processo de auditoria médica
Dir. Mercado	- Fraudes na corretora

Fonte: Elaboração própria

3ª Pergunta: Suponha que você saiu de férias por 3 meses, sem acesso à internet ou a qualquer informação sobre a empresa. Qual seria o primeiro dado que gostaria de saber sobre a empresa quando voltasse?

Quadro 8. Respostas da 3ª Pergunta – Entrevista de FCS

Cargo do entrevistado	Respostas
------------------------------	------------------

Dir. Presidente	- O balanço
Dir. Financeiro	- Se o que “entrou” foi maior do que o que “saiu”
Dir. Administrativo	- O equilíbrio financeiro
Dir. Auditoria	- O estado geral da empresa sem a sua presença
Dir. Mercado	- Desempenho das vendas em número de novas vidas e de renovações
	- Situação geral de todas as áreas

Fonte: Elaboração própria

Através das entrevistas de FCS, foram feitas observações gerais sobre a preocupação dos diretores com o negócio. Por exemplo, notou-se um consenso com relação ao problema de fraudes. As empresas do ramo de seguros em geral dedicam muitos recursos para a identificação e prevenção de fraudes. As operadoras de saúde, em específico, devem lidar com tentativas vindas não só dos clientes, mas também de prestadores e até mesmo cooperados. A conferência de todas as contas assistenciais é feita por meio de uma equipe de cerca de 50 médicos e 30 enfermeiros. Segundo diretor de auditoria médica, gasta-se um terço em remuneração para essa equipe do que se teria gastado caso não fosse feita a verificação das contas. Por esse motivo, a eficiência no processo de auditoria médica é considerada um fator crítico de sucesso.

Além disso, destaca-se a importância da saúde financeira na empresa, inclusive o respeito às normas de provisões técnicas da ANS. O desempenho financeiro é visto pela maioria dos entrevistados como um fator crítico de sucesso para a GMed. Isso porque sem a sustentabilidade financeira, ela não pode mais operar.

A satisfação do cooperado também é um tema frequentemente abordado pelos diretores. Por se tratar de uma cooperativa, cujos princípios englobam a solidariedade entre os cooperados para que a empresa exista, é necessário que eles se sintam parte dela, que tenham seus desejos atendidos. Nesse item, entra a remuneração do cooperado e o seu relacionamento com a empresa.

Suprir a necessidade do cliente/paciente em assistência médica e hospitalar com excelência é a missão da empresa e, portanto, a satisfação do beneficiário é um fator crítico de sucesso. Na verdade, entre os diretores entrevistados, o consenso é de que a satisfação dos beneficiários está fortemente associada ao tratamento recebido pelo médico que o atendeu.

Finalmente, observa-se uma preocupação geral com os ativos intangíveis da empresa. Todos os entrevistados mencionaram fatores relacionados ao capital humano, organizacional ou informacional da organização como críticos para o seu sucesso. As perspectivas dos processos internos e do conhecimento e da aprendizagem contém a maioria dos fatores, incluindo desde aspectos culturais da empresa a eficiência de processos e do sistema de informação.

Conforme orientação de Bullen e Rockart (1981), após as entrevistas, o entrevistador deve rever os FCS de maneira exaustiva e, em seguida, agregá-los e priorizá-los. Assim, os fatores identificados pelos diretores foram classificados de acordo com as três dimensões propostas por esses autores. Os itens redundantes foram agrupados e reformulados para transmitir a mesma ideia.

Quadro 9. Fatores Críticos de Sucesso e as Três Dimensões de Bullen e Rockart

Fatores Críticos de Sucesso	Interno x Externo	Monitoramento x Adaptação	Fonte do FCS
Constituição das reservas financeiras técnicas exigidas pela ANS	Interno	Monitoramento	Indústria na qual se insere a organização
Entrega de resultado para os cooperados	Interno	Monitoramento	Indústria na qual se insere a organização
Saúde financeira	Interno	Monitoramento	Função do gerente ou da pessoa entrevistada
Atendimento de qualidade por parte do cooperado	Externo	Adaptação	Estratégia competitiva da organização
Atendimento de qualidade por parte do prestador	Externo	Monitoramento	Estratégia competitiva da organização
Vendas qualificadas	Interno	Adaptação	Estratégia competitiva da organização
Auditoria médica eficiente (controle de fraudes)	Interno	Monitoramento	Indústria na qual se insere a organização
Gestão jurídica/regulatória	Interno	Monitoramento	Indústria na qual se insere a organização
Relacionamento com o cooperado	Interno	Adaptação	Estratégia competitiva da organização
Confiabilidade do sistema de informação	Interno	Adaptação	Evento temporário que pode gerar FCS

			temporários
Dedicação dos diretores	Interno	Adaptação	Função do gerente ou da pessoa entrevistada
Comprometimento do capital humano com o negócio da empresa	Interno	Adaptação	Função do gerente ou da pessoa entrevistada
Confiança nas pessoas de sua equipe	Interno	Adaptação	Função do gerente ou da pessoa entrevistada
Clima organizacional	Interno	Adaptação	Função do gerente ou da pessoa entrevistada
Honestidade/Ética/Respeito	Interno	Adaptação	Função do gerente ou da pessoa entrevistada
Conhecimento técnico dos funcionários e dos cooperados	Interno	Adaptação	Função do gerente ou da pessoa entrevistada
Conhecimento em gestão (gestores e diretores)	Interno	Adaptação	Função do gerente ou da pessoa entrevistada

Fonte: Elaboração própria, baseado em Bullen e Rockart (1981)

O exercício de classificação segundo as três dimensões de Bullen e Rockart foi importante para a profunda compreensão de cada FCS levantado, já que foi necessário saber o tipo e o motivo que gerou o item. No entanto, para que possam ser desdobrados em objetivos estratégicos e consequentemente em indicadores do BSC, metodologia escolhida para a implementação da estratégia, eles foram também agrupados segundo as quatro perspectivas do modelo de Kaplan e Norton.

Perspectiva financeira:

- **Constituição das reservas financeiras técnicas exigidas pela ANS:** O respeito às medidas de prudência da ANS é obrigatório para que a GMed continue operando. Ela estipula que até 2022 todas as reservas estejam constituídas. Assim, será incluído no BSC um indicador de medida da evolução das reservas financeiras referentes à margem de solvência e às provisões técnicas.
- **Entrega de resultado para o cooperado:** Esse fator leva em consideração a importância estratégica do cooperado para a GMed, que é além de dono, prestador de serviço da empresa. Portanto, para esse fator deverão ser considerados aspectos como a satisfação do cooperado com a administração, a distribuição de sobras de resultado e a garantia de remuneração pelos serviços prestados.

- **Saúde financeira:** Esse fator remete não apenas à geração de resultado na empresa, mas também aos índices que medem a qualidade da estrutura financeira da empresa. Serão considerados os indicadores explicitados na seção 2.3.5.

Perspectiva do cliente:

- **Atendimento de qualidade por parte do cooperado:** Durante as entrevistas, e também por meio de análises das pesquisas de satisfação feitas em 2007 e em 2011 pela GMed, percebe-se claramente que um dos motivos mais críticos para que o beneficiário esteja satisfeito com o plano é o atendimento recebido dentro do consultório. Ou seja, índices como a retenção de clientes e ingresso de novos clientes são fortemente influenciados por esse fator.
- **Atendimento de qualidade por parte do prestador:** Nesse quesito considera-se não somente o atendimento médico dado ao beneficiário na rede prestadora, como também a abrangência da rede. Isto é, quanto mais diversificada e geograficamente abrangente, melhor é o acesso do beneficiário aos diferentes serviços; logo, maior é sua satisfação com o plano. Na verdade, a GMed apresenta a maior rede prestadora credenciada da região onde atua.

Na perspectiva do cliente não serão considerados objetivos com relação ao preço, primeiramente, porque não é considerado um fator crítico para a empresa e, finalmente, porque a precificação é totalmente regulada pela ANS e, portanto, muito pouco pode ser feito pela empresa com relação ao preço.

Perspectiva dos processos internos:

- **Vendas qualificadas:** Quando um potencial cliente procura a GMed, seja para compra de plano individual ou plano coletivo, o cliente tem, de antemão, informações sobre a sua própria saúde, no caso de planos individuais, e sobre a distribuição etária de sua carteira de beneficiários, no caso de planos coletivos, que a operadora não necessariamente sabe. Antes que seja finalizado o contrato de compra, os potenciais novos clientes são entrevistados por médicos da GMed e podem passar por perícia. Essa é uma forma de mitigar a assimetria de informação da qual se beneficia o cliente. Portanto, a venda inteligente é crítica para se ter controle sobre a sinistralidade.

- **Auditoria médica eficiente:** A auditoria de contas assistenciais é a função *core* da empresa, pois é o processo que assegura que todas as contas enviadas pelos prestadores sejam conferidas e auditadas. Esse processo tem alto impacto sobre a sinistralidade da empresa, pois por meio dele reduz-se a despesas assistencial efetiva e, portanto, a sinistralidade.
- **Gestão jurídica e regulatória:** Esse item é de grande preocupação para a diretoria, pois existe um grande número de processos cíveis em trâmite na empresa por parte de beneficiários que exigem o reembolso por despesas não inclusas no plano, segundo as cláusulas contratuais. Apesar de a lei ser clara com relação às obrigações da operadora, muitas causas são perdidas, por se tratar da saúde do beneficiário – a parte mais fraca. Os custos gerados por decisões judiciais têm altíssimo impacto sobre as despesas administrativas da GMed e, portanto, os processos de gestão desses trâmites judiciais, negociações com clientes e órgão regulador devem ser muito eficientes.
- **Relacionamento com o cooperado:** Como mencionado na perspectiva financeira, a entrega de resultados para o cooperado é muito importante. Além disso, a garantia de que ele se sinta parte da empresa também é considerada crítica. Dessa forma, processos destinados ao envolvimento do cooperado com a empresa, como, por exemplo, treinamentos, fóruns, eventos e acesso a programas de capacitação devem estar muito alinhados.

Perspectiva do conhecimento e aprendizagem:

- **Confiabilidade do sistema de informação:** A preocupação de alguns diretores com o sistema de informação se deve ao fato de que a GMed lida com muitas transações financeiras. Diversos são os formatos e origens de faturas de prestadores, além de que a quantidade de informação transmitida é muito elevada. Para cada fechamento contábil, por exemplo, o processamento de dados pode levar muitas horas. Diante disso, a existência de um sistema confiável e cada vez mais integrado com os sistemas dos prestadores é imprescindível.
- **Capital organizacional:** Todos os fatores abaixo têm relação com o capital organizacional da empresa. Eles revelam o que é considerado importante para que a organização consiga sustentar os processos necessários para a execução da estratégia.

- **Dedicação dos diretores**
- **Comprometimento do capital humano com o negócio da empresa**
- **Confiança nas pessoas de sua equipe**
- **Clima organizacional**
- **Honestidade/Ética/Respeito**
- **Capital humano:** Considera-se importante para suportar a estratégia que os funcionários tenham conhecimento técnico necessário para realizar suas atividades, que os cooperados estejam atualizados em sua profissão médica e que os gestores tenham plenas competências gerenciais.
 - **Conhecimento técnico dos funcionários e dos cooperados**
 - **Conhecimento em gestão (gestores e diretores)**

4.2.3 O Mapa Estratégico

Após a compreensão detalhada de cada FCS e de sua ligação com a estratégia da empresa, foi construído o mapa estratégico da GMed, interligando-se esses aspectos considerados críticos para o sucesso da organização. Serão detalhados na seção 4.3.1, destinada ao desenho do BSC propriamente dito, os objetivos e indicadores associados a cada aspecto do mapa.

Quando se analisa a sequência lógica de geração de valor em uma cooperativa, deve-se levar em consideração a perspectiva do cooperado. Conforme explicitado no mapeamento dos grupos de interesses da seção 4.1.1.3, o cooperado é ao mesmo tempo acionista e prestador de serviços da organização. Portanto, substitui-se a perspectiva dos acionistas – ou financeira – pela perspectiva do cooperado.

Na Figura 25, visualiza-se o modelo de criação de valor proposto por Kaplan e Norton (2004) com uma adaptação para se capturar a perspectiva do cooperado. A GMed, por ser uma cooperativa, não visa o lucro; do ponto de vista financeiro ela visa sustentabilidade e remuneração diferenciada a seus cooperados.

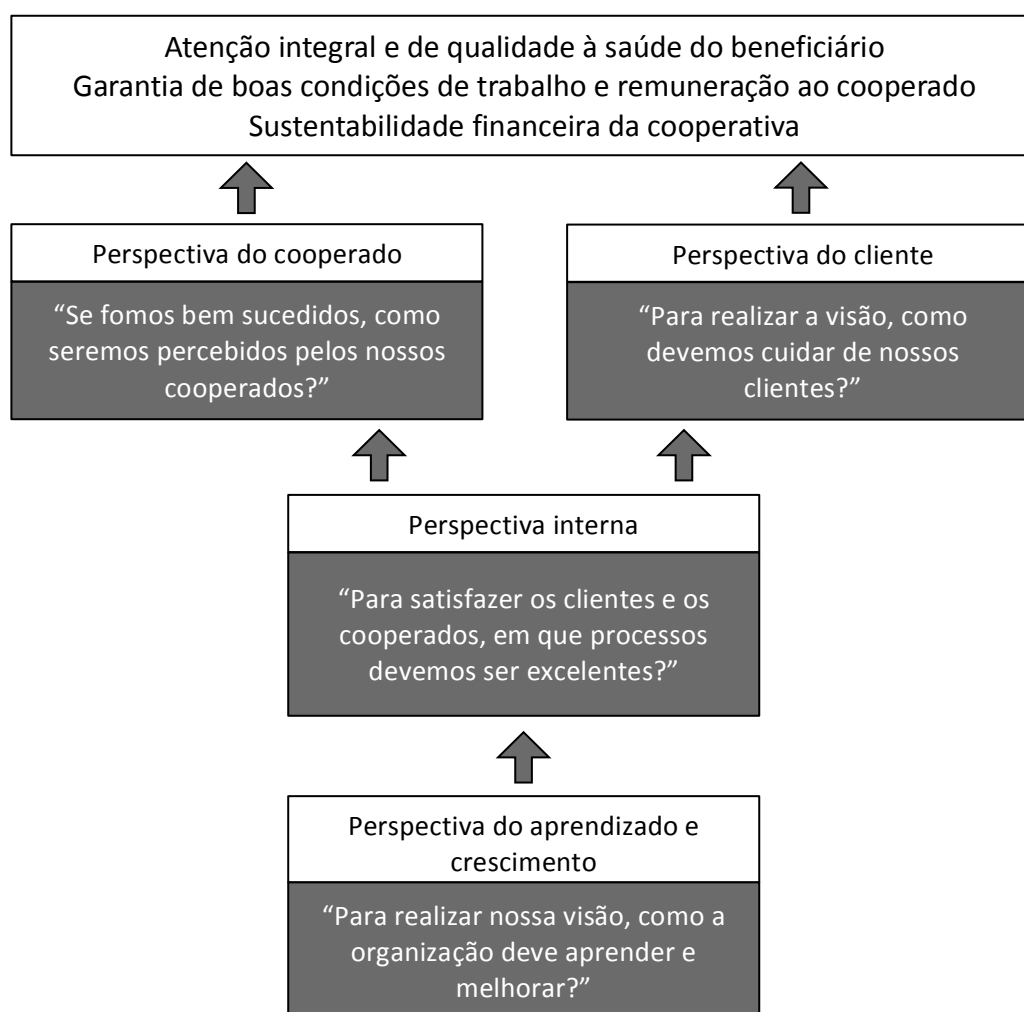


Figura 25. Modelo de criação de valor da GMed

Fonte: Elaboração própria

Diante da lógica de criação de valor da Figura 25 e da classificação do mapeamento dos FCS segundo as perspectivas adotadas, foi, portanto, construído o mapa estratégico da GMed (Figura 26). Nota-se que a estratégia final a partir da qual se desdobram os objetivos de cada perspectiva está plenamente alinhada com a visão da empresa de “manter a liderança de mercado até 2020, com melhoria dos indicadores de qualidade e sustentabilidade e com garantia de boas condições de trabalho e remuneração ao cooperado. ”

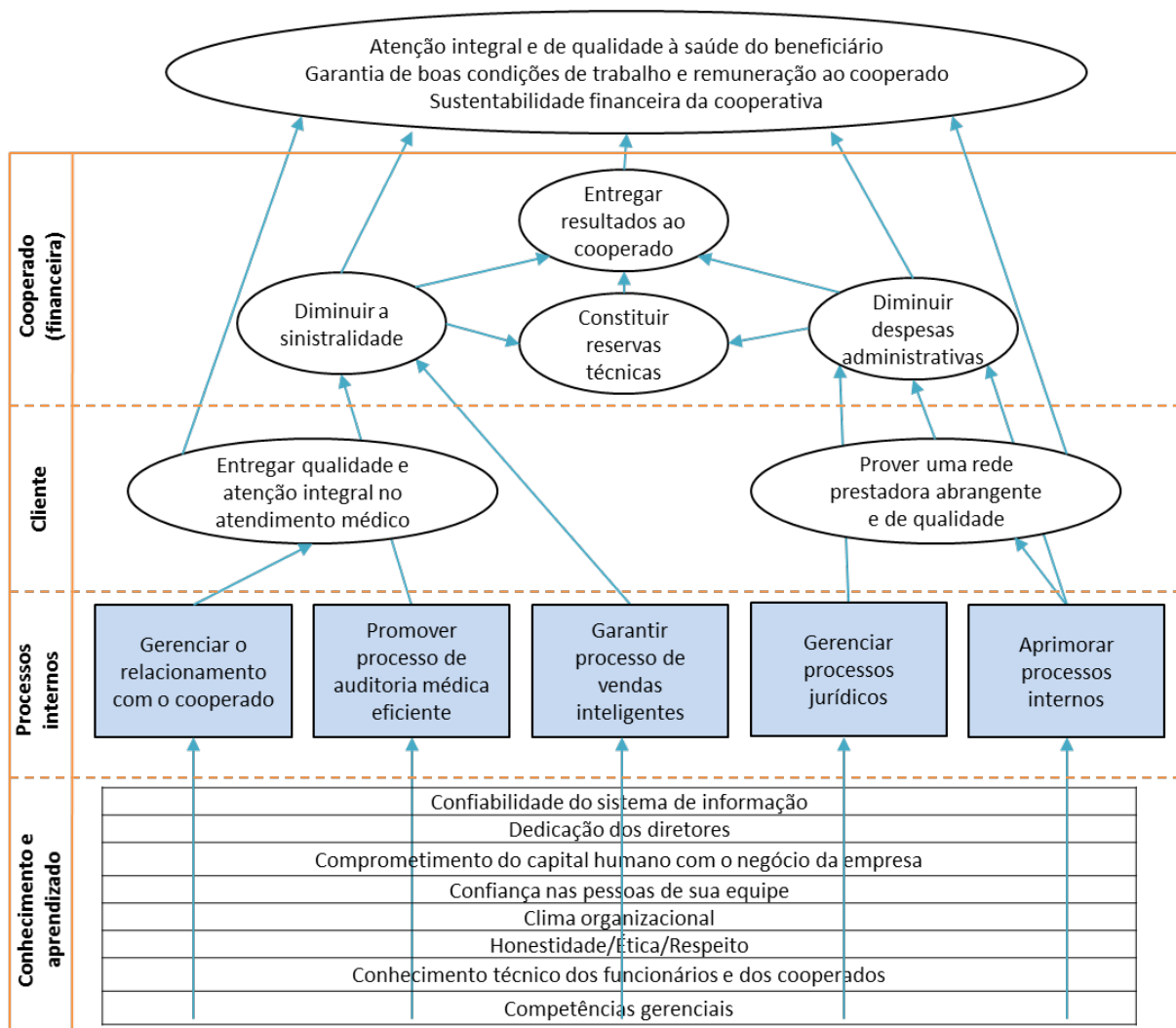


Figura 26. Mapa Estratégico da GMed

Fonte: Elaboração própria

4.3 Implementação do sistema do BSC

4.3.1 Elaboração de indicadores

Tendo contado a história da estratégia através das quatro perspectivas propostas para o BSC da GMed, foram, então, formulados indicadores para mensurar os objetivos estabelecidos. Essa elaboração partiu das análises da autora e foi posteriormente adaptada segundo discussões e validações com o Gerente de Planejamento e Controle. Os resultados são apresentados nesta seção. É importante salientar que não foram estabelecidas todas as metas para os indicadores durante a realização deste trabalho. Entretanto, a definição de metas constitui-se uma importante etapa do processo de construção do BSC, e será, portanto, incluída no plano de implementação.

Para cada objetivo considerado no mapa estratégico, foi proposto um conjunto de indicadores. Cada um foi avaliado segundo os aspectos considerados importantes por Niven (2005) para a sua elaboração – ligação com estratégia, quantificação, acessibilidade, facilidade de entendimento, contrabalanceio, relevância, definição comum.

Os indicadores elaborados pela autora e posteriormente validados com o Gerente de Planejamento e Controle são detalhados a seguir. Quanto às metas a serem atingidas, foram indicadas apenas as tendências que devem direcioná-los.

Perspectiva do cooperado (financeira):

Quadro 10. Indicadores para o objetivo “Constituir a totalidade de provisões técnicas exigidas pela ANS”

Indicador	Descrição	Meta
Recursos Próprios mínimos	Limite do Patrimônio Líquido ajustado por efeitos econômicos, conforme estabelecido em regulamentação específica (RN 209, 2009)	Atingir exigência até 2022
Patrimônio mínimo ajustado	Valor mínimo do Patrimônio Líquido ajustado por efeitos econômicos na forma da regulamentação do disposto no inciso I do artigo 22 (RN 209, 2009)	Atingir exigência até 2022
Margem de solvência	Suficiência do Patrimônio Líquido ajustado por efeitos econômicos para cobrir o maior entre (RN 209, 2009): (a) 0,20 vezes a soma dos últimos doze meses de 100% das contraprestações na modalidade de preço preestabelecido, e de 50% das contraprestações na modalidade de preço pós-estabelecido; ou (b) 0,33 vezes a média anual dos últimos trinta e seis meses da soma de 100% dos eventos/sinistros na modalidade de preço preestabelecido e de 50% eventos/sinistros na modalidade de preço pós-estabelecido	Atingir exigência até 2022

Fonte: Elaboração própria

Atualmente, as exigências ainda não foram atingidas. A ANS deu o prazo até 2022 para que as operadoras constituam suas reservas. Para cada item deverá ser feito um plano de metas nesse horizonte de tempo. As reservas devem ser aplicadas em certos ativos – aplicações financeiras de renda fixa, valores imobiliários, imóveis – segundo limites percentuais, de aceitação e de diversificação definidos pelo órgão regulador. Esse mix de

aplicação dos recursos não terá uma meta no contexto do BSC e será definido pela administração da empresa.

Quadro 11. Indicadores para o objetivo “Entregar resultado para o cooperado”

Indicador	Descrição	Meta
Sobras	Parcela do resultado líquido destinado a remuneração extra aos cooperados, sendo análoga aos dividendos em uma empresa capitalista. São distribuídas ao final de cada ano fiscal	Aumentar, condicionado ao resultado líquido

Fonte: Elaboração própria

Quadro 12. Indicadores para o objetivo “Saúde financeira”

Indicador	Descrição	Meta
Sinistralidade	Relação entre despesas assistenciais e contraprestações efetivas	Reduzir
Índice combinado	Relação entre o somatório das despesas assistenciais, de comercialização e administrativas e as contraprestações efetivas	Reduzir
Liquidez corrente	$(\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável em Longo Prazo}) / (\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível em Longo Prazo})$	Aumentar
Liquidez geral	$(\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável em Longo Prazo}) / (\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível em Longo Prazo})$	Aumentar
Composição do Endividamento	$(\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável em Longo Prazo}) / (\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível em Longo Prazo})$	Manter
Retorno sobre o Patrimônio Líquido	Lucro Líquido / Patrimônio Líquido	Aumentar
Retorno sobre o Ativo	Lucro Líquido / Ativo total	Aumentar

Fonte: Elaboração própria

A escolha dos indicadores que refletem a sustentabilidade financeira baseou-se nos indicadores escolhidos da literatura e nos específicos do setor, explicitados em 2.3.5. Não foram considerados todos os índices explicitados na seção 2.3.5, dando-se preferência àqueles que mantêm relevância, segundo os critérios de Niven (2005).

Perspectiva do cliente:

Para se medir o impacto do alinhamento dos ativos intangíveis na satisfação do cliente, são considerados índices de reclamação oficiais, já pilotados atualmente pela empresa. O índice de reclamações medido pela ANS contempla. Além disso considera-se as reclamações da ouvidoria da empresa.

Quadro 13. Indicadores para o objetivo “Entregar qualidade de atendimento à saúde do beneficiário pelo médico”

Indicador	Descrição	Meta
Índice de reclamações da ANS	Número médio de reclamações recebidas nos três meses anteriores, e classificadas até a data de extração do dado, a cada 10.000 beneficiários do universo de consumidores analisado	Reduzir
Índice de reclamações da Ouvidoria	Número de reclamações encaminhadas à ouvidoria da GMed	Reduzir

Fonte: Elaboração própria

Quadro 14. Indicadores para o objetivo “Prover uma rede prestadora abrangente e de qualidade”

Indicador	Descrição	Meta
Número de prestadores	Número de novos credenciamentos e prestadores qualificados segundo critérios da ANS	Aumentar
Índice de Qualidade do Prestador médio (ANS)	Média dos índices de qualidade de qualidade de todos os prestadores	Aumentar
Custo assistencial por prestador	Eventos indenizáveis médio por prestador	Reduzir

Fonte: Elaboração própria

Perspectiva dos processos internos:

Quadro 15. Indicadores para o objetivo “Gerenciar relacionamento com o cooperado, garantindo transparência com e participação”

Indicador	Descrição	Meta
------------------	------------------	-------------

Número de cooperados aderidos aos treinamentos	Inclui eventos organizados pela GMed ou pela rede nacional destinados à formação de cooperados	Aumentar
Número de eventos destinados ao cooperado	Eventos organizados pela GMed destinados ao relacionamento de cooperados	Aumentar
Número de horas de treinamento por cooperado	Horas referentes a treinamentos	Aumentar
Número de assembleias extraordinárias	Assembleias destinadas a discussão de temas importantes para as cooperativas	Aumentar

Fonte: Elaboração própria

Quadro 16. Indicadores para o objetivo “Melhorar a eficiência da auditoria médica”

Indicador	Descrição	Meta
Número de horas extras de auditores	Horas extras necessárias para auditores concluírem a revisão de contas assistenciais	Reduzir
% de prontuários digitalizados	Número de prontuários digitalizados em porcentagem do total. Esses prontuários não precisam ser transferidos fisicamente do prestador à operadora	Aumentar
Tempo médio entre recebimento de guias do prestador e pagamento	Tempo entre o recebimento das contas enviadas pelo prestador na operadora e a efetuação do pagamento ao prestador	Diminuir
Economia gerada pela auditoria média por auditor	Valor total economizado devido às correções feitas durante a auditoria dividido pelo número de auditores	Aumentar
Economia gerada pela auditoria média por hora de auditor	Valor total economizado devido às correções feitas durante a auditoria dividido pelo número de horas trabalhadas por auditor	Aumentar

Fonte: Elaboração própria

Quadro 17. Indicadores para o objetivo “Garantir Processo de vendas inteligente”

Indicador	Descrição	Meta
Sinistralidade por	Sinistralidade calculada por segmento de beneficiários, para a proposição de planos	Reduzir

segmento	mais adaptados e priorização de ações comerciais	
Número de novas vidas por faixa etária	Evidencia o perfil etário da demanda por planos	Reduzir idade média do beneficiário
Número de contratos com sinistralidade não crescente	Os contratos com clientes-empresa podem ser reajustados de acordo com a sinistralidade calculada para o ano corrido. Esse indicador visa determinar quais clientes compõe uma boa carteira de vidas.	Aumentar
Receita decorrente de produtos novos	Mede a eficiência e demanda por novos produtos	Aumentar

Fonte: Elaboração própria

Quadro 18. Indicadores para o objetivo “Gerenciar processos jurídicos”

Indicador	Descrição	Meta
% de novos processos cíveis cuja decisão judicial é favorável	Número de processos ganhos pela GMed no ano dividido pelo número de novos processos cíveis gerados no ano	Aumentar
Despesa com honorários em % da despesa administrativa	Total gasto em honorários com serviços jurídicos dividido pela despesa administrativa	Reduzir
Despesa com honorários média por novo processo	Total gasto em honorários com serviços jurídicos dividido pelo número de novos processos gerados no ano	Reduzir

Fonte: Elaboração própria

Perspectiva do conhecimento e aprendizagem:

Quadro 19. Indicadores para o objetivo “Disponibilizar tecnologia da informação para suportar os processos estratégicos”

Indicador	Descrição	Meta
% de colaboradores da produção tendo concluído treinamento	Pessoal da auditoria médica tendo concluído treinamento sobre o novo sistema de informação em processo de implementação	100%
% de prestadores aderidos ao sistema de prontuários eletrônicos	Prestadores que implantaram o sistema de informação necessário para compartilhar informações com a operadora	100%

% de prontuários eletrônicos	Número de prontuários eletrônicos sobre o total de prontuários	100%
------------------------------	--	------

Fonte: Elaboração própria

Quadro 20. Indicadores para o objetivo “Aumentar o alinhamento do capital humano”

Indicador	Descrição	Meta
Rotatividade de colaboradores por cargo	Número de novos colaboradores dividido pelo de colaboradores desligados no ano, por cargo	Diminuir
Gasto anual com treinamento de colaboradores	Em % do resultado do ano anterior	Aumentar
Número de colaboradores tendo concluído treinamento	Número de colaboradores tendo concluído cursos no quadro do Programa de Treinamento e Desenvolvimento da Cooperativa	Aumentar
Número de diretores com pós-graduação em gestão	Os diretores são todos médicos e muitos não tem especialização em gestão	100%

Fonte: Elaboração própria

Quadro 21. Indicadores para o objetivo “Aumentar o alinhamento do capital organizacional”

Indicador	Descrição	Meta
Número de fraudes de colaboradores detectadas	Fraudes cometidas por pessoal interno à organização	Reduzir
Número de processos cíveis/criminais contra médicos cooperados	Cooperados não comprometidos com o bem da cooperativa cometem fraudes e quando detectados são levados a julgamento pelo Conselho Regional de Medicina	Reduzir
Índice de satisfação dos colaboradores	Medido por meio de pesquisa de satisfação feita a cada 3 ou 4 anos	Aumentar
Índice de satisfação dos cooperados	Medido por meio de pesquisa de satisfação feita a cada 3 ou 4 anos	Aumentar

Fonte: Elaboração própria

4.3.2 Plano de implementação

Após a elaboração de indicadores para o BSC, propôs-se um plano de implementação para garantir a eficácia dos resultados deste trabalho. Afinal, para que o BSC seja um verdadeiro sistema para a gestão estratégica da empresa, é fundamental que um plano detalhado seja desenvolvido para implementar o uso contínuo do BSC por toda a organização, levando em consideração a comunicação e participação de todas as partes envolvidas (NIVEN, 2005).

4.3.2.1 Definição da equipe de projeto

O primeiro passo para se garantir a implementação do projeto do BSC é a definição dos atores internos à empresa que participarão desse projeto.

Como aponta Niven (2005), o patrocínio da alta direção é de fundamental importância para que o BSC seja levado a diante. No caso da GMed, o Diretor Presidente se dispôs a ser o patrocinador desse projeto. Ele deverá portanto direcionar o líder quando necessário e incluir o projeto do BSC como parte da sua agenda.

A função de líder do projeto foi atribuída ao Gerente de Planejamento e Controle, porque é o responsável pela área de gestão de processos. Uma outra razão para essa escolha é a proximidade desse gerente com o diretor presidente, além de que se trata de uma área transversal às outras.

Para garantir que haja adesão por parte de todas as áreas da empresa, foi decidido que a equipe do projeto incluirá todos os gerentes. Finalmente, a equipe de contribuição técnica incluirá analistas responsáveis pela mensuração dos indicadores.

No Quadro 22, visualiza-se a composição dos participantes do projeto de implementação do BSC.

Quadro 22. Equipe de Projeto

Função no Projeto	Função do Responsável na GMed	Sigla
Patrocinador executivo	Diretor Presidente	P
Líder do projeto	Gerente de Planejamento e Controle	L
Equipe de projeto	Demais gerentes (15)	G
Equipe de contribuição técnica	Analistas de planejamento e Analistas de TI	T

Fonte: Elaboração própria

4.3.2.2 *Cronograma detalhado*

Após a definição da equipe de projeto, foi construído um cronograma detalhado que contempla as etapas do processo de implementação do BSC como sistema de gestão estratégica.

A primeira metade do ano de 2016 foi dedicada às etapas de Planejamento e Desenvolvimento do projeto de construção do BSC, assim como estabelecido por Kaplan e Norton (vide seção 2.4.3).

Nota-se, através da cronograma da Figura 27, que a autora participou apenas das primeiras etapas do plano: introdução do BSC e alinhamento metodológico com o Líder de Projeto e elaboração de indicadores. O papel desempenhado pela autora no projeto foi, portanto, de consultora, com o intuito de fornecer as ferramentas metodológicas e direcionadores para a implementação do BSC.

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO DO BSC

* Sujeito a modificações

Participantes	fev/16	mar/16	abr/16	mai/16	jun/16	jul/16	ago/16
Reunião de introdução do BSC	Autora, L						
Alinhamento metodológico com o Líder de projeto	Autora, L						
Plano de Comunicação	L, G, T						
Email de difusão para Gerentes	L, G						
Email de difusão para Equipe técnica	G, T						
Reunião com Gerentes	L, G						
Elaboração de Indicadores	Autora, L, G						
Definição de Metas	L, G, CA						
Validação e contratação de Metas para o ano seguinte	L, G, CA						
Validação do BSC	L, CA						

CA : Conselho de Administração

L : Líder de Projeto

G : Equipe de gerentes

T : Equipe técnica

● : Reunião de alinhamento

◆ : Workshop

Figura 27. Cronograma de projeto – Fases de Planejamento e Desenvolvimento

Fonte: Elaboração própria

Quanto à segunda metade de 2016, observa-se, por meio da Figura 28, que a estruturação do sistema do BSC será completamente implementada no ano de 2017. Ou seja, as primeiras metas a serem monitoradas serão referentes a 2017.

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO DO BSC

* Sujeito a modificações, a ser validado

Participantes	ago/16	set/16	out/16	nov/16	dez/16	jan/17	fev/17
Estruturação do BSC como sistema	L, G, T						
Definição de planilhas eletrônicas auxiliares	T						
Prospecção de fornecedores de software para o BSC	T, Gerente TI						
Escolha do fornecedor	T, Gerente TI						
Definição de funcionalidades do sistema	L, T, Gerente TI						

CA : Conselho de Administração

L : Líder de Projeto

G : Equipe de gerentes

T : Equipe técnica

Figura 28. Cronograma de projeto – Fase de Implementação

Fonte: Elaboração própria

Como sugestão para se operacionalizar o BSC no curto prazo, propõe-se o desenvolvimento de planilhas eletrônicas para registrar os dados históricos dos indicadores de desempenho. Aconselha-se, entretanto, que a empresa adquira um software específico para a gestão do BSC. Para isso, será necessário que essa nova tarefa seja atribuída à equipe de TI, conjuntamente com a equipe de Planejamento e Controle. Para fins deste trabalho não foram definidas as etapas do processo de aquisição de novo software, que deve se estender até o ano seguinte.

Outro aspecto importante a considerar no contexto da operacionalização do BSC consiste na necessidade de revisões constantes do BSC. Isso porque o sistema de indicadores proposto neste trabalho não deve ser tratado como rígido e imutável; ele deverá ser ajustado conforme as necessidades estratégicas da empresa. Afinal, os objetivos estratégicos e as medidas de desempenho podem variar ao longo do tempo e, assim, o BSC funcionará não como um evento único, mas como um processo contínuo.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho pretendeu estruturar um processo de gestão estratégica para a GMed, uma operadora de planos de saúde privados, da modalidade cooperativa médica. Para tanto, visou-se, primeiramente, à compreensão do funcionamento interno da empresa e do sistema cooperativista onde se insere, além do seu ambiente externo – competitivo, regulatório e econômico. Para isso, foram consultadas tanto as bibliografias de referência e publicações específicas do setor de saúde suplementar quanto documentações internas da empresa. Além disso, a aplicação de ferramentas de diagnóstico estratégico – análise das cinco forças competitivas, análise dos grupos estratégicos, análise dos grupos de interesse e a matriz SWOT – contribuíram para que esse objetivo fosse alcançado.

Com relação à clarificação da estratégia em si, a condução de entrevistas semiestruturadas com diretores e gerentes da empresa configurou-se como a base para a determinação dos fatores críticos de sucesso do negócio. Uma análise dos fatores levantados permitiu a identificação dos ativos intangíveis mais importantes, segundo a alta administração e, assim, foi possível estabelecer relações de causa e efeito entre os objetivos estratégicos da GMed para a realização de sua missão e visão.

O mapa estratégico construído para retratar as relações de causa e efeito facilitou o alinhamento dos capitais humano, organizacional e de tecnologia da informação aos objetivos estratégicos, uma vez que classificou-os segundo as quatro perspectivas do modelo do BSC. Dessa forma, foi possível propor o conjunto de indicadores mais adequado e gerador de impacto para mensurar o desempenho estratégico da empresa.

Diante do desenho de um painel de indicadores elaborados especificamente para cada objetivo estratégico, foi proposto um plano de implementação. Isso porque, para que o BSC seja implantado como um sistema de gestão estratégica que traga benefícios e vantagem competitiva de longo prazo para a empresa, é fundamental que toda a organização esteja ciente do sistema e que todas as competências gerenciais – diretores e gestores – façam seu uso e o acompanhamento.

Enfim, pode-se considerar que os objetivos propostos foram alcançados e acredita-se que o trabalho contribuirá para a disseminação do BSC como ferramenta de uso contínuo no monitoramento da estratégia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste trabalho, foi exposta a possibilidade de se implementar uma melhoria do ponto de vista gerencial dentro da empresa. Durante diagnóstico situacional, constatou-se a inexistência de um processo estruturado de gestão estratégica ou de medição de desempenho organizacional, que garantisse o envolvimento de todas as funções necessárias e que fosse alinhado aos objetivos estratégicos da empresa.

Diante disso, este trabalho foi desenvolvido com o propósito de gerar um sistema de gestão destinado a alinhar os ativos intangíveis da empresa à sua estratégia. Esta proposta, validada inicialmente pelo Gerente de Planejamento e Controle, foi vista, na verdade, como a possibilidade de se implementar uma melhoria que já era desejada anteriormente, mas que nunca havia sido levada adiante, devido à falta de recursos e principalmente do apoio de alguns executivos.

Na verdade, essa baixa aderência a métodos gerenciais clássicos em organizações dirigidas por profissionais da saúde é um fenômeno comum e já foi discutido por alguns atores. Porter e Elizabeth, por exemplo, acreditam que “a ausência de estratégias claras entre os prestadores de serviços de saúde talvez seja compreensível, em vista da orientação para serviços à comunidade e à forte influência de médicos que tendem a fazer de tudo um pouco” (PORTER; ELIZABETH, 2007, p. 141).

Um outro agravante desse fenômeno reside no primeiro dos princípios do Mapa Estratégico: “a estratégia equilibra forças contraditórias”. Isto é, investir em ativos intangíveis com o intuito de melhorar o desempenho operacional e financeiro a longo prazo entra em conflito com a necessidade de corte de custos no curto prazo para melhorar a produtividade (KAPLAN; NORTON, 2004). Como aponta Pagnoncelli (2010), mesmo os atores centrais nas reformas da assistência médica, percebem a tecnologia, por exemplo, como um inimigo, ao pressuporem que ela incorre em elevados custos.

Entretanto, como constatado por Kaplan e Norton, ao acompanharem os resultados de diversas empresas que implementaram o BSC – metodologia escolhida para se alinhar os ativos intangíveis da GMed aos seus objetivos estratégicos –, concluíram que a busca pelo equilíbrio entre objetivos financeiros e não-financeiros, de curto e longo prazos, é o que garante às organizações crescimento sustentável e de longo prazo.

Em especial no caso de uma cooperativa, organização sem fins lucrativos, o BSC mostrou-se muito relevante, já que a visão não é o retorno sobre o capital dos sócios – ou cooperados – e sim a garantia de condições dignas de trabalho e de remuneração a eles. Ou seja, apesar da importância da sustentabilidade financeira do negócio para que ele continue existindo, a presença de indicadores que refletem as perspectivas dos ativos intangíveis – processos internos, capital humano, capital organizacional e tecnologia da informação – é ainda mais importante no caso estudado.

Mesmo constatando a importância e relevância de tal método, notou-se certo desinteresse por parte de alguns diretores na sua implantação na empresa. Por isso foi de extrema importância obter o patrocínio do diretor-presidente, que se dispôs a auxiliar na difusão e conscientização sobre o projeto. Espera-se, assim, que, com o conteúdo metodológico e direcionamento propostos neste trabalho e com o apoio de um dos executivos, a empresa prossiga com o plano de implementação.

O escopo deste trabalho não incluiu a implementação do sistema do BSC integralmente em todas as áreas da empresa, apesar de ter sido instituído um processo claro e detalhado para a sua implementação. A autora se disponibilizou, portanto, a realizar o acompanhamento metodológico, se necessário.

É importante salientar, ainda, que durante o ano no qual foi realizado este trabalho, a autora estagiou em uma empresa de consultoria em gestão, onde participou de projetos nos temas: reestruturação organizacional após fusão entre empresas, redesenho de processos e estruturação de um processo de planejamento plurianual. Todas essas experiências tiveram contribuição para a realização deste trabalho, tanto no que tange aos conceitos e as análises aplicadas, quanto à competência em se conduzir entrevistas com pessoas de alto escalão, desenvolvida no decorrer do estágio.

Por fim, e não menos importante, este estudo, que simboliza a conclusão do curso de Engenharia de Produção da autora, permitiu a observação e aplicação na prática de inúmeros conceitos assimilados ao longo de sua formação. Isso sem contar que o trabalho trouxe uma oportunidade de reflexão holística sobre uma organização atípica – a cooperativa – e sobre um setor complexo e com diversas peculiaridades – a saúde suplementar – o que certamente foi, além de prazeroso para a autora, muito enriquecedor.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Base de dados Tabnet**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/anstabnet/>> Acesso em: 5 abr. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos**, Rio de Janeiro, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/periodicos#N1>> Acesso em: 10 fev. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados e Indicadores do setor**. 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>> Acesso em: 10 fev. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados Gerais**. 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>> Acesso em: 10 abr. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Ficha técnica dos indicadores**. 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/I_DSS/IN60_fichatecnica.pdf> Acesso em: 5 fev. 2016

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000**. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao>> Acesso em: 15 fev. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa - RN nº 386, de 9 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa de Qualificação de Operadoras. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao>> Acesso em: 15 mai. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa - RN nº 393, de 9 de dezembro de 2015**. Dispõe sobre os critérios de constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga dispositivos da Resolução Normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a Resolução Normativa nº 75, de 10 de maio de 2004. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao>> Acesso em: 15 mai. 2016.

AMORIM, M. C. S.; PERILLO, E. B. F. **Para entender a saúde no Brasil**. São Paulo: LTC, 2006.

ANDREWS, K. R. **The concept of corporate strategy**, Richard D. Irwin, Homewood. 1971. apud CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. Planejamento Estratégico: Fundamentos e Aplicações. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 12a Tiragem, 2003.

BARBALHO, C. R. S. Planejamento Estratégico: uma análise metodológica. **Informação & Informação**, Londrina, v. 2, n.1, p.29-44, 1997.

BIALOSKORSKI NETO, S. Estratégias e cooperativas agropecuárias: um ensaio analítico. In: BRAGA, M. J.; REIS, B. dos S. (Org.). **Agronegócio Cooperativo** - Reestruturação e Estratégias. Viçosa, 2002, p. 77-97.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Seção 1.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm> Acesso em: 20 fev. 2016.

BULLEN, C. V.; ROCKART, J. F. **A primer on Critical Success Factors**. CISR Working Paper No. 69 Sloan WP No. 1220-81. Center for Information Systems Research, Sloan School of Management, Massachusetts Institute of Technology. jun. 1981.

CARVALHO, M. M.; LAURINDO, F. J. B. **Estratégia competitiva**: dos conceitos à implementação. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2007

CECHIN, J. **A história e os desafios da saúde suplementar**: 10 anos de regulação. São Paulo: Letras & Lucros, 2008.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento Estratégico**: Fundamentos e Aplicações. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 12ª Tiragem, 2003.

COOL, K. O.; SCHENDEL, D. Strategic group formation and performance: the case of the U.S. pharmaceutical industry, 1963 - 1982. **Management Science**, v. 33, n. 9, p.1102-1124, set. 1987.

DUARTE, C. M. R. **UNIMED**: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 17(4):999-1008, jul-ago, 2001.

HITT, M. A.; IRELAND, R. D.; HOSKINSSON, R. E. **Administração estratégica**. São Paulo: Pioneira, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores conjunturais em 2016**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/indicadores.php>> Acesso em: 10 mar. 2016.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, **Conjuntura - Saúde Suplementar**. 30 ed. 2016. Disponível em: <http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id_tipo=2> Acesso em: 10 fev. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Base de dados Ipeadata**. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/>> Acesso em: 15 mar. 2016.

INTERNATIONAL CO-OPERATIVE ALLIANCE. **Co-operative identity, values & principles**. 2016. Disponível em: <<http://ica.coop/en/whats-co-op/co-operative-identity-values-principles>> Acesso em: 5 mar. 2016.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 217-220. 1987.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A Estratégia em ação**: Balanced Scorecard. Tradução de Luiz Euclides Trindade Frazão Filho. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

KAPLAN, R.S.; NORTON, D. P. **Mapas Estratégicos**: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. Tradução de Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MANKIW, N. G. **Principles of Macroeconomics [eletronic version]**. 6 ed. Mason : South-Western, Cengage Learning, 2012.

MARTINS, R. F.; TURRIONI, . B. **Análise de SWOT e balanced scorecard**: uma abordagem sistemática e holística para formulação da estratégia. XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Curitiba, 2002.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND B.; LAMPEL, J. **Safári de Estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J. B.; GOSHAL, S. **O processo da estratégia**. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MORAIS, R. M. Do planejamento estratégico à gestão estratégica. **Cadernos de Administração**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, 1992.

NIVEN, P. R. **Balanced Scorecard passo-a-passo**: elevando o desempenho e mantendo resultados. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

PAGNONCELLI, A. M. **Estratégia competitiva e eficiência operacional**: um estudo de caso no setor de operadoras de planos de saúde do Brasil. 2010. 139 p. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PORTER, E. M. **Estratégia Competitiva**: técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Tradução de Elizabeth Maria de Pinho Bragada. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

PORTER. Michael E. TEISBERG.Elizabeth O. **Repensando a Saúde**: Estratégias para

melhorar a qualidade e Reduzir os Custos. São Paulo: Bookman. 2006.

SILVA, J. P. **Análise financeira das empresas**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

SILVEIRA, L. S. **Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura da saúde suplementar**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. 2004.

SOARES, C. R. D. **Desenvolvimento de uma sistemática de elaboração do Balanced Scorecard para pequenas empresas**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Dissertação (Mestrado), 2001.

SOARES, M. A. **Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras: uma aplicação da análise fatorial**. 2006. 121 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2006.

WORLD BANK. **Base de dados Databank**. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/data-catalog/health-nutrition-and-population-statistics>> Acesso em: 10 abr. 2016.

8 GLOSSÁRIO

ANS TABNET: Ferramenta que possibilita a tabulação de dados dos diversos sistemas de informação da ANS e pesquisas customizadas. Com atualização trimestral, o Tabnet gera resultados que podem ser utilizados em tabuladores com o Excel ou Tabwin (ANS, 2016).

IMPERFEIÇÕES DE MERCADO: Equivalente às “falhas de mercado”, ocorrem quando um mercado competitivo não regulamentado é ineficiente, ou seja, não é capaz de alocar os recursos da maneira mais eficiente na economia. Nesse caso, a atuação de um regulador supostamente pode contornar esse problema e melhorar a eficiência na economia (MANKIW, 2012).

OPERADORA DE PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde (Lei 9.656, 1998).

PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (Lei 9.656, 1998).

PROVISÕES TÉCNICAS: Valores contabilizados no passivo da Operadora de Planos de Saúde (OPS), devendo refletir as obrigações esperadas decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde (RN N° 393, 2015):

I - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar - PESL, referente ao montante de eventos/sinistros já ocorridos e avisados, mas que ainda não foram pagos pela OPS;

II - Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA, referente ao montante de eventos/sinistros que já tenham ocorrido e que não tenham sido avisados à OPS;

III - Provisão para Remissão, referente às obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes;

IV - Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas - PPCNG, referente à parcela de prêmio/contraprestação cujo período de cobertura do risco ainda não decorreu; e

V – outras Provisões Técnicas, necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, desde que consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões – NTAP e aprovadas pela DIOPE, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização.

SINISTRALIDADE: Índice de despesas assistenciais, ou despesas médicas. Mostra a relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas) (ANS, 2015).