

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
Mestrado em Administração

Luiz Fernando Schilling

A EXECUÇÃO DA ESTRATÉGIA NA IMPLANTAÇÃO DE UM PRODUTO
DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA O MERCADO DE BAIXA RENDA

Porto Alegre

2013

Luiz Fernando Schilling

A EXECUÇÃO DA ESTRATÉGIA NA IMPLANTAÇÃO DE UM PRODUTO DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA O MERCADO DE BAIXA RENDA

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Administração
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Bins Luce

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Schilling, Luiz Fernando

A execução da estratégia na implantação de um produto de assistência à saúde para o mercado de baixa renda. / Luiz Fernando Schilling. -- 2013. 86 f.

Orientador: Fernando Bins Luce.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Execução da Estratégia. 2. Estratégia Empresarial. 3. Produto para Mercado de Baixa Renda. 4. Plano de Saúde para Baixa Renda. I. Luce, Fernando Bins, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Luiz Fernando Schilling

A EXECUÇÃO DA ESTRATÉGIA NA IMPLANTAÇÃO
DE UM PRODUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PARA O MERCADO DE BAIXA RENDA

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Administração
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Administração.

Conceito Final APROVADO

Aprovado em 03 de julho de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Alberto Vargas Rossi - UFRGS

Prof. Dr. Guilherme Trez - UNISINOS

Profa. Dra. Teniza da Silveira - UFRGS

Orientador: Prof. Dr. Fernando Bins Luce- UFRGS

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Suzana, aos meus filhos Marcos, Lucas e Martha pela compreensão, incentivo e carinho durante esta jornada.

Ao meu orientador Prof. Dr. Fernando Bins Luce pelas sugestões, contribuições e apoio no desenvolvimento desta dissertação.

Ao corpo docente da Escola de Administração da UFRGS e ao PPGA pela qualidade, profissionalismo e excelência ao longo de todo o Curso.

Aos colegas do PPGA/MBA pelo convívio e companheirismo.

Aos colegas da Unimed Porto Alegre por fazerem parte deste relevante Projeto.

RESUMO

No presente estudo tem-se o objetivo de analisar a efetiva *implantação* de um produto de Assistência à Saúde como estratégia empresarial, em suas diversas etapas de execução. A compreensão das dificuldades e dos desafios na implantação de uma estratégia empresarial é o ponto de partida desta pesquisa. Separadas conceitualmente, estratégia e execução são, em verdade, etapas de igual importância que merecem uma visão conjunta. A execução efetiva, entretanto, de uma estratégia, carrega em si uma complexidade de tarefas e uma quantidade de fatores. Também as novas demandas criadas pelo mercado de baixa renda desafiam as organizações, propiciando o lançamento de novos produtos destinados a um novo tipo de consumidor. O desafio de tornar a organização um ofertante *ful-line* no mercado de saúde suplementar, agregando ao seu portfólio um produto para as classes emergentes, constituiu o cenário e as proposições estratégicas que deveriam ser implementadas como importante decisão da Unimed Porto Alegre. Em relação ao método, adotou-se a pesquisa-ação, em um conceito de pleno envolvimento do pesquisador nas ações desenvolvidas. A execução da estratégia na implantação de um produto de assistência à saúde para o mercado de baixa renda abrangeu o período de 2008 a 2011. Analisaram-se as diversas etapas na implantação do produto e foram considerados os indicadores de desempenho empresarial e mercadológicos, consolidando-se a busca dos objetivos estratégicos propostos. O conjunto de evidências apresentadas consolidou o êxito na execução e nos resultados obtidos. O estudo se justifica por analisar, na prática, o desafiador conjunto de fatores no desenvolvimento de produtos para o público de baixa renda e a dedicação necessária à execução exitosa de uma estratégia empresarial.

Palavras-chave: Execução da Estratégia, Estratégia Empresarial, Produto para o mercado de Baixa Renda, Plano de Saúde para Baixa Renda.

ABSTRACT

Understanding the difficulties and challenges in the implementation of an effective business strategy is the starting point of this research. Conceptually separate, strategy and execution are in fact equally important steps that deserve a joint vision. The effective execution from a strategy carries with it a complexity of tasks and a number of factors that can frustrate even a brilliant design. Also the new demands created by the low-income market challenge organizations providing opportunities to launch new products for a new type of consumer. The challenge of making the organization a bidder full-line health supplement on the market, adding to its portfolio a product for emerging classes constituted the scenario and strategic propositions that should be implemented as an important decision from Unimed Porto Alegre. Thus this dissertation was developed as a method of study and action research, within the concept of full involvement of the researcher in the actions developed. Strategy execution in deploying a product of health care for low-income market studies the period from 2008 to 2011. The study analyzed the different stages in product deployment. Business performance indicators and market were considered, consolidating the pursuit of strategic objectives proposed. The body of evidence presented consolidates the successful implementation and results. The study is justified by analyzing, in practice, challenging set of factors in the development of products for the low-income public and the dedication needed to run a successful business strategy.

Keywords: Strategy Execution, Business Strategy, Product Market for Low-Income, Health Insurance for Low Income.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1- Histórico de resultado Unifácil.....	13
Figura 2 - Beneficiários de planos privados de saúde	21
Figura 3 - Evolução do número de operadoras em atividade, por tipo.....	21
Figura 4 - Distribuição dos beneficiários por porte de operadora	22
Figura 5 - Beneficiários por porte de operadora.....	23
Figura 6 – Beneficiários por modalidade de operadora.....	23
Figura 7 – Taxa de Cobertura.....	24
Figura 8 - Taxa de Cobertura nas Grandes Regiões do Brasil.....	24
Figura 9 - Taxa de Sinistralidade.....	26
Figura 10 - Organograma da Alta Direção da Unimed Porto Alegre	30
Figura 11 - Organograma da Linha Executiva da Unimed Porto Alegre	30
Figura 12 - Mapa geográfico da área de ação da Unimed Porto Alegre	31
Figura 13 – Histórico da Evolução no Número de Vidas no Unifácil.....	67
Figura 14 – Evolução no Número de Vidas Unifácil sobre a Base Geral Unimed POA	68
Figura 15 – Evolução no Número de Empresas Contratantes Unifácil.....	69
Figura 16 – Evolução no Número de Consultas Eletivas Unifácil.....	71
Figura 17– Comparativo no Número de Consultas Eletivas por beneficiário no ano 2011	71
Figura 18 – Comparativo no Número de Exames/Ano por beneficiário em 2011	73
Figura 19 – Comparativo no Número de Exames por consulta, média em 2011	74
Figura 20 – Taxa média de internação por produto em 2011	74
Figura 21 – Custo Assistencial por beneficiário, por produto em 2011	75
Figura 22 – Evolução na taxa de sinistralidade Unifácil período 2008/2011.....	76
Figura 23 – Evolução na Receita Líquida Unifácil período 2007/2011	77
Figura 24 – Evolução dos Resultados Unifácil período 2007/2011	78
Figura 25 – Pesquisa de Satisfação dos clientes Unifácil, dez. 2011	79
Tabela 1 – Vendas Cruzadas com o produto Unifácil ao Final de 2011.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AMRIGS – Associação Médica do Rio Grande do Sul
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
- CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar
- EBITDA - *Earnings before interests, taxes, depreciation and amortization.*
- FEE – Fundação de Economia e Estatística
- GIP – Gestão Integrada de Pessoas
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IGP-M – Índice geral de preços de mercado
- IPCA – Índice de preços ao consumidor amplo
- IPM – Instituto de Pesquisas de Mercado Unisinos
- IU – Índice de Utilização
- PE – Planejamento Estratégico
- PIB – Produto Interno Bruto
- PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- RH – Recursos Humanos
- SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapias
- SRP – Serviço Realmente Prestado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA E JUSTIFICATIVA.....	13
1.2 OBJETIVOS	15
2 O MERCADO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	17
3 UNIMED PORTO ALEGRE	27
4 REFERENCIAL TEÓRICO	33
5 MÉTODO.....	45
6 A ESTRATÉGIA DO UNIFÁCIL	49
7 IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DO UNIFÁCIL.....	52
7.1 ESTRUTURAÇÃO DO GRUPO GESTOR	52
7.2 REGIMENTO INTERNO DE ATENDIMENTO NOS NÚCLEOS	53
7.3 EDITAL E SELEÇÃO DE MÉDICOS PARA A REDE DE ATENDIMENTO.....	54
7.4 TREINAMENTO DAS EQUIPES	55
7.5 ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO DE REGISTROS	57
7.6 IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO EM PORTO ALEGRE	59
7.7 ESTRUTURA E FORMA DE OPERAÇÃO	60
7.8 CANAIS DE RELACIONAMENTO COM OS USUÁRIOS	61
7.9 SISTEMA E REDE DE ATENDIMENTOS.....	62
7.10 ESTRUTURA E AÇÕES DA ÁREA COMERCIAL E DE MARKETING	63
8 RESULTADOS	66
8.1 INDICADORES GERENCIAIS	66
8.1.1 Expansão do Número de Vidas	66
8.1.2 Crescimento sobre a Base Geral	68
8.1.3 Evolução no Número de Empresas Contratantes	68
8.1.4 Venda Cruzada com outros Produtos	69
8.2 INDICADORES ASSISTENCIAIS	70
8.2.1 Consultas (Atendimentos)	70
8.2.2 Consultas por Beneficiário.....	71
8.2.3 Exames por Beneficiário	72
8.2.4 Exames por Consulta	73
8.2.5 Taxa Média de Internação	74
8.2.6 Custo Assistencial	75
8.3 INDICADORES ECONÔMICO-FINANCEIROS	76

8.3.1 Sinistralidade	76
8.3.2 Crescimento da Receita	77
8.3.3 Resultado Líquido	78
8.4 INDICADORES DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	78
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
9.1 LIMITAÇÕES	83
9.2 SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS	83
REFERÊNCIAS.....	84

1 INTRODUÇÃO

A estratégia de negócios de uma organização pode ser considerada fundamental para seu futuro, não apenas para a sua sobrevivência, mas para o seu crescimento ou criação de uma vantagem competitiva.

O estudo do processo de implementação de uma estratégia ainda é um tema que merece ser mais amplamente conhecido, pois o processo estratégico compreende atividades de formulação e de implementação e ainda existem lacunas no que se refere ao conhecimento sobre a implementação (GUILHERME TREZ, 2009). Os autores Hutt, Reingen e Ronchetto (1988); Menon et al., (1999); Mintzberg e Quinn (2001); Piercy (1998); Varadarajan e Jayachandran (1999) têm destacado a importância da visão conjunta de “estratégia” e “execução”, em que ambas têm igual importância, tanto na formulação quanto na implementação.

Roger L. Martin (2010, p. 26), em artigo na revista *Harvard Business Review*¹, refere-se à atualidade do assunto e sua demanda por referenciais ao dizer:

A maioria dos gestores está tão habituada a acreditar que estratégia e execução são coisas distintas que sequer se pergunta se o método da estratégia-execução faz sentido.

Constata-se, portanto que a tese de que estratégia e execução são interligadas não é nova, pois, já em 1971, Kenneth Andrews, teórico de gestão, estabeleceu a distinção entre a formulação da estratégia e sua execução na obra *The Concept of Corporate Strategy*.

A estratégia de uma empresa tem dois aspectos igualmente importantes, interligados na vida real, mas separados, até onde é possível, em nosso estudo de conceito. O primeiro deles é a formulação o segundo a implementação. (ANDREWS, 1971).

Mesmo com o alerta de que a formulação e a implementação ou execução da estratégia são interligadas na vida real e igualmente importantes, quatro décadas depois a teoria da estratégia-execução artificialmente conceitua as duas como separadas para fins de estudo.

Na prática empresarial, formulação e implementação precisam estar interligadas.²

¹ Revista *Harvard Business Review* - Brasil. RFM Editores. Julho 2010

² Essa afirmativa vem sendo referendada por vários autores, entre os quais: Hutt, Reingen e Ronchetto, em 1988; Menon et al., em 1999; Mintzberg e Quinn, 2001; Piercy, em 1998; Varadarajan e Jayachandran, 1999.

A *formulação* se refere à concepção da estratégia com todas as análises e avaliações das oportunidades, dos riscos e das alternativas que correspondam aos objetivos que estão sendo traçados. Já, a *implementação* é a própria ação da organização que conduz à execução. Todos os aspectos práticos de adaptações, recursos, sistemas e pessoas são orquestrados durante o desenrolar desse processo.

No artigo mencionado, da Revista *Harvard Business Review*, Roger L.Martin (2010, p. 26) faz também a seguinte reflexão:

[...] temos de aceitar que a única estratégia que pode legitimamente ser chamada de brilhante é aquela cujos resultados são exemplares. Uma estratégia que não produz um bom resultado é simplesmente um fracasso.

Sob esta perspectiva parece interessante analisar a estratégia de uma organização — formulada com seus objetivos e recomendações — e, constatar, após determinado espaço de tempo, os efeitos de sua implementação, os objetivos alcançados ou não, e os fatores de sucesso ou de fracasso durante sua execução. A análise em suas diversas etapas, através da visão dos envolvidos nessa implementação, contribuirá para o conhecimento mais profundo do tema.

O presente estudo centra-se na análise da implementação de uma estratégia na Unimed Porto Alegre, uma Cooperativa de trabalho médico, líder no seu mercado de atuação. Soma-se a esse foco o relevante fato de a estratégia em análise responder a uma nova e expressiva demanda no mercado de planos de saúde.

A liderança de mercado da Unimed Porto Alegre foi alcançada ao longo dos últimos 40 anos, graças à qualidade de serviços prestados. Até o início do século XXI a Unimed tinha seu nome associado ao público de maior poder aquisitivo. Considerada a melhor operadora no Estado, passou a exigir mais de si e atrair novos profissionais, o que lhe garantiu reconhecimento e premiações, e a qualidade de seus serviços impulsionou um círculo virtuoso e novos desafios.

À ação de provedor de soluções de saúde para as classes A e B somou-se o desafio da estabilidade econômica, a qual viabilizou a ascensão social de milhões de brasileiros que emergiram das classes D e E, definidas pela Fundação Getúlio Vargas como a nova classe

média, tornando-se importantes agentes de consumo. De 2004 a 2010, 32 milhões de brasileiros ascenderam para as classes A, B e C,³ outros 19,3 milhões saíram da pobreza.

Por sua vez, as estruturas das relações de trabalho foram modificadas pelo grande contingente de novos empregos formais. Entre 2003 e 2009, com a estabilização da economia, foram gerados 8,5 milhões de novos empregos formais.⁴ Desse modo, a necessidade de suprir a carência de mão-de-obra e manter a fidelização dos seus colaboradores, em uma economia aquecida, fez com que as empresas buscassem um diferencial competitivo para a atração e permanência de seu quadro funcional.

Os planos de saúde coletivos empresariais deixaram de ser um benefício somente para executivos e administração de nível médio, passando a ser, também, um importante estímulo para os níveis operacionais. Com a reformulação do mercado tornou-se evidente para a Unimed Porto Alegre a necessidade de considerar as projeções econômicas e atender esses novos consumidores, e o desenvolvimento de um novo produto, o Unifácil, foi a resposta para a nova demanda, transformando a organização em um provedor de planos de saúde generalista *full-line*, ou seja, opção de produtos para todo o segmento de público.

Portanto, analisar essa simultaneidade entre a *formulação e a implementação* de uma estratégia, como elementos que interagem mutuamente em uma visão processual, percebendo as atividades das pessoas envolvidas, com a implantação de um produto que complementa o portfólio de forma a assegurar um importante posicionamento no mercado de saúde suplementar, contribuirá para a construção de conhecimento sobre o tema que se aborda aqui. Do mesmo modo, o desenvolvimento deste estudo, a pesquisa realizada e seus resultados contribuirão para o melhor entendimento das questões pertinentes ao sucesso ou fracasso na implementação de estratégias nas organizações, e no modelo de desenvolvimento de um produto de assistência à saúde para essa nova classe de consumidores.

³ O conceito de Classes Econômicas segue a definição do IBGE para as PNAD (pesquisas nacionais por amostra de domicílios).

⁴ NERI, Marcelo Cortes. *Produtores e a nova classe média: miséria, desigualdade e determinantes das classes*. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, Centro de Políticas Sociais, 2009. p. 12 e seg.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA E JUSTIFICATIVA

O produto Unifácil foi lançado, inicialmente, em 2005, na Região Metropolitana de Porto Alegre, na qualidade de projeto-piloto para a cidade de Esteio. Seu conceito de atendimento se confundia muito com os serviços de pronto atendimento e atendia uma demanda espontânea das empresas da região. No ano seguinte, em 2006, o produto expandiu-se para as cidades de Cachoeirinha, Gravataí, Viamão e Canoas. No ano de 2005 apenas uma empresa fazia parte de sua carteira, tendo havido uma ampliação para 57 empresas no ano de 2006 e para 87 empresas no ano de 2007. Em 2007 havia vários questionamentos sobre a permanência do produto no mercado, pois seus resultados econômico-financeiros apontavam considerável déficit.

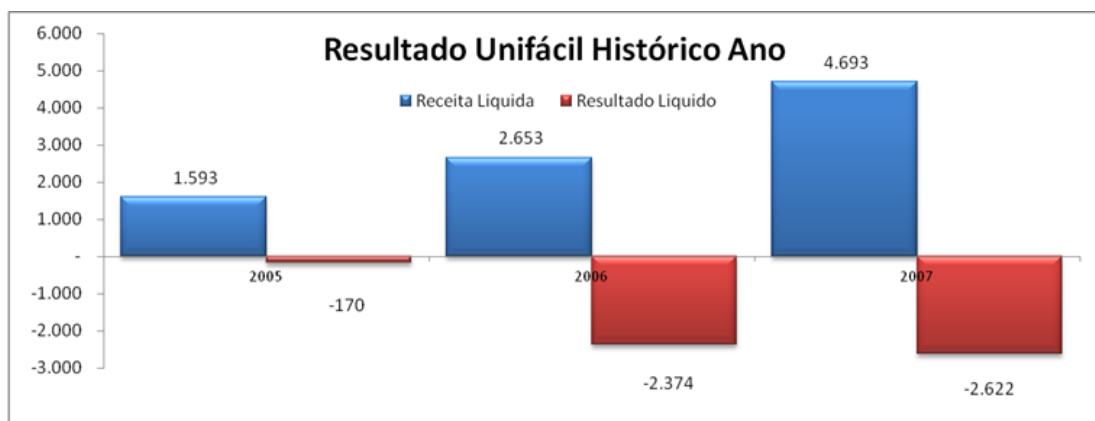


Figura 1- Histórico de resultado Unifácil.

Fonte: Unimed Porto Alegre.

Embora o crescimento da receita nos anos de 2006 e 2007 se mostrasse expressivo – quase 77% entre 2006 e 2007 – o déficit também se acumulava, representando, em 2007, o percentual de 56% do valor faturado.

O número de clientes também apresentava uma evolução tímida: 4.074 vidas ao final de 2005; 7.994 vidas ao final de 2006; e 9.047 vidas no final do ano de 2007, representando 2,5% do total da carteira de clientes da Unimed Porto Alegre.

Esse conjunto de indicadores desfavoráveis apontava para a extinção do Unifácil. No ano de 2007 a empresa demandou a execução de uma detalhada análise de mercado e de oportunidade comercial para esse produto, o que originou o Relatório (*Business Plan*). Alguns executivos da própria organização, dentre os quais o autor desta dissertação, acompanharam o

trabalho de campo, onde houve pesquisas de *benchmarking* em outras empresas de Belo Horizonte – MG, e Vitória – ES, com produtos semelhantes implantados desde o ano de 2000. Esse trabalho teve sua execução baseada na curva de aprendizado do produto nos dois anos e meio anteriores e cujos resultados vinham se mostrando insatisfatórios.

O sumário executivo desse relatório destacava que o produto analisado “representava a combinação perfeita de uma grande oportunidade de mercado com um sólido conjunto de competências que distinguem as vantagens competitivas da empresa” (ROSSI, SLONGO, 2007). O relatório também chamava a atenção, em 2007, para o crescimento e o potencial do segmento de baixa renda, aliado à baixa penetração de Planos de Saúde no estado do Rio Grande do Sul. Destacava, ainda, as competências de marca, liderança de mercado, a força de vendas e a qualidade da equipe interna da organização Unimed Porto Alegre. Esse *Business Plan* analisou e descreveu esses dois anos e meio de experiência com o produto, os quais se tornaram, em verdade, uma curva de aprendizado, e que os casos de sucesso identificados em Belo Horizonte e Vitória deveriam servir de referência. Estando a Unimed Porto Alegre inserida no negócio de “*soluções em Saúde*”, compreendendo a atenção integral à saúde – prevenção e tratamento - tendo como alvo de vendas os planos de saúde familiares e empresariais, investir nesse produto seria vital para o êxito da estratégia da empresa. Além disso, elevaria a competitividade, consolidaria a liderança de mercado, completando o portfólio de produtos, ao atingir o segmento de baixa renda. Um planejamento econômico financeiro mostrou que a situação de déficit apresentada no projeto-piloto de 2005 a 2007 poderia ser revertida. Era possível ter um produto muito bem-sucedido, que aliasse baixo custo às características de qualidade associadas à marca Unimed Porto Alegre. Para tanto, seria necessário um modelo que, simultaneamente, fizesse o melhor uso possível dos ativos disponíveis, medida essencial para o modelo proposto de generalista *full-line*⁵, e tivesse um perfil adequado para o público a que se destinava, considerando as suas necessidades.

A partir do exposto, caracteriza-se o problema de pesquisa a partir da decisão estratégica de confirmar o produto Unifácil como portfólio de produtos de assistência à saúde da Unimed Porto Alegre, após a análise de oportunidade evidenciada pelo plano de negócios no ano de 2007.

⁵ Estrategicamente, a Unimed Porto Alegre se posiciona como um generalista *full-line*. Tem como objetivo sustentar sua posição de líder número 1 no seu mercado, oferecendo uma gama de produtos para todos os segmentos. Nesse sentido, o produto Unifácil representa uma complementaridade em seu portfólio para atingir esse objetivo. Esse referencial teórico foi desenvolvido pelos autores J.Sheth e R.Sisodia (2002) em sua obra *The Rule of Three*.

Por sua vez, o tema desta pesquisa delimita-se na análise da *implantação* de um produto de Assistência à Saúde, no mercado brasileiro de saúde suplementar. O presente estudo, portanto, centra-se no **Plano Unifácil**, lançado pela Unimed Porto Alegre, estratégia criada para oferecer atendimento ao crescente público da classe média e ao mercado de baixa renda. Analisa-se, aqui, a *implementação dessa estratégia*, concebida em 2007 e sua efetiva implementação no período de 2008 a 2011.

A importância de se considerar uma visão conjunta sobre estratégia e execução, já mencionada, e a efetiva compreensão das dificuldades e desafios inerentes a essa implementação, por si só indica que este estudo poderá contribuir para que se tenha uma visão prática sobre essas atividades. Soma-se a isso o interesse que outras empresas ou pesquisadores possam ter pelo tema, aliado ao desafio de que essa construção responde a uma expressiva demanda do crescente mercado de baixa renda. Pelo fato de o pesquisador, aluno do Programa de Pós-Graduação em Administração da UFRGS (PPGA), atuar no mercado de saúde suplementar e ser o executivo responsável pela execução da estratégia, e por deixar registrados, na condução desse processo, a experiência e o aprendizado adquiridos ao longo dessa formação/atuação, contribuindo para a melhoria e o aprimoramento dos processos da organização investigada, justificam a escolha do tema e a elaboração desta dissertação. A partir deste estudo, expressos na conclusão deste trabalho, espera-se, portanto, que este estudo seja contributivo para aprimorar a atenção durante a execução de estratégias, sobretudo em relação às peculiaridades e demandas de um produto destinado ao público de baixa renda.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever a efetiva *implantação* de um produto de Assistência à Saúde, o Unifácil, destinado ao mercado de baixa renda, como estratégia empresarial, em suas diversas etapas de execução.

Objetivos específicos

Verificar os resultados na implementação da estratégia e a efetiva execução da formulação inicial, por meio de indicadores.

Na sequência apresenta-se uma visão do mercado da Saúde Suplementar no Brasil, um relato sobre a organização em estudo, a Unimed Porto Alegre, o referencial teórico que embasa o estudo, o método de pesquisa, a estratégia a ser analisada e o desenvolver de sua execução. Ao final são apresentados os resultados, acompanhados dos indicadores gerenciais e os comentários sobre os desempenhos alcançados. No capítulo das conclusões destaca-se a contribuição deste estudo, as limitações e sugestões de novas pesquisas na área.

2 O MERCADO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A estabilidade da economia brasileira, a partir do início do século XXI, gerou um crescimento do mercado formal de trabalho, que favoreceu o mercado de saúde suplementar e, conseqüentemente, aumentou o número de beneficiários.

O sistema de saúde brasileiro se caracteriza por um sistema misto, em que os setores público e privado atuam no provimento e no financiamento dos bens e serviços de saúde. A constituição de 1988 garante acesso aos serviços de saúde como um direito universal e igualitário de todos os cidadãos, e permite a coexistência dos sistemas público e privado de saúde. O sistema de saúde suplementar compreende o mercado dos planos privados de assistência à saúde — sistema amplo e de muita complexidade — envolvendo diversos atores. Outro destaque importante cabe à grande presença de pessoas jurídicas na contratação dos planos de saúde (aproximadamente 80% dos planos), as quais, vinculadas às relações de trabalho, ao crescimento do trabalho formal, da industrialização e à ampliação da renda dos trabalhadores, promovem um expressivo crescimento desse mercado.

A competição entre os planos privados gerou uma evolução organizacional, consolidando e verticalizando o setor, pois a operacionalização é muito complexa e exige uma eficaz estrutura para o atendimento dos beneficiários.

Atualmente, o mercado da saúde suplementar no Brasil responde pelo atendimento à saúde de um quarto da população brasileira. Inserida nesse cenário está a **Unimed Porto Alegre**, cuja eficácia da estratégia empresarial, centrada na implantação de um produto dirigido ao público de baixa renda (**Unifácil**), é analisada neste estudo. Para contextualizar este estudo, alguns indicadores e características desse setor serão apresentados, pois, inúmeras e importantes variáveis compõem esse cenário de atividades, cujo desempenho afeta, de modo significativo, seus participantes.

Com a promulgação da Lei 9.656/98⁶ que regulamentou o setor, a normatização passa a ocorrer de forma estruturada, e, principalmente, centrada nos interesses e na defesa dos

⁶ A Lei 9.656/1998 define Operadora de Plano de Assistência à Saúde como sendo a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de 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 a 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. Fonte: www.fenasg.org.br

consumidores. São definidos os limites da operação e a forma de atuação de seus participantes. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. Sua missão é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. É a **agência reguladora** vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pela regulamentação e a fiscalização do setor de **planos de saúde** no Brasil.⁷

Entre suas competências, destacam-se as seguintes:

- Propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU para a regulação do setor de saúde suplementar;
- Estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- Estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
- Normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

⁷ Em 2000, a ANS, através da RDC nº 39, classificou as operadoras nas seguintes modalidades:

1. Administradora: empresas que administram exclusivamente planos de assistência à saúde, financiados pelo contratante e que não possuem risco decorrente da operação desses planos nem possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos;
2. Cooperativa Médica: sociedade de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/1971 (Lei geral do cooperativismo), que operam planos privados de assistência à saúde;
3. Cooperativa Odontológica: sociedade de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/1971 (Lei geral do cooperativismo), que operam exclusivamente planos odontológicos;
4. Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde de seus empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados e respectivos grupos familiares, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados;
5. Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal, estadual ou municipal junto aos órgãos competentes;
6. Medicina de Grupo: empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando aquelas classificadas nas modalidades anteriores;
7. Odontologia de Grupo: empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades anteriores;

Posteriormente, em 2001, a Lei n.10.185 exigiu que as seguradoras que já atuavam no segmento do seguro saúde se transformassem em seguradoras especializadas, equiparando-as às operadoras e passando a estar subordinadas a uma nova estrutura de regulação e fiscalização vinculada ao Ministério da Saúde, juntamente com as outras modalidades de operadoras de planos de saúde privados.

Seguradora Especializada em Saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar seguro-saúde, devendo seu estatuto vedar a atuação em quaisquer outros ramos de seguro.

Fonte: www.fenasg.org.br

- Definir, para fins de aplicação da Lei n. 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- Decidir sobre o estabelecimento de subsegmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei 9.656, de 1998;
- Autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde;
- Expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, visando à homologação de reajustes e revisões;
- Fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
- Articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando à eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990.

Recentemente, a ANS criou o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar que permite, a partir de seus resultados, fazer um diagnóstico da qualidade das operadoras que atuam nesse ramo. O programa visa a incentivar a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários, avaliada mediante indicadores de saúde, da satisfação dos clientes de planos privados e da própria estrutura e condições econômico-financeiras das operadoras.

A ANS atua e justifica sua finalidade ao promover a defesa do interesse público na assistência suplementar, e, entre as suas competências, insere-se a de reunir informações básicas sobre operadoras, beneficiários e planos de saúde.

Nesse contexto, a Unimed Porto Alegre é considerada uma Operadora de Plano privado de assistência à saúde, obrigatoriamente registrada na Agência e classificada quanto à modalidade, como Cooperativa Médica: Operadora que se constitui em forma de associação de pessoas, sem fins lucrativos, nos termos da Lei no. 5764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde.

Formado por pessoas físicas ou jurídicas, o mercado da saúde suplementar acolhe diferentes formas de contratações (individual, empresarial ou por adesão) e diversas formas de

segmentação de coberturas, abrangência geográfica para os atendimentos e tipos de acomodações e coberturas adicionais.

No mercado brasileiro coexistem planos adquiridos após a regulamentação da ANS, denominados planos novos, e planos anteriores à regulamentação, denominados antigos. Os planos antigos não se adequaram às normas da regulamentação e, portanto, são mais heterogêneos tanto em relação ao escopo dos serviços ofertados quanto em relação às regras de reajuste de preços. Embora todas as operadoras de planos e seguros de saúde tenham a obrigação de realizar registro do seu plano na Agência Nacional de Saúde, independente do plano estar vigente antes ou após a implementação da Lei 9656, as informações sobre os planos novos são mais fidedignas, pois os registros da ANS estão organizados de acordo com os parâmetros estabelecidos na regulamentação.

Em dezembro de 2001, o número total de beneficiários de planos de saúde, segundo o Caderno de Informação da ANS (2009), era de 34,4 milhões, considerando-se planos de assistência médica e odontológica, sendo que 31,2 milhões eram de beneficiários de planos médicos, com ou sem odontologia. Naquele momento, o número de operadoras médico-hospitalares em atividade era de aproximadamente duas mil operadoras, e o faturamento global do setor no ano de 2001 foi de aproximadamente R\$22,4 bilhões.

Em dezembro de 2008, o número total de beneficiários de planos de saúde, segundo o Caderno de Informação da ANS (2009), atingiu 52 milhões, sendo que 40,9 milhões eram de beneficiários de planos médicos, com ou sem odontologia. O total de operadoras médico-hospitalares com beneficiários ativos caiu para pouco mais de 1.200, gerando um faturamento global de aproximadamente R\$60,7 bilhões. De acordo com o Caderno de Informação da ANS (2012), o mercado de saúde suplementar, em dezembro de 2011, alcançou a marca de 47,5 milhões de beneficiários vinculados aos planos de assistência médica, e 17 milhões de beneficiários vinculados aos planos exclusivamente odontológicos. O faturamento global do setor em 2011 foi de R\$84,4 bilhões. Observe-se que, segundo os relatórios da ANS (2009 e 2012), o número total de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares cresceu de 40,9 milhões, em 2008, para 47,5 milhões, em 2011, aproximadamente, 17%. Ainda, segundo os relatórios da ANS (2009 e 2012), o faturamento global do setor cresceu, aproximadamente, 39%, de R\$60,7 bilhões, em 2008, para R\$84,4 bilhões, em 2011. A Figura 2 apresenta a evolução do número de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares, desde 2000 até 2011.

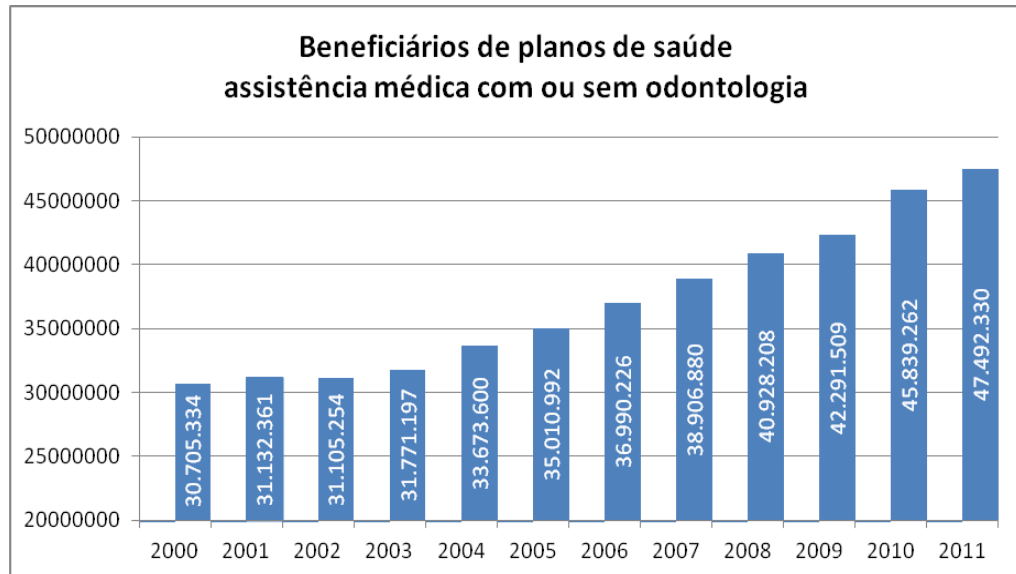


Figura 2 - Beneficiários de planos privados de saúde

Fonte: Cadernos de Informação da ANS – 2009, 2010, 2011, 2012 e Agência Nacional de Saúde Suplementar FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR, de março de 2012.

A Figura 3 apresenta a evolução do número de operadoras em atividade desde 2000 até 2011, por tipo de operação.

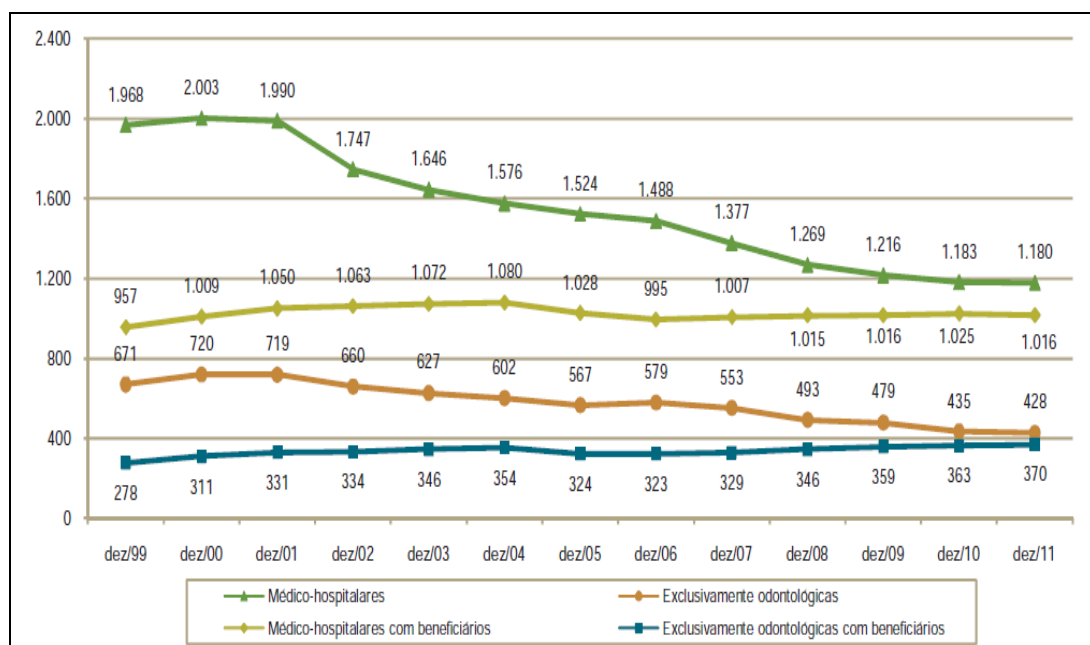


Figura 3 - Evolução do número de operadoras em atividade, por tipo

Fonte: Cadernos de Informação da ANS – 2009, 2010, 2011, 2012 e Agência Nacional de Saúde Suplementar FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR, de março de 2012.

Verifica-se que, em dezembro de 2011, o número de operadoras médico-hospitalares que mantinham beneficiários ativos era de 1.016, e o de operadoras exclusivamente odontológicas que possuíam beneficiários era de 370.

A análise conjunta das informações contidas nas Figura 2 e 3 mostra que, de 2000 a 2011, enquanto o número de beneficiários cresceu o número de operadoras diminuiu consideravelmente.

O atuante rigor por parte da ANS contribui para o encolhimento do número de operadoras, devido à impossibilidade de adequação de algumas às exigências da Agência. Por outro lado, é possível observar a concentração das operações nas empresas de maior porte, visando diluir seus riscos, a partir de um número maior de beneficiários, e arcar com as obrigações decorrentes da regulamentação e normatização do segmento da saúde suplementar. O volume crescente de ações judiciais no setor da saúde, a necessidade de eficiência na gestão assistencial e administrativa, somadas à acirrada disputa mercadológica, aponta para uma forte concentração do setor.

A Figura 4 apresenta a distribuição dos beneficiários por porte de operadora e confirma as observações sobre concentração de mercado.

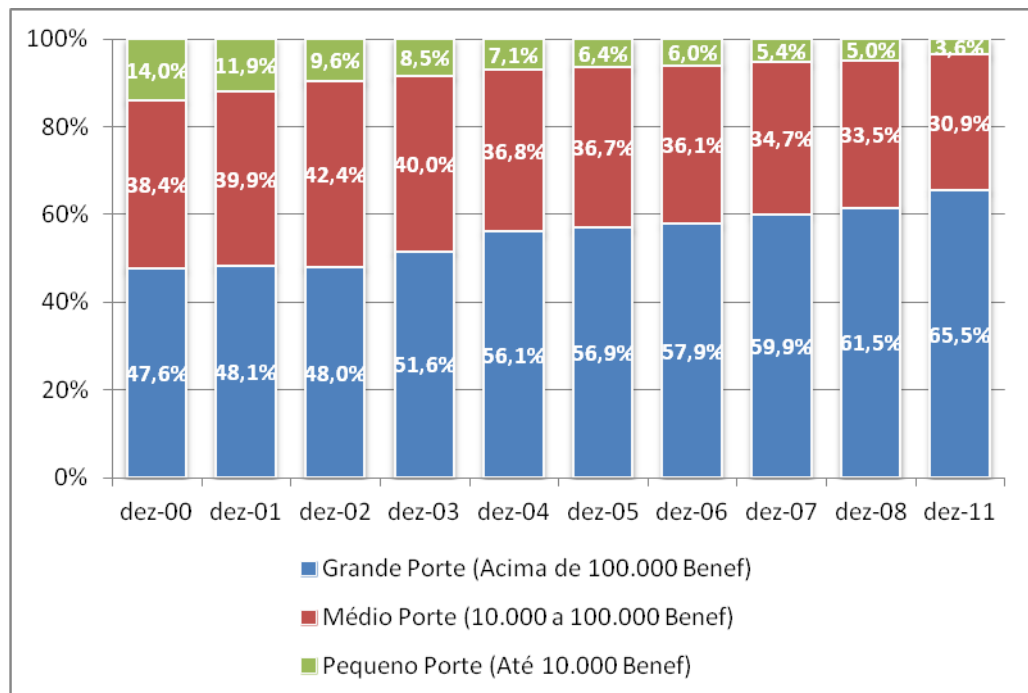


Figura 4 - Distribuição dos beneficiários por porte de operadora

Fonte: Cadernos de Informação da ANS – 2009, 2010, 2011, 2012 e Agência Nacional de Saúde Suplementar FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR, de março de 2012.

Na Figura 5 percebe-se uma visão atualizada, que ratifica a mesma condição do mercado.

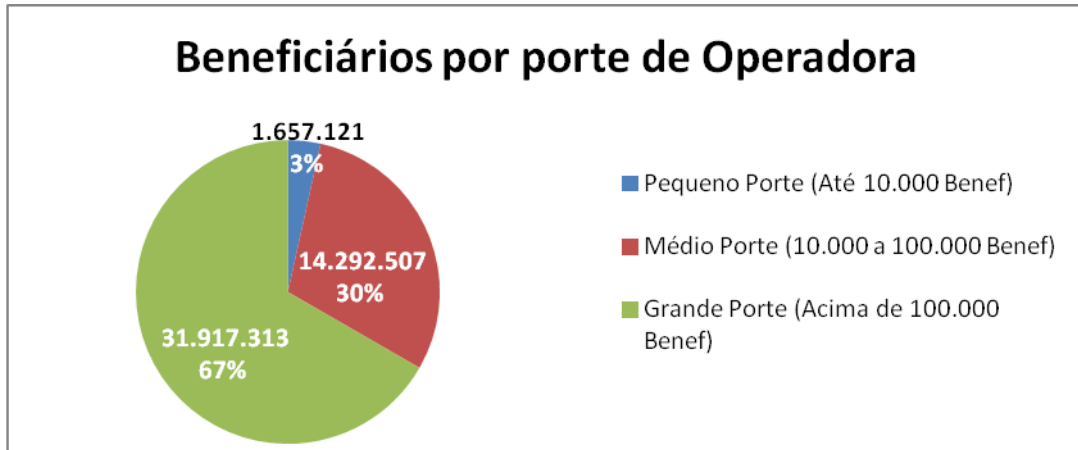


Figura 5 - Beneficiários por porte de operadora

Fonte: Cadernos de Informação da ANS – 2012 e Agência Nacional de Saúde Suplementar FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR, de março de 2012.

A Figura 6 apresenta a distribuição atual de beneficiários por modalidade de operadora.

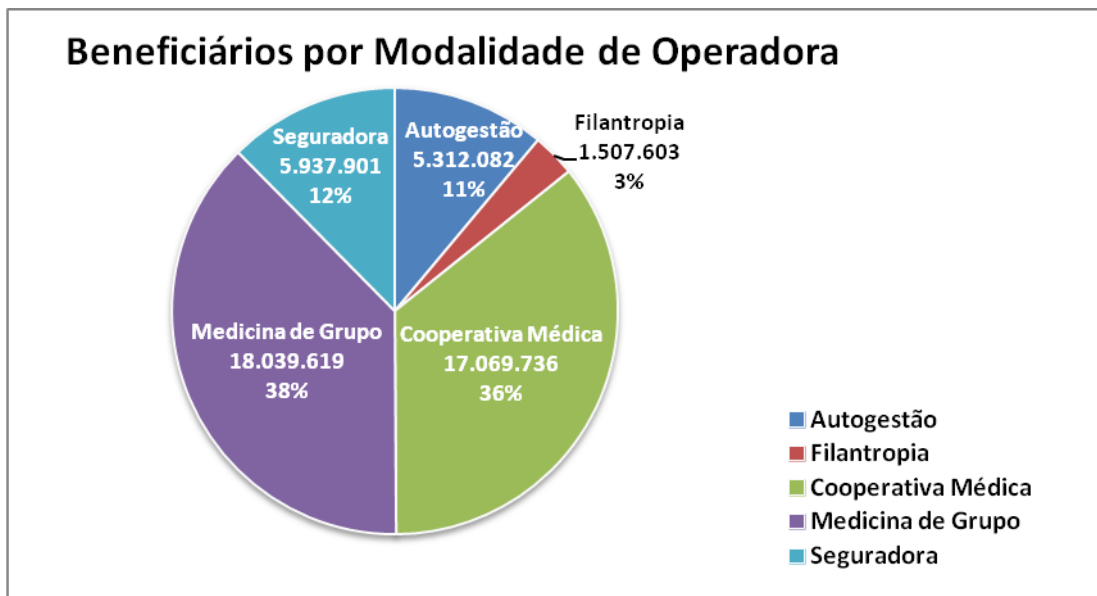


Figura 6 – Beneficiários por modalidade de operadora

Fonte: Cadernos de Informação da ANS – 2009, 2010, 2011, 2012 e Agência Nacional de Saúde Suplementar FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR, de março de 2012.

A análise da dinâmica do mercado de saúde suplementar considera a taxa de cobertura de planos de saúde, ou seja, o percentual da população geral que está vinculada aos planos de

saúde. Segundo a ANS, a taxa de cobertura é a razão, expressa em porcentagem, entre o número de beneficiários e a população em uma área específica.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD/IBGE de 2010, um quarto dos brasileiros, aproximadamente, é beneficiário de planos de saúde privados, ou seja, a taxa de penetração dos planos de saúde, em nível nacional, é de 25 %, conforme apresentado na Figura 7.

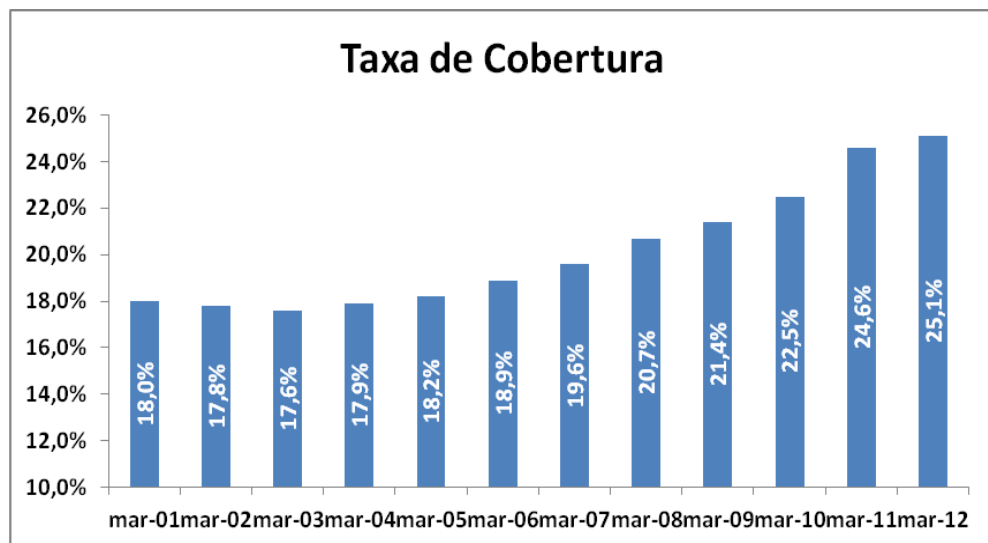


Figura 7 – Taxa de Cobertura

Fonte: Cadernos de Informação da ANS – 2009, 2010, 2011, 2012 e Agência Nacional de Saúde Suplementar FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR, de março de 2012.

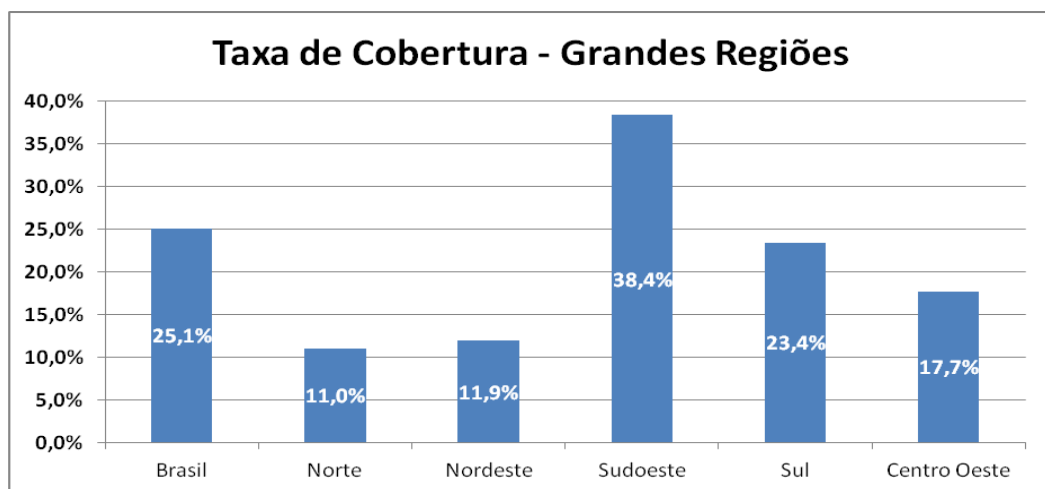


Figura 8 - Taxa de Cobertura nas Grandes Regiões do Brasil.

Fonte: Cadernos de Informação da ANS – 2009, 2010, 2011, 2012 e Agência Nacional de Saúde Suplementar FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR, de março de 2012.

As taxas de cobertura das grandes regiões do Brasil apontam, com destaque, para a região Sudeste, com 38,4% dentro da média nacional de 25,1%. Nesse cenário, a Região Sul registra 23,4% e, especificamente, o Rio Grande do Sul, com 23,9%. Nas capitais, a média do Brasil é de 18,9% e a da Região Sul apenas 11,6%. Esses indicadores apontam para a defasagem do Rio Grande do Sul em relação ao restante do país, com destaque para a região Sudeste. A mesma fonte aponta esse desequilíbrio nas regiões metropolitanas, sinalizando a grande oportunidade de expansão da demanda e a grande atratividade desse mercado também para novos entrantes.

A taxa de sinistralidade definida pela ANS, com a relação expressa em porcentagem entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras, é estratégica como indicador para medir o desempenho das operadoras de planos de saúde.⁸

Os custos assistenciais constituem a base do cálculo atuarial que determina a precificação dos produtos das operadoras de planos de saúde, estabelecendo, juntamente com outros indicadores, a sua competitividade. É necessário que as operadoras mantenham receitas crescentes a fim de garantir o seu equilíbrio econômico-financeiro. Esses custos são influenciados diretamente pelo acréscimo de novas tecnologias médicas, envelhecimento da população, demandando mais assistência, pelo crescente aumento no número e na qualidade dos exames diagnósticos, além da frequente ampliação no rol de procedimentos, periodicamente incrementados pela ANS com sua força regulatória.

Para reduzir a sinistralidade das operadoras e garantir a competitividade, várias ações são necessárias: gestão eficiente dos processos de regulação médica, das negociações de compra de serviços terceirizados, além de uma eficiente gestão dos serviços próprios, dentre outros.

Observa-se, na Figura 9, o comportamento da taxa de sinistralidade geral do conjunto de operadoras no Brasil, no período de 2009 a 2011.

⁸ Segundo a ANS, a despesa assistencial ou o custo assistencial é o somatório das despesas decorrentes de toda e qualquer utilização, pelo beneficiário, das coberturas contratadas, descontados os valores das glosas. Incluem os custos com consultas, exames, terapias, internações, atendimentos ambulatoriais, outras despesas acessórias com a promoção da saúde e a prevenção de doenças e as despesas com procedimentos e tratamentos odontológicos. A definição dada pela ANS para a receita de contraprestações é o somatório de todas as contraprestações líquidas, considerados os efeitos das variações das provisões técnicas, as receitas com administração de planos de assistência à saúde e os tributos diretos da operação. Ou seja, a taxa de sinistralidade reflete o resultado operacional e determina a margem bruta do negócio das operadoras de planos de saúde.



Figura 9 - Taxa de Sinistralidade

Fonte: Cadernos de Informação da ANS – 2009, 2010, 2011, 2012 e Agência Nacional de Saúde Suplementar FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR, de março de 2012.

A concorrência acirrada tem obrigado as operadoras a buscarem competitividade, aumentando sua eficiência.

Neste contexto, algumas operadoras vêm melhorando seus indicadores de desempenho e ganhando eficiência operacional, investindo em formas inovadoras de diferenciação que, efetivamente, possam constituir vantagens competitivas. A ampliação do portfólio de produtos, o investimento na verticalização, a inserção de novos programas de medicina preventiva, bem como a maior abrangência de público e a expansão territorial, têm sido as ações mais incisivas por parte das maiores operadoras. O preço, considerado um forte inibidor ao acesso à saúde suplementar no País há alguns anos, passou a ser um aliado, em vista dos mais diversificados produtos desse mercado que passaram a ser acessíveis a todas as camadas sociais (WILASCO, 2012).

A partir do exposto é que, em sequência, discorre-se sobre a implantação de um produto destinado ao público de baixa renda, ofertado em resposta às demandas e às oportunidades desse mercado, reforçando a condição de competitividade da Unimed Porto Alegre.

3 UNIMED PORTO ALEGRE

A Unimed Porto Alegre é uma Cooperativa que nasce em 1971 com o propósito de valorizar o trabalho médico e melhorar as condições de atendimento aos clientes. Foi fundada por um grupo de 30 médicos e hoje é líder de mercado na capital gaúcha, Região Metropolitana, Centro-Sul e Litoral Norte do Rio Grande do Sul, considerada uma das primeiras cooperativas médicas do país a integrar o Sistema Unimed do Brasil que é a maior experiência cooperativista de trabalho médico no mundo. Detendo uma participação de 41,7% em relação ao faturamento do mercado de planos de saúde, a estratégia da Cooperativa tem sido de crescimento, como evidenciam os resultados dos últimos anos.

A Unimed Porto Alegre, hoje, é a sexta maior cooperativa singular do sistema. É formada por mais de 6.200 médicos cooperados, em mais de 49 especialidades, distribuídos nos 46 municípios de sua área de ação. Nesses municípios possui mais de 400 pontos de atendimento em serviços próprios e credenciados. Atualmente, atende a mais de 630.000 pessoas, considerando-se a base de beneficiários de contratação direta e a base de beneficiários das outras cooperativas do sistema, atendidos na área de ação da Unimed Porto Alegre através do intercâmbio.

O intercâmbio é um modelo de atendimento assistencial pelo qual todas as Unimed singulares atendem em sua área de ação aos beneficiários de outras Unimed de forma recíproca, viabilizando, dessa forma, o atendimento de todos os clientes em nível nacional. O intercâmbio é normatizado e regulamentado de forma a garantir esse atendimento nacional, definindo as regras de relacionamento entre as Unimed, seus clientes e prestadores de serviços, promovendo uma capacidade capilar única para o Sistema Unimed.

O Sistema Unimed do Brasil, atualmente, é composto por 368 cooperativas médicas, mais de 110 mil médicos cooperados (29% dos médicos brasileiros em atividade) que oferecem cobertura em 83% do território brasileiro, atendem a mais de 18 milhões de clientes, o que lhe confere participação de mercado de mais de 36%.

A missão da Unimed Porto Alegre é a de “prover as melhores soluções em saúde, com crescimento sustentável e valorização do trabalho médico cooperado”.

Seus valores, entendidos conceitualmente como sendo os orientadores para o processo decisório e para o comportamento da organização no cumprimento de sua missão, são:

- Doutrina cooperativista;
- Excelência no cuidado ao cliente;
- Trabalho médico com qualidade e dignidade;
- Ética e transparência;
- Responsabilidade social;
- Colaboradores satisfeitos e comprometidos;
- Atitude inovadora.

A Unimed Porto Alegre tem preocupação com a Responsabilidade Social em sentido amplo e abrangente, sendo parte integrante do próprio modelo de gestão da empresa e constituída na relação ética e transparente da empresa com todos os seus públicos, somada ao bem-estar da comunidade onde está inserida.

Os investimentos em Responsabilidade Social da Unimed Porto Alegre seguem as seguintes diretrizes:

- Desenvolver e apoiar Programas e Projetos que tenham como objetivo principal a transformação, baseados nos desafios do milênio e no tripé da Responsabilidade Social: Educação, Saúde e Geração de Renda;
- Atender, preferencialmente, projetos implementados nas comunidades da área de abrangência;
- Fortalecer parcerias no desenvolvimento dos projetos sociais, visando otimizar oportunidades e recursos;
- Apoiar projetos que estejam de acordo com o foco da Responsabilidade Social, com as diretrizes definidas para cada Operação de Negócio, com orçamento aprovado para o período;
- Privilegiar os investimentos em Responsabilidade Social que tenham como tema: Educação, Saúde e Bem-Estar;
- Sensibilizar, capacitar e valorizar os colaboradores da Unimed Porto Alegre para a realização de trabalho voluntário junto às iniciativas apoiadoras;
- Programa com Fornecedores: priorizar a contratação de fornecedores que tenham boa conduta ambiental.

A Unimed Porto Alegre conquistou pelo oitavo ano consecutivo o Selo Unimed de Responsabilidade Social, concedido pela Unimed Brasil, e tem por objetivo certificar as

cooperativas que desenvolvem programas e ações por uma sociedade justa, ética e comprometida com o desenvolvimento sustentável. O Selo é uma importante ferramenta de diagnóstico, aprendizagem e monitoramento da atuação das Cooperativas em questões sociais, econômicas e ambientais.

Em relação ao faturamento bruto, o Sistema Unimed do Brasil alcançou mais de R\$30 bilhões, em 2011. O valor da marca Unimed superou R\$3,2 bilhões, segundo a avaliação da *Brand Finance* - consultoria independente e líder mundial em avaliação e gestão de marcas e intangíveis.

Em 2011, a Unimed Porto Alegre obteve o faturamento bruto superior a R\$1,2 bilhões, gerando resultado líquido de mais de R\$70 milhões, dos quais 50%, aproximadamente, destinaram-se à distribuição de sobras aos médicos cooperados. O EBITDA gerado foi de 4,86% sobre a receita líquida.

Com esse desempenho, a Unimed Porto Alegre figura entre as 50 maiores empresas do Rio Grande do Sul em faturamento e a maior do Estado no segmento de saúde.

A Unimed Porto Alegre é administrada por uma Diretoria Executiva, composta pelo Presidente, pelo Vice-presidente do Conselho e por um Superintendente-Geral indicado por estes. Já, a estrutura organizacional, apresentada de forma sintética na Figura 10, é composta por um Conselho de Administração, com 15 membros eleitos dentre os médicos cooperados para um mandato de três anos, sendo o Presidente e o Vice-presidente do Conselho escolhidos pelos próprios conselheiros eleitos.

O Conselho Fiscal é composto por três membros com mandato de um ano, igualmente eleitos dentre os médicos cooperados.

A Diretoria Executiva indica ainda outros três Diretores para representá-los em áreas específicas de relacionamento com os cooperados, com o mercado e com prestadores de serviços de saúde. Todos os membros do Conselho de Administração e os Diretores são, necessariamente, médicos cooperados.

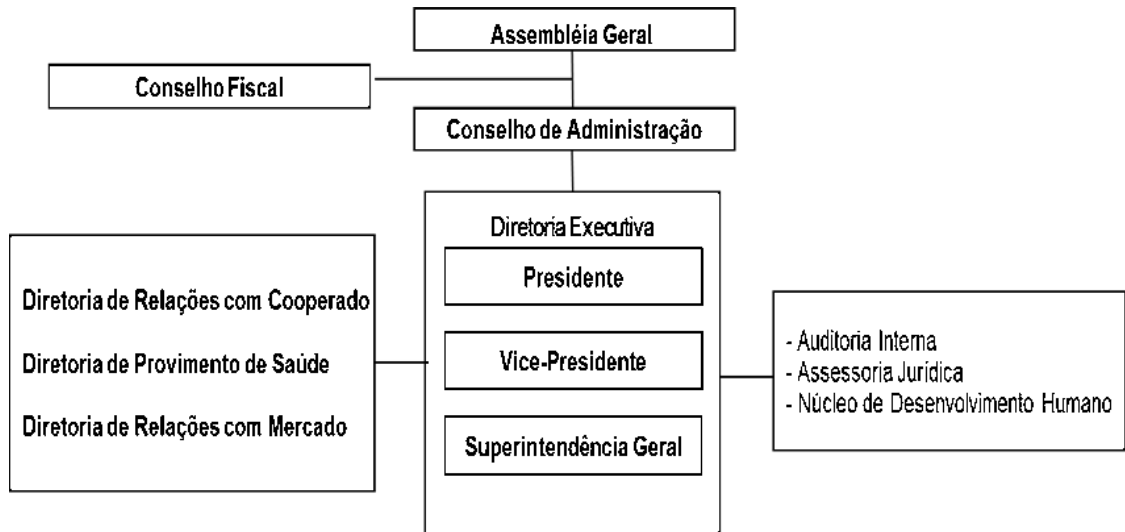


Figura 10 - Organograma da Alta Direção da Unimed Porto Alegre

Fonte: Unimed Porto Alegre

Administrativamente, um grupo executivo de Superintendentes, profissionais de gestão, respondem pelas diversas áreas da empresa, conforme descrito na Figura 2.

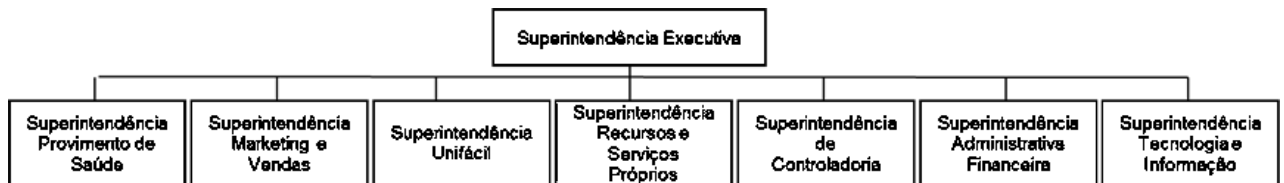


Figura 11 - Organograma da Linha Executiva da Unimed Porto Alegre

Fonte: Unimed Porto Alegre

Ao final do ano de 2011, o número de colaboradores contratados e que dão suporte a essa grande operação superou a casa de 1.200 profissionais.

A Cooperativa oferece planos de saúde familiares e empresariais, para pessoas físicas e jurídicas, além de produtos e serviços complementares aos planos de saúde, incluindo planos odontológicos, de saúde ocupacional e de urgências e emergências médicas. Seu público-alvo é amplo e diversificado, abrangendo todos os segmentos de mercado nas diferentes classes de renda. Os beneficiários de planos de saúde coletivos empresariais e coletivos por adesão correspondem a 85% do total da carteira de clientes da Unimed Porto Alegre.

No segmento de contratantes jurídicos, a Cooperativa atende tanto às classes de renda A e B quanto às classes emergentes C e D, ofertando uma ampla gama de produtos para empresas de todos os portes e para as associações de profissionais e sindicatos.

O mercado familiar corresponde aos outros 15% da carteira de clientes e está distribuído, principalmente, entre as classes A e B.

Desde o início de sua atuação, a Unimed Porto Alegre primou pela qualidade de seus serviços e pela qualificação de seus profissionais, tanto os médicos cooperados quanto os colaboradores contratados, o que justifica sua estratégia de preços *premium*, em média, 20% acima dos concorrentes. Por sua vez, o desenvolvimento e a oferta de produtos têm procurado atender eficientemente as diferentes necessidades dos diversos públicos-alvo. Portanto, esses números e características operacionais lhe conferem a liderança absoluta no mercado em sua área de atuação e contribuem, significativamente, para a construção da liderança nacional mantida pelo Sistema Unimed do Brasil no segmento de saúde suplementar brasileiro.

Os 46 municípios abrangidos pela área de ação da Unimed Porto Alegre apresentam diferentes características, tanto em relação à capacidade assistencial quanto às condições sociais, econômicas e mercadológicas.

Na Figura 12 apresenta-se o mapa geográfico da área de atuação da Unimed Porto Alegre.

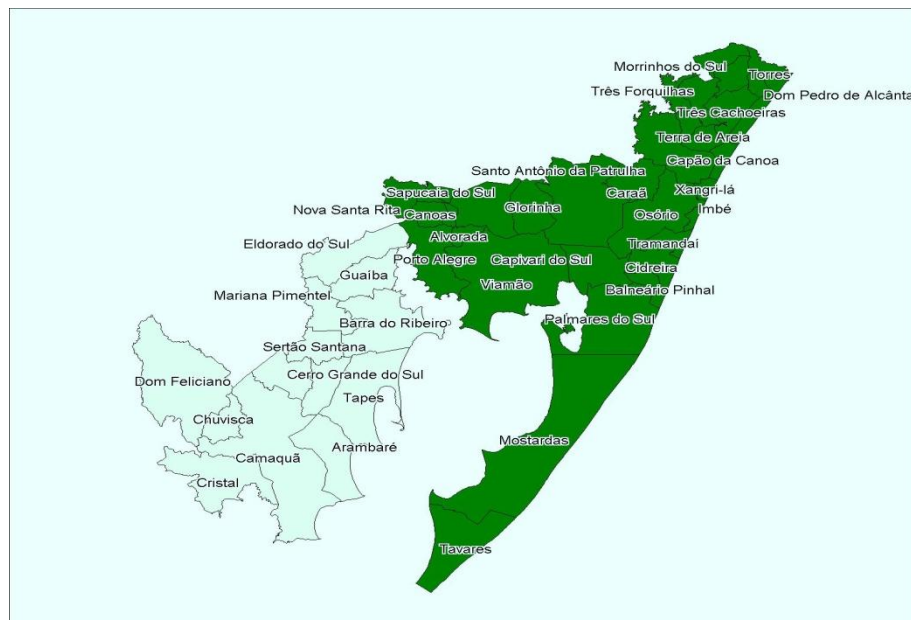


Figura 12 - Mapa geográfico da área de ação da Unimed Porto Alegre
Fonte: Unimed Porto Alegre

A Unimed Porto Alegre define o âmbito de atuação do seu negócio como “soluções em saúde”, sendo esta “a atenção integral à saúde, compreendendo a assistência, a prevenção de doenças e a promoção da saúde”.

O posicionamento estratégico da Unimed Porto Alegre é de generalista *full-line*, sendo o *player* número um, líder do mercado.

Sua proposição de valor, ou seja, as características que diferenciam a empresa de seus concorrentes são **a medicina de qualidade, a excelência no cuidado aos clientes e a segurança do melhor plano de saúde.**

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresentam-se o lastro teórico que fundamenta a formulação e a implementação de estratégias e a importância de considerar a *formulação e a implementação* em uma visão conjunta.

A execução da estratégia representa um processo disciplinado ou um conjunto lógico de atividades conectadas que permite que a organização utilize uma estratégia e a faça funcionar. Sem uma abordagem cuidadosa e planejada para a execução, as metas estratégicas não podem ser obtidas. Desenvolver uma abordagem lógica como essa, no entanto, representa um desafio formidável para a gerência. (LAWRENCE G.HREBINIACK, 2006).

Não existe uma única e melhor maneira de se criar e desenvolver uma estratégia, pois há, sempre, particularidades no contexto em que a organização está inserida (MINTZBERG e QUINN, 2001).

A palavra estratégia, tão utilizada no meio empresarial, deriva em sua origem, do ambiente militar e tem como modelo as grandes batalhas ao longo da história.

Besanko (2006) ao estudar e examinar definições de estratégia destaca aspectos comuns identificados nestes diversos conceitos tais como: “metas de longo prazo”, principais “políticas”, sugerindo que estratégia está associada a questões “relevantes” provocando as organizações a tomarem decisões que acabam determinando sucesso ou fracasso. “A ênfase em *padrões de objetivos e contexto referencial dos negócios de uma empresa*, sugere que a estratégia é revelada em termos de comportamento consistente, o que, por sua vez, implica que a estratégia *define que tipo de empresa ou organização em questão é ou deveria ser*, sugerindo que as decisões estratégicas moldam a *persona* competitiva da empresa e a própria compreensão coletiva de como ela vai obter êxito no ambiente competitivo” (p.25).

“Ressalta que a estratégia é fundamental para o sucesso de uma organização, razão pela qual o estudo da estratégia pode ser não apenas proveitoso, mas intelectualmente estimulante” (p.26).

Quinn (2006) define estratégia como “um padrão ou plano que integra as principais metas, políticas e sequências de ação da organização em um todo coeso”. “Uma estratégia bem formulada ajuda à organização a alocar recursos numa postura viável e única” (p.29).

Kenneth Andrews (1980) conceitua estratégia como “um processo organizacional de muitas formas inseparável da estrutura, do comportamento e da cultura da empresa onde ocorre” (p.79). Evidencia a diferença clara entre formulação da estratégia e implementação da estratégia (na verdade, entre pensamento e ação) sugerindo que a estratégia pretendida deva ser explícita e a estrutura deva seguir a estratégia, ou ainda ser projetada de acordo com ela. Considera a identificação de oportunidades e ameaças no ambiente da organização e a inclusão de riscos para as alternativas escolhidas, devendo ainda avaliar forças e fraquezas além dos recursos que estarão disponíveis. A alternativa estratégica resultante deste exercício entre oportunidade e capacidade corporativa é, o que o autor chama de “estratégia econômica”.

A implementação da estratégia, entretanto, exige uma série de atividades administrativas, citando: uma estrutura organizacional apropriada para o desempenho eficiente, permitindo uma coordenação das atividades. Os processos organizacionais de avaliação, desenvolvimento gerencial e controles devem estar alinhados com o objetivo organizacional. Destaca o importante papel da liderança, muitas vezes decisivo para a realização efetiva com sucesso da estratégia. Cita Andrews (1980): “Quando tivermos examinado estas duas tendências, entenderemos e até certo ponto estaremos preparados para lidar com a interdependência de formulação e implementação do objetivo corporativo” (p.79).

Michael Porter (1996) aborda, na década de 1980, as questões estratégicas voltadas para a competição, destacando as forças do ambiente e da concorrência na formação da estratégia. Na concepção desse autor, ao se formular uma estratégia competitiva é preciso considerar os pontos fortes e fracos da empresa, ameaças e oportunidades e as expectativas da sociedade. Segundo Porter (1996) “o desenvolvimento de uma estratégia competitiva é, em essência, o desenvolvimento de uma fórmula ampla para o modo como uma empresa irá competir, quais deveriam ser suas metas e quais as políticas necessárias para levarem-se a cabo estas metas” (p.15).

De uma forma mais ampla, a formulação de uma estratégia competitiva envolve considerar quatro fatores básicos que determinam os limites daquilo que uma organização pode realizar com sucesso. Os **pontos fortes e fracos** da empresa são o seu perfil de ativos e as suas qualificações em relação à concorrência, incluindo recursos financeiros, postura tecnológica, identificação de marca, dentre outros. Já os pontos fortes e fracos , combinados com os seus valores, determinam os limites internos dessa estratégia para ela realmente ser

competitiva e tornar-se um pleno êxito. Também os valores pessoais dos principais implementadores, fatores estes internos à organização, definem as motivações e as necessidades dos seus executivos. As **ameaças e as oportunidades** definem o meio competitivo, com os seus riscos potenciais, mas também suas recompensas. Por sua vez, as expectativas da sociedade, sobre a organização, refletem o impacto das políticas de governo, interesses da sociedade dentre outros. Todos esses elementos devem, segundo o autor, ser considerados antes de se desenvolver um conjunto realista e executável de metas estratégicas. Enfatiza ainda que somente através de uma posição estratégica distinta é que podemos conseguir diferenças de desempenho sustentáveis.

Porter (1996), em sua abordagem, propõe que uma estratégia, realmente competitiva, precisa levar em conta uma série de conceitos para formação de uma vantagem competitiva sustentável. Lidar com a competição, está para o autor, na essência da formulação estatégica e na conseqüente busca dessa vantagem. Nesta luta por participação no mercado, a competição não é apenas com os concorrentes, mas em toda a cadeia de relações da organização.

Deste entendimento surge o conceito das “**Cinco Forças**” que regem a competição em um setor de atividades. As cinco forças competitivas,- potenciais entrantes no mercado, a ameaça de substituição de produtos ou serviços, o poder de negociação dos compradores, o poder de negociação dos fornecedores e a rivalidade entre os atuais concorrentes- refletem que esta competição não fica restrita somente aos atuais concorrentes. “Clientes, fornecedores, substitutos e os entrantes potenciais são todos “concorrentes” para as empresas na indústria, podendo ter maior ou menor importância, dependendo das circunstâncias particulares. Concorrência, nesse sentido mais amplo, poderia ser definida com *rivalidade ampliada*” (p.6).

Novos Entrantes em potencial ,trazem novas capacidades e o desejo de ganhar participação de mercado. Produtos substitutos não somente limitam lucros, eles também reduzem a prosperidade que um setor pode alcançar. O poder de barganha dos compradores pode alterar o equilíbrio na relação deste com o setor onde atua, principalmente quando este setor é sensível a preços.

Os fornecedores podem exercer poder de barganha sobre os participantes de um setor, aumentando os preços ou reduzindo a qualidade das mercadorias e serviços. Ao analisar as forças que afetam a competição em um setor e suas causas básicas, a empresa tem a possibilidade de identificar suas forças e as fraquezas de um ponto de vista estratégico. Pode, desta forma, avaliar um plano que poderá fornecer a melhor defesa contra a força competitiva

ou, influenciar no equilíbrio de forças por meio de ações estratégicas, antecipando mudanças capazes de conferir realmente uma vantagem sobre os concorrentes.

Porter (1996) descreve a estratégia competitiva como ações ofensivas ou defensivas para criar uma posição no mercado, para enfrentar com sucesso as cinco forças competitivas, obtendo um desejável retorno sobre seus investimentos.

Neste sentido o autor também considera três estratégias genéricas, internamente consistentes, que podem ser usadas isoladamente ou de forma combinada, que podem ser utilizadas para superar os demais concorrentes. São elas: *a liderança no custo total, a diferenciação e o enfoque*.

A liderança no **custo** total exige um controle rígido dos custos e das despesas gerais, ensejando intensa atenção administrativa no controle das metas. “O *Custo Baixo* torna-se o tema central de toda a estratégia, embora qualidade, a assistência e outras áreas não possam ser ignoradas” (p.50). Uma posição de baixo custo produz retornos acima da média, apesar das intensas forças competitivas. Também confere uma defesa contra a rivalidade dos concorrentes lhe permitindo obter retornos quando outros já consumiram seus lucros. Proporciona flexibilidade para enfrentar aumento de insumos e portanto uma defesa contra fornecedores poderosos. Enfim, a proposição de baixo custo protege a empresa contra as cinco forças pois concorrentes menos eficientes sofrerão antes as pressões competitivas. Um destaque do autor ressalta que uma posição de baixo custo “quase sempre exige uma alta parcela de mercado relativa ou outras posições vantajosas” (p.50).

Por outro lado a colocação em prática desta estratégia, pode exigir, inicialmente, investimentos em equipamentos e condições para atrair um volume de clientes com ganho de escala, permitindo também economia em compras e um ciclo de maior redução dos custos. Ainda uma posição de baixo custo proporciona margens capazes de reinvestimentos em equipamentos e instalações mais modernas, sustentando desta forma a liderança .

A segunda estratégia genérica sugerida por Porter (1996) é a **diferenciação** de um produto ou serviço, criando algo que seja considerado único. Esta diferenciação pode assumir muitas formas: imagem de marca, qualidade, tecnologia ou outras dimensões. A estratégia de diferenciação constitui uma maneira de oferecer um produto ou serviço exclusivo e único em algum aspecto valorizado pelos clientes atuais e potenciais. Essa diferenciação leva a uma proteção contra as forças competitivas da indústria. Ressalta ainda que a estratégia de diferenciação não permite à organização ignorar os custos, embora não sejam eles os alvos primários. Ela também aumenta as margens e a lealdade dos consumidores, obrigando os concorrentes a superar esta supremacia, constituindo-se numa forte barreira de entrada.

Atingir também a diferenciação pode significar limitar uma parcela de mercado restringindo expansões de novos consumidores, que embora reconheçam a superioridade da empresa, nem todos terão condições de pagar os preços requeridos. Destaca ainda Porter (1996): “Em alguns negócios, a diferenciação pode não ser incompatível com custos relativamente baixos e com preços comparáveis aos da concorrência” (p.52).

A terceira estratégia genérica sugerida por Porter (1996), o **enfoque**, objetiva um determinado grupo de compradores ou consumidores, um seguimento ou linha de produtos ou ainda uma mercado geográfico específico, podendo assumir diversas formas. Objetivamente ela visa atender um determinado alvo e todo o seu desenvolvimento leva isto em conta. “A estratégia repousa na premissa de que a empresa é capaz de atender o seu alvo estratégico estreito mais efetiva ou eficientemente do que os concorrentes que estão competindo de forma mais ampla. Conseqüentemente, a empresa atinge a diferenciação por satisfazer melhor as necessidades de seu alvo particular, ou custos mais baixos na obtenção deste alvo, ou ambos” (p52).

Empresas com esta estratégia de enfoque, podem obter retornos acima da média, selecionando alvos estratégicos no mercado onde seus concorrentes apresentam-se mais fracos ou vulneráveis. Também a estratégia de enfoque em geral implica em uma limitação na parcela total do mercado que pode ser atingido.

Segundo Porter (1996) , a colocação em prática, com sucesso, destas estratégias, exigem diferentes recursos e habilidades. Elas podem implicar em arranjos organizacionais diferentes, exigindo sistemas, controles e procedimentos distintos e criativos. Elas podem ainda exigirem estilos diferentes de liderança para sua implementação, atraindo diferentes pessoas para sua execução, podendo ter implicações no clima e cultura organizacionais.

As estratégias genéricas são uma maneira de se lidar com as forças competitivas da indústria. Porter (1996) condena é a indefinição, ou seja, não conseguir desenvolver, nenhuma das opções, o que leva a empresa a uma situação de mediocridade estratégica resultando em menor rentabilidade. A falta de uma escolha deliberada sobre qual estratégia seguir e, em qual escopo competitivo, constitui um problema para a vantagem competitiva das organizações.

Mintzberg (2000) apresenta dez escolas de pensamento, estruturadas conceitualmente, com a finalidade de “compreender o todo e também compreender as partes” contemplando desta forma as diversas visões de estratégia que coexistem no mundo acadêmico e empresarial. O autor explica cinco conceitos para estratégia –“ os 5 Ps da estratégia”- originalmente em inglês: *Plan, Pattern, Position, Perspective and Ploy* respectivamente :

Plano, Padrão, Posição, Perspectiva e Manobra ou Truque, fazendo considerações sobre o seu inter-relacionamento.

A estratégia como plano (*Plan*), abrangendo as escolas do Planejamento e a Escola do *Design*, é o conceito mais comumente considerado, entendido como uma formulação de diretrizes, ou de caminhos para a solução de problemas, voltadas para determinado uso ou aplicação, conforme o propósito. É um olhar para frente, um guia para o futuro, num processo formal com forte caráter analítico.

A estratégia como um padrão (*Pattern*) atribui definições ao plano, resultado do comportamento ou de ações já experimentadas ou realizadas. Dentro deste conceito, são averiguadas as consistências dos comportamentos, onde se enquadra a Escola de Recursos e do Poder, onde são analisadas as evoluções e os incrementos na organização, as construções e as adaptações evolutivas. Confere consistência ao comportamento e orienta quando os padrões de êxito devem ser repetidos. Muitas vezes esta ação acaba sendo rotulada como a própria estratégia. É preciso, entretanto considerar que, mesmo a partir de um padrão para o plano, outros vetores externos, por vezes alheios à vontade da organização, podem sugerir alterações ou mudanças para a execução desse mesmo padrão. Da mesma forma poderá se considerar que este padrão de ação, ou de comportamento, sofrerá alterações do meio ou da situação, concluindo-se que a ação não é apenas a projetada, mas a realmente aplicada, sendo este o verdadeiro padrão.

A estratégia como posição (*Position*) trata dos ambientes onde estão inseridas as empresas e organizações. É o ajustamento entre o fora e o dentro da organização onde se define o que fazer e o que não fazer. Nesta visão está a Escola do Posicionamento com a focalização dos produtos para determinados mercados, olhando para o cliente. É uma visão de ocupação dos espaços no mercado, havendo sempre oportunidades e ameaças ao adotá-la. Torna-se uma combinação de forças entre a organização e o meio ambiente, interno e externo à organização. Numa perspectiva ecológica, significa o nicho onde se vai localizar. Já sob o ponto de vista econômico é o local onde se gera a renda e o retorno. Sob o enfoque da administração, identifica o local onde são encontrados os recursos. Uma estratégia de posicionamento bem sucedida vai assegurar, certamente, resultados relevantes.

A estratégia como perspectiva (*Perspective*) a conceitua como o modo próprio da empresa ver o mundo, agindo com esta visão. É a maneira como a empresa executa as coisas, olhando para dentro da organização. Nela estão inseridas a Escola Empreendedora e a Escola do Conhecimento. Enquanto a estratégia de posicionamento tem seu enfoque voltado para o ambiente externo, a da perspectiva se volta aos aspectos internos da organização. É uma visão

também de futuro, porém colocando parâmetros que os antropólogos identificam por cultura e os sociólogos como ideologia, gerando formas de ação que definem a maneira como a organização opera ou atua. É o modelo de entendimento do mundo ou a maneira como a organização comporta-se sobre o mundo que a cerca. Muitas empresas, neste sentido, constroem sua imagem como ideologias em torno desses conceitos.

Por último, na visão de Mintzberg (2000), está a estratégia como Manobra ou Truque (*Ploy*), de forma intencional ou não como um jogo de sobrevivência ou de sustentação. É entendida muitas vezes como uma forma de enganar ou dissuadir os concorrentes ou competidores, disfarçando a verdadeira intenção da empresa. Pode muitas vezes funcionar como um estratagema que visa enfraquecer ou aniquilar concorrentes.

Ao abordar estas cinco definições e dez escolas do pensamento estratégico, o autor refere que as relações entre elas são variadas, e “pode ser que não haja uma definição simples de estratégia, mas existem algumas áreas gerais de concordância a respeito da natureza da estratégia” (p.21); *A estratégia diz respeito tanto à organização como ao ambiente*, referindo que é impossível separá-las e a organização usa a estratégia exatamente para lidar com estas mudanças. Refere também que *a estratégia é complexa*, que ela *afeta o bem-estar geral da organização* ao provocar novas decisões. Destaca que *a estratégia envolve questões de conteúdo e de processos* e que elas *não são puramente deliberadas* e pode haver *divergência entre o pretendido e o realizado*. Destaca ainda que *a estratégia existe em níveis diferentes* podendo ser corporativas ou de negócios específicos e alerta ainda que *a estratégia envolve vários processos de pensamento* com muitos exercícios conceituais e também analíticos.

Mintzberg, Ahlstrand & Lampel (2000, p.22) analisam vantagens e desvantagens sobre a formulação de estratégias comentando a inevitável discussão da linha tênue que as delimita citando que “*A estratégia fixa a direção*” e que ela tem o papel de criar um roteiro para a organização avançar de forma coesa, porém esta mesma direção estratégica, segundo os autores, pode ocultar perigos em potencial ao seguir um curso determinado, sugerindo uma movimentação atenta para frente e com velocidade suficiente capazes de adaptar ou mudar comportamentos ao longo do caminho.

Também destacam que a “*A estratégia focaliza o esforço*”, promovendo a coordenação das atividades, evitando esforços difusos e divergentes que podem provocar o caos organizacional. Por outro lado alertam que pode, ao mesmo tempo, surgir um “pensamento grupal” quando há um foco demasiado, capaz de retirar a visão periférica que inibe outras possibilidades.

Outro ponto apontado é o de que “*A estratégia define a organização*” tornando clara a ação de todos, distinguindo-a de outras, destacando também que ela provê significado para a atuação. Por outro lado esta definição com exatidão pode conferir “excesso de simplicidade” eliminando a riqueza existente na complexidade do sistema.

Por último os autores destacam que “*A estratégia provê consistência*”, reduzindo a ambiguidade, promovendo ordem. A estrutura cognitiva simplifica e explica, facilitando a ação. Por outro lado destacam que “estratégias e teorias são abstrações da realidade” e que a “criatividade floresce na inconsistência” e que simplificações podem distorcer a realidade.

Consideram ainda os autores que “funcionamos melhor quando podemos conceber as coisas como certas, ao menos por algum tempo” e este é o importante papel das estratégias nos fornecendo guias e auxiliando nas inúmeras tarefas dentro das organizações, porém o preço de se ter uma estratégia fica também evidente diante dos contra pontos apresentados para cada uma das vantagens apontadas.

As escolas do pensamento da estratégia, segundo Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) trazem enfoques de muitas perspectivas peculiares a cada uma delas — mental, emergente, coletiva, de transformação, dentre outras —, e a formulação e a implementação devem ser visualizadas como um processo e deve-se considerar várias dessas abordagens na formação das estratégias.

Neilson, Martin e Powers (2008) referem que somente uma execução sólida e consistente de uma estratégia pode manter a competitividade e garantir o êxito de uma vantagem competitiva. Abordam a dificuldade identificada em organizações para transformar estratégias importantes em decisões operacionais destacando pesquisa em mais de 50 países onde os empregados classificaram as empresas como organizações fracas no que diz respeito à execução ou rápida transformação de decisões operacionais em ações efetivas.

Os autores identificam quatro pilares fundamentais que os executivos podem utilizar para influenciarem suas ações: ***poder de decisão, informação, motivadores e estrutura***. E complementam: embora sejam todas indissociáveis, as ações ligadas ao *poder de decisão e à informação* são as mais importantes e duplamente mais eficazes.

Levar o poder de decisão para as atividades operacionais contribui para fortalecer a execução de estratégias e a divulgação das melhores práticas junto às ações de fato.

“Quando a informação não flui horizontalmente em partes diferentes da empresa, as unidades se comportam como silos, perdendo a transferência das melhores práticas” (p.7). Também identificaram os autores nas pesquisas realizadas que os gestores não tinham uma visão clara de seus papéis e responsabilidades e, um movimento importante dentro destas

organizações foi um trabalho de reflexão de como melhorar a execução das tarefas, identificando as verdadeiras razões para o déficit no desempenho. Munidos desta compreensão, um novo modelo de gestão estabeleceu conexão entre desempenho e recompensa. Os planejamentos tornaram-se mais precisos e seguros, produzindo ainda uma estrutura com menos camadas e maiores controles, a partir do compartilhamento destas experiências e práticas.

Em organizações com perfil e forte traço de execução das estratégias, 71% dos indivíduos confirmaram possuírem uma boa ideia acerca das decisões sob sua responsabilidade. Este número cai para apenas 32% em organizações fracas em execução das estratégias.

Outro ponto destacado pelos pesquisadores é a de que informações importantes devam chegar ao centro das operações rapidamente. Mais uma vez, em média, 77% dos indivíduos em organizações com alto índice de execução concordam com esta afirmação, enquanto apenas 45% dos sujeitos inseridos em organizações fracas em execução possuem esta compreensão.

Ainda, para os autores, o poder de decisão pouco claro, não só paralisa a tomada de decisões, como também impede o fluxo de informações, provocando soluções alternativas que resultam em decisões pobres, limitando o desenvolvimento das equipes.

Noble e Mokwa (1999) desenvolveram e testaram um modelo de implementação de estratégia em um conjunto integrado de fatores que influenciam o atingimento de performances superiores nas organizações.

Ressaltam os fatores da estratégia destacando a adequação da visão, o escopo, sobretudo a liderança, o apoio da alta administração e o compromisso de todos. Destacam principalmente o papel do gerente no seu esforço e motivação para obter sucesso na implementação, e o envolvimento do grupo e dos diversos setores em uma clara adesão à ideia da estratégia formulada. Os autores ressaltam que essas dimensões de compromisso — o organizacional —, com a estratégia e com o seu papel, geram sucesso no desempenho e consequente sucesso na implementação.

No documento os autores referem que estratégias que produzem resultados e retornos superiores às organizações ocorrem somente quando são implementadas com sucesso, citando Bonoma (1984). Ainda sobre a implementação e as razões para o sucesso ou fracasso, sabe-se muito pouco. Em contraste com a formulação, pouca atenção tem-se dado à implementação.

Hrebiniak (2006) enfatiza que “os gerentes precisam de um modelo lógico para orientar as ações de execução” (p.41). Sem orientações claras as decisões podem se tornar

divergentes ou até conflitantes. O autor alerta para o fato de que, em geral, ”a execução não recebe um bom tratamento nas organizações” (p.44), relacionando sete obstáculos ou oportunidades durante o processo de implementação de estratégias que, se bem gerenciadas, constituem a chave do sucesso.

O primeiro deles é o **gerenciamento das mudanças**, não apenas para reduzir resistências a novas ideias ou métodos, mas conhecer as etapas necessárias para o processo ao longo do tempo, oferecendo respostas e alternativas durante o processo.

A **estrutura de poder** é o segundo ponto destacado pelo autor. Situações em que a execução da estratégia entra em contradição com a estrutura de poder ou com as influências em uma organização, tiram ou enfraquecem os recursos de implementação. “Conhecer o poder existente e saber como criar e usar a influência pode significar a diferença entre o sucesso e o fracasso na execução” (p.42).

O terceiro ponto destacado é a **coordenação e o compartilhamento das informações**, sobretudo em organizações com atividades geograficamente dispersas. Garantir o compartilhamento dessas informações e estimular o trabalho conjunto com os demais colegas e até da coordenação das atividades para obter objetivos estratégicos são itens essenciais para uma execução efetiva.

O quarto ponto é o das **responsabilidades claras**. Embora possa parecer básico, esse é um dos pontos em que o autor enfatiza que cada ator do processo deva “saber quem está fazendo o quê, quando e por que, e quem é o responsável pelas principais etapas no processo de execução”.

Outro ponto destacado é a **cultura certa**. A execução, afirma o autor, “exige uma cultura de realização, disciplina e pertença” (p.43), mas nem sempre esta é uma tarefa fácil.

Como sexto ponto destaca a **liderança**, a qual deve ter “o viés da execução, levando a organização para o sucesso. Deve motivar o sentimento de pertença com relação ao processo de execução e firmar um compromisso com ele” (p.43). O modelo de liderança se evidencia quando se discutem as ações necessárias para a estratégia funcionar, definindo como ela deve ser para uma execução de sucesso.

Por último, o autor destaca o sétimo ponto: **controles, feedback e adaptação**, lembrando que “as organizações aprendem e se adaptam a mudanças no ambiente ao longo do tempo” (p.44). As informações são essenciais para ajustar o processo de implementação da estratégia as quais devem ser compartilhadas e adaptadas, evitando-se conflitos e desempenhos deficientes. Esses sete pontos destacados pelo autor, são pontos ou problemas que influenciam o processo de implementação das estratégias, representando também

“significativas oportunidades para a vantagem competitiva se forem bem compreendidas e bem gerenciadas” (p.44).

Hrebiniak (2006) quando descreve em seu livro o caminho para uma execução bem sucedida, enfatiza : “Tudo começa com a estratégia” (p.81), se constituindo na força motriz e no primeiro ingrediente no processo de execução. Refere que os processos da execução poderão gerar resultados deficientes se forem feitas formulações inadequadas ou deficientes. Há, segundo o autor, estreita conexão entre planejamento e realização, onde a criação afeta a execução. “Naturalmente que até mesmo boas estratégias podem sofrer com planos e processos de execução deficientes. Mas as estratégias ruins, ou mal concebidas praticamente garantem resultados ruins, apesar dos esforços de execução” (p.82).

Hrebiniak (2006) enfatiza quatro pontos ou questões, os quais se mostram como aspectos ou propriedades essenciais da estratégia e do planejamento, capazes de afetar os esforços na execução. São elas:

1. *A Necessidade de estabelecer um planejamento sólido e estratégias claras e focalizadas nos níveis corporativos e de negócios.* Isto se mostra verdadeiro para o planejamento corporativo e empresarial, importante para o desenvolvimento e a manutenção da vantagem competitiva. A corporativa envolve principalmente decisões de portfólio e as alocações necessárias, com previsões da atratividade e do potencial de lucro. As alocações deverão considerar os níveis de risco. Se forem insatisfatórios os recursos não estarão disponíveis nem serão suficientes para sustentar o crescimento no portfólio corporativo.

2. *A importância vital de integrar as estratégias corporativas e de negócios.* As estratégias devem estar de acordo entre si, corporativas e de negócios. Devem funcionar juntas. Constituir esta integração tem implicações positivas na execução da estratégia. “A realização (ou não realização) das funções atribuídas às empresas no portfólio causará impacto na execução dos planos corporativos e no alcance das metas válidas para toda a empresa” (p.97).

3. *A necessidade de definir e transmitir claramente os componentes operacionais principais da estratégia e a avaliação dos resultados da execução.* A estratégia deve estar traduzida em métricas operacionais de curto prazo e relacionada de forma a alcançar objetivos de longo prazo. Os objetivos operacionais de curto prazo são essenciais para o desempenho estratégico se eles refletirem e estiverem integrados aos de longo prazo, reforçando a cadeia de realizações, desfazendo a ideia de algumas gerencias que desprezam as questões de curto prazo. Enfatiza também a importância de objetivos mensuráveis com métricas consistentes com a estratégia.

4. *A importância de compreender as demandas da estratégia, seus efeitos sobre o desenvolvimento dos recursos e capacidades organizacionais e o impacto dos recursos na capacidade sobre a execução.* Este último ponto enfatiza que “a estratégia cria demandas no desenvolvimento das habilidades, recursos e capacidades organizacionais” (p.104). Hrebiniak (2006) cita que, juntamente com Charles Snow, examinou o desempenho de 88 empresas de diferentes setores e as que desenvolviam capacidades ou competências consistentes com uma estratégia escolhida se saíam melhor do que as que não tinham conseguido realizar estes ajustes entre estratégias e capacidades. Resume: a) A estratégia exige investimento em capacidades e competências específicas e no seu desenvolvimento. b) As empresas que fazem esse investimento se saíam melhor do que as empresas nas quais as capacidades necessárias não são desenvolvidas. Cita ainda o autor, exemplos de demandas estratégicas para produtos de baixo custo: Investimento em equipamentos e tecnologia, necessidade de volume e padronização, focos nas economias de escala, efetiva gestão de sistemas de informação ou de processos de tecnologia da informação, estruturas organizacionais favorecendo a eficiência e incentivos e controles que apoiam a redução de custo. Para as demandas de diferenciação, cita: forte ênfase em marketing e propaganda, preocupação com qualidade e garantia de qualidade, estruturas organizacionais favorecendo a eficácia e a aproximação dos clientes.

Hrebiniak (2006) destaca que a execução é essencial para o sucesso estratégico, enfatizando que, em geral, os gestores sabem mais sobre a formulação do que sobre a execução e este desconhecimento sobre a realização pode causar problemas ao fazer a estratégia funcionar. Destaca ainda que a execução não é uma tarefa apenas do nível inferior, merecendo atenção de todos os níveis da organização. Enfatiza também, dentre as dificuldades, os cronogramas mais longos, a necessidade de um número expressivo de pessoas no processo de execução, as mudanças culturais, os métodos de coordenação e de responsabilidades, por vezes imprecisas. Essa visão geral da execução mostra-se essencial para uma execução de sucesso.

5 MÉTODO

De acordo com Santos (2002), a escolha do método de pesquisa não se dá através da avaliação da melhor metodologia em detrimento de outras, mas sim da metodologia adequada à cada situação e objetivo do estudo.

Os métodos e técnicas utilizados em pesquisas sociais e humanas são decorrentes da evolução da sociedade e, dentro deste contexto socioeconômico-cultural, há uma busca pela maior eficiência na execução das tarefas e na maximização dos resultados organizacionais.

Kurt Lewin, nos anos 1940, foi o primeiro pesquisador a utilizar o termo “pesquisa-ação”. Lewin demonstra que a ação é mais eficaz que o discurso para induzir modificações de certos comportamentos humanos, e que as mudanças são mais efetivas quando os sujeitos estão fortemente implicados no processo e quando sua participação é mais ativa. Além disso, acrescenta que a pesquisa-ação pode exercer algum tipo de reeducação de comportamentos.

No Brasil, o professor Michel Thiollent é um dos grandes nomes que define a pesquisa-ação como um tipo de pesquisa social empírica, que é arquitetada e concretizada associando a ação à resolução de um conflito coletivo, no qual pesquisadores e participantes são representantes da situação ou do problema, envolvendo-se de maneira cooperativa ou participativa. Desta forma, a metodologia da pesquisa-ação possibilita uma gama de propostas de pesquisa em diversos âmbitos sociais (THIOLLENT, 2005).

Como o próprio nome sugere, a pesquisa-ação tem como objetivos a pesquisa e a ação: pesquisa para aumentar o entendimento do investigador, e ação para provocar mudança em alguma comunidade ou organização.

No entender de Dionne (2007), a pesquisa-ação é definida como a prática que associa pesquisadores e atores em uma mesma estratégia de ação para modificar determinada situação, e uma estratégia de pesquisa para adquirir um conhecimento sistemático sobre a situação identificada.

Barbier (1985) entende a metodologia da pesquisa-ação como uma maneira de compreender e explicar a práxis dos grupos sociais por eles mesmo, com o propósito de aprimorar esta práxis. Além disso, Barbier (1985) percebe que a pesquisa-ação explora contradições essenciais, tratando-se de uma forma de desconstrução, em prol da criação de uma nova maneira de lidar com o problema estudado.

Conforme Thiollent (2005), a pesquisa-ação é uma das formas de pesquisa participante, afinal conta com a atuação direta por parte dos envolvidos no problema analisado. Outro fator essencial a esta metodologia é a necessidade de que a ação seja uma ação não-trivial, podendo ser caracterizada como desafiadora, merecendo, portanto, uma investigação aprofundada para a sua elaboração e condução. Sendo assim, Thiollent (2005) identifica que o papel desempenhado pelo pesquisador é ativo, no que diz respeito ao equacionamento dos problemas de pesquisa descobertos, bem como no seu acompanhamento e avaliações das consequências geradas em função do problema.

Em virtude da inserção do pesquisador no contexto da pesquisa e do seu envolvimento com a organização em torno de interesses comuns, os dados tornam-se mais acessíveis em uma pesquisa-ação, segundo Eden e Huxham (2001). Além disso, O'Brien (2001) define pesquisa-ação como "aprender fazendo", uma forma sucinta de reconhecer um grupo de pessoas que identifica um problema e faz algo para resolvê-lo. Thiollent (2005) ainda acrescenta que esta metodologia permite ao pesquisador não limitar-se a investigações puramente acadêmicas e convencionais, afinal não se trata apenas de um levantamento de dados, mas de um desempenho ativo na realidade dos fatos analisados.

Thiollent (2005) reforça a essência da experimentação em situação real. Nesse contexto, em relação à presente dissertação, com base na definição de Thiollent (2005), assume-se um papel ativo no levantamento dos problemas identificados, ao se realizar uma experimentação em situação real.

O tema da presente pesquisa está delimitado como a descrição da execução da estratégia na implantação de um produto de assistência à saúde para o mercado de baixa renda como uma estratégia empresarial e o trabalho desenvolvido verifica os resultados na implementação dessa estratégia por meio de indicadores, durante a sua execução nos anos de 2008 a 2011. Foi realizado um amplo exame de materiais e documentos para a elaboração dessa dissertação, uma compilação de dados baseados nos registros da organização, como relatórios e boletins de reuniões, bem como o exame de agendas e cadernos de informações internos, os quais serviram de dados para as informações técnicas que compõem este estudo, constituindo-se a fonte primária dessa pesquisa.

A pesquisa-ação tem uma série de características que constituem esta metodologia, tornando-a única.

A estratégia metodológica da pesquisa-ação conta com uma ampla e explícita interação entre o pesquisador e a situação investigada; interação dá origem à ordem de prioridade dos problemas a serem averiguados, bem como das situações que serão traduzidas em ações.

Além disso, o objeto da pesquisa é composto pela situação social e pelos questionamentos de naturezas distintas percebidos nas situações. Outro aspecto particular da pesquisa-ação é o seu objetivo de solucionar, ou ao menos esclarecer a problemática da situação analisada; e também acompanhar as decisões das atuações intencionais dos atores da circunstância observada. Finalmente, este método não limita a ação, pois tem como fundamento elevar o conhecimento do pesquisador, além de aumentar a apropriação do conhecimento por parte das pessoas e grupos considerados no estudo.

Dentre as abordagens metodológicas, o método do estudo de caso também consiste em um enfoque exploratório.

Yin (2001) descreve o estudo de caso como uma análise empírica acerca de fenômenos próprios à contemporaneidade, na qual há uma interligação entre o contexto e o fenômeno estudado. Sendo assim, o que norteia esta metodologia são indagações acerca de como e por que ocorre o fenômeno.

A discussão acerca da metodologia do estudo de caso deve considerar a natureza do fenômeno, o conhecimento que se pretende obter e a possível identificação de generalizações. Sendo assim, Yin (2001) instaura que o estudo de caso consiste na execução das fases de delimitação do problema estudado, coleta de dados, apreciação dos mesmos e, por fim, a preparação de um relatório.

Destaca Yin (2001) que o estudo de caso pode propiciar generalizações analíticas, expandindo-se desta forma as proposições teóricas, não necessariamente confirmando-as.

Apesar de ser um método qualitativo bastante utilizado, Yin (2001) referencia a existência de uma série de críticas, tais como a falta de objetividade e rigor, que podem ocasionar a distorção de fatos, tendo em vista que é uma abordagem que conta, principalmente, com a percepção e, conseqüente, subjetividade do pesquisador. Ainda que existam críticas, Yin (2001) defende este método ao afirmar que, independentemente da escolha da metodologia, a habilidade e treino do investigador é essencial à pesquisa.

Nesta dissertação foram consideradas estas duas possibilidades metodológicas, tendo o autor optado pela pesquisa-ação como método, pelas características da presente pesquisa, no

sentido de esclarecer ou ampliar os conhecimento da situação analisada e *também acompanhar as decisões das atuações intencionais dos atores da circunstância observada.*

Finalmente, conforme Thiollent (2005), este método não limita a ação, pois tem como fundamento elevar o conhecimento do pesquisador, além de aumentar a apropriação do conhecimento por parte das pessoas e grupos considerados no estudo.

Desta forma, tendo havido uma descrição da organização e do mercado onde atua, na sequência é apresentada a estratégia objeto do estudo dessa dissertação.

6 A ESTRATÉGIA DO UNIFÁCIL

Neste capítulo apresenta-se a estratégia do produto Unifácil, a decisão de implementá-la e os elementos que constituíram essa proposição.

A partir do Plano de Negócios descrito no Capítulo 1, Problema de Pesquisa e justificativa, decorreram as seguintes etapas que se aborda a seguir.

Em outubro de 2007, durante a elaboração do Plano Estratégico para 2008, com base nas análises realizadas, surgiram temas que mereciam especial atenção com o intuito de garantir o sucesso competitivo e a geração de riqueza da empresa, dentre os quais o produto Unifácil, como *novos produtos e serviços inovadores*. Naquele momento, houve a decisão de submeter, imediatamente, o Projeto do Novo Unifácil ao Conselho de Administração para sua aprovação e consequente implantação.

O Conselho de Administração aprovou o projeto e designou um executivo com dedicação total para a administração do Plano, papel que coube ao autor desta dissertação. Definiu-se, então, os objetivos de transformar a Unimed POA em um *generalista full-line*, assegurando-se o seu lugar entre os três grandes players na sua área de atuação e barrar a entrada de novos concorrentes em seu mercado. Estabeleceu-se, também, a tarefa de viabilizar economicamente o Unifácil, transformando-o em superavitário, com grau de sinistralidade dentro dos patamares dos demais planos da cooperativa, atingindo um volume de 50.000 vidas contratadas nos quatro anos seguintes (2008/2011), sendo identificado pelos usuários como algo diferenciado, fazendo com que a marca Unimed fosse também reconhecida nos segmentos populares.

O Planejamento Estratégico na Unimed Porto Alegre contempla etapas de reflexão e análise do modelo de negócio, segmento de atuação, posicionamento e forma de diferenciação. O Plano estratégico específico do produto Unifácil tomou como base as proposições do *Plano de Negócios* e apontou, conforme recomendações de Collis e Rukstad (2008), uma clara meta a ser atingida, um ponto de chegada em 2011, quatro anos a frente, com 50.000 vidas contratadas, com 10.000 vidas por ano, indicador que traduziria o incremento de novos clientes aderentes ao produto, propiciando expandir e atingir uma escala ideal de atividades. Os resultados econômico-financeiros propunham uma operação superavitária no terceiro ano de operações, revertendo e recuperando os déficits anteriores.

O produto passaria a ter abrangência regional, ou seja, para clientes dentro da área de atuação da Unimed Porto Alegre, pessoas jurídicas, e deveria chegar a Porto Alegre, pois possuía bases de atuação somente na Região Metropolitana, com uma modelagem de preços adequada às classes emergentes e uma atratividade para empresas e empregadores.

No entanto, conforme Collis e Rukstad (2008), apenas objetivo e escopo são insuficientes para uma boa estratégia. Uma vantagem competitiva é essencial para ser diferente ou melhor que os concorrentes. Assim, após identificados os atributos relevantes do produto e os valores associados ao serviço, destacaram-se o preço, a rede de atendimentos, a marca e a qualidade dos serviços médicos. Essas ações visaram reforçar os atributos e os valores percebidos pelas empresas contratantes, com a redução do absenteísmo, maior produtividade e maior satisfação de seus funcionários, levando a um melhor clima organizacional, fazendo com que os setores de RH das empresas potencialmente clientes tenham interesse e desejo de contratar o produto. O sistema de atendimento deveria embasar-se em núcleos de atendimento centrados em resolubilidade. A rede de atendimento seria predominantemente própria, e as hospitalizações deveriam considerar rede de baixo custo, com resolubilidade e baixa hotelaria.

Cabe destacar, ainda, que dentro do modelo de Planejamento Estratégico (PE) da Unimed Porto Alegre a definição do posicionamento estratégico é fundamental e uma etapa importante para maximizar a posição competitiva. Essa definição adota o referencial teórico dos autores J.Shet e R.Sisodia (2002), no livro *The Rule of Three* que trata dos processos de evolução de mercados competitivos, tratando-se não apenas de uma simples construção teórica, mas uma realidade que merece ser incluída na reflexão estratégica. Segundo os autores, os processos de seleção natural favorecem as espécies e indivíduos mais eficientes e adaptados, que evoluem por um processo análogo ao de seleção natural, favorecendo empresas mais fortes e eficientes.

Os players que atuam no mercado, segundo os autores, são criaturas econômicas divididas em dois grupos: Os “Generalistas” que são os três grandes competidores, e os “Outros” que se subdividem em Especialistas e os da “Vala Comum”.

Os Generalistas são ofertantes *full-line*, ou seja, oferecem ampla gama de produtos e serviços aos principais segmentos de mercado e competem uns contra os outros de diversas formas, e controlam entre 70% e 90% do mercado, com fatias de 10% a 40% de *market share*. Os Outros são player pequenos (especialistas em mercado, em produto ou *super-*

nichers), e os da Vala Comum não são tão grandes como os três grandes nem tão especialistas quanto os pequenos. e detêm 5% a 10% do mercado. (SHETH, SISODIA, 2002).

Em recente pesquisa, Uslay, Altintig e Winsor (2010) confirmam, em publicação de pesquisa, a teoria da “Regra de Três”. Os autores analisaram mais de 2.000 empresas em diversos setores e os resultados confirmam que, em mercados maduros, três empresas tendem a controlar o mercado. Ainda conforme a “Regra de Três”, as margens de resultados ou retorno sobre os ativos variam conforme o *market share* e seu grau de especialização. Portanto, esse referencial teórico posiciona a Unimed Porto Alegre como um *player* Generalista *full-line*, oferecendo ampla gama de produtos e serviços, com o objetivo de sustentar a posição de liderança do número um no mercado.

Para o mercado, com o lançamento do Unifácil, definitivamente se consolidaria a imagem de ofertante *full-line* da Unimed Porto Alegre, ou seja, soluções para todas as necessidades corporativas. E, para os médicos cooperados, a imagem de geração de trabalho médico comportaria um novo contingente de usuários até então ausente dos consultórios médicos. A proposição de valor da Unimed Porto Alegre, ou seja, as características que diferenciam a empresa de seus concorrentes são **a medicina de qualidade, a excelência no cuidado aos clientes e a segurança do melhor plano de saúde**. Especificamente, o produto Unifácil oferece a garantia de acesso aos serviços médicos, a um custo compatível com os recursos desse mercado, preservando o padrão de qualidade da Unimed Porto Alegre.

7 IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DO UNIFÁCIL

A estratégia de negócios cria demandas de investimentos organizacionais em tecnologia, pessoas e capacidades. Esses investimentos devem ser feitos e as habilidades adequadas desenvolvidas para executar com sucesso uma estratégia de negócios.⁹

Para este novo modelo competitivo — implementação da estratégia do Unifácil — foi preciso que a organização se adaptasse e promovesse diversas mudanças. A implementação, portanto, da detalhada e extensa formulação planejada, necessitou de uma execução cuidadosa para que se obtivessem os resultados e se atingissem as metas estabelecidas, cujas etapas serão descritas a seguir.

7.1 ESTRUTURAÇÃO DO GRUPO GESTOR

Designada a superintendência dedicada à gestão do produto, coube-lhe a formatação de uma gerência e de uma coordenação médica, posições importantes para dar sequência aos aspectos administrativos e estruturar os recursos médicos, fundamentais para a execução dos atendimentos. Durante esse processo foram estabelecidos papéis e responsabilidades, promovendo a reestruturação do modelo de atendimento administrativo e assistencial. Essas ações produziram uma estrutura com ação e diálogo direto com as frentes de trabalho, promovendo uma discussão sobre como melhorar a execução das tarefas de rotina administrativa. Sob o ponto de vista médico, foram criadas as posições de supervisores médicos em cada uma das unidades existentes, estabelecendo-se, assim, uma linha de comando e orientação individualizada.

Com uma noção clara dos seus respectivos papéis e responsabilidades, as áreas administrativa e médica assistencial concentraram-se em melhorar a execução de suas tarefas. A área administrativa designou analistas (líderes em cada uma das unidades) com o objetivo de melhorar o desempenho de todo o quadro funcional nas operações. A supervisão médica

⁹ HREBINIAK, Lawrence G. *Fazendo a estratégia funcionar: o caminho para uma execução bem-sucedida*. Bookman. Porto Alegre, 2006. p. 65.

assistencial também estruturou um serviço de triagem, com o suporte ao pré-atendimento dos pacientes. As duas linhas de estruturação delimitaram a responsabilização clara, nessas áreas de atividade, estabelecendo indicadores de acompanhamento que passaram a ser discutidos em reuniões periódicas semanais com a área administrativa, e mensais com a área médico-assistencial.

7.2 REGIMENTO INTERNO DE ATENDIMENTO NOS NÚCLEOS

A Superintendência e a Coordenação Médica se dedicaram à elaboração de um importante instrumento para a gestão das equipes médico-assistenciais, redefinindo e implantando responsabilidades, compromissos e padrões de consenso para a atuação médico-assistencial em cada uma das unidades.

Aprovado pelo Conselho de Administração, em abril de 2008, o documento — Regimento Interno de atendimento nos núcleos — conceitua cada um dos núcleos como uma estrutura destinada ao atendimento de beneficiários do Plano Unifácil, cujo principal objetivo é o de disciplinar as ações, relações e a atuação dos médicos que integram o corpo clínico em cada uma das unidades. Define, de forma clara, que o alvo de toda a operação médica é o paciente, em cujo benefício a equipe deve agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional. Esse Regimento também define a estrutura administrativa do Unifácil, composta de: uma superintendência, coordenação médica, uma supervisão técnica em cada um dos núcleos, um corpo clínico de médicos cooperados e um quadro de funcionários para o suporte administrativo.

Os médicos, membros do corpo clínico, são regidos pelo código de ética médica, pelo estatuto da Unimed Porto Alegre e pelo Regimento Interno de atendimento nos núcleos, cabendo-lhes direitos e deveres. O Regimento também determina um sistema para inscrição e seleção do corpo clínico, com critérios para classificação, ingresso e efetivação nas atividades dos núcleos, cuja formalização ocorre mediante “termo de aceite”, assinado pelo cooperado, dando ciência e de acordo com as normas definidas pelo Regimento, que também estabelece as penalidades por falta ou infração cometida pelo não cumprimento das normas regimentais.

Esse instrumento propiciou um comportamento padrão único nas unidades, uniformizando a importante ação da área médica assistencial.

7.3 EDITAL E SELEÇÃO DE MÉDICOS PARA A REDE DE ATENDIMENTO

O modelo de remuneração médica para o produto Unifácil estabelece valores diferenciados, um pouco inferiores aos demais, capaz de compor custos competitivos. Outro fato importante é que o atendimento médico não é compulsório a todos os médicos da cooperativa, devendo haver manifestação do interesse para a efetiva habilitação ao atendimento. Também se estabeleceram duas categorias de médicos atendentes: os que prestam atendimento nos Núcleos, nas especialidades básicas, e os que atuam em seus consultórios na condição de médicos especialistas referenciados. Para a atuação nos Núcleos, nas especialidades básicas de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Ortopedia, as regras de acesso cumprem o estabelecido no Regimento Interno, cujo processo tem início com a divulgação do Edital de Convite, e o processo classificatório estabelece indicadores para a pontuação e regras para possíveis desempates. Estabelecida a lista ranqueada conforme inscrição, os médicos são chamados para as atividades nos Núcleos conforme demanda e conforme disponibilidade de horários e recursos de instalações disponíveis. Para as demais especialidades — médicos referenciados que atuam em seus consultórios — é necessário apenas um cadastro médico de adesão, e esses profissionais passam a constar na relação de médicos em cada uma das especialidades e ficam disponíveis para escolha dos usuários por ocasião de alguma indicação ou encaminhamento dos médicos que atuam nas especialidades básicas, compondo, dessa forma, a rede médica para atendimento.

O processo de cadastro e de banco de recursos médicos tem o acompanhamento da Auditoria Interna, conferindo transparência e equidade no tratamento dispensado aos profissionais que se habilitam aos atendimentos. Esse processo de divulgação de oportunidades de trabalho aos médicos cooperados cumpriu uma extensa agenda de divulgação junto às cidades da Região Metropolitana e nas áreas de ação da cooperativa — que abrange 46 municípios — explanando-se, nessas reuniões com grupos de médicos, as oportunidades e a importância estratégica desse novo produto para o êxito da organização. Na Capital, foram realizadas reuniões na AMRIGS, principalmente com as especialidades médicas de consultórios, esclarecendo e orientando sobre o processo de como esses pacientes teriam acesso aos atendimentos e como os registros médicos deveriam ser realizados. Um fato relevante, e que mereceu bastante esclarecimento, foi uma dúvida que surgiu logo nas primeiras reuniões. A Cooperativa possuía um produto denominado *Cartão Fácil* que

habilitava as pessoas que o adquiriam a utilizar a rede de atendimento médico da Unimed Porto Alegre, com um valor preestabelecido para a consulta médica, podendo ser adquirido por usuários que não possuíam planos de saúde, ou até mesmo que possuísem planos de saúde de outras operadoras. Essa modalidade de produto foi vetada pela ANS e as operadoras de Planos de Saúde cancelaram suas vendas. No caso da Unimed Porto Alegre o produto foi imediatamente cancelado para novas vendas e extinto no final de 2009, quando expiravam as últimas validades das aquisições de 2008 – de doze meses - ano da proibição de comercialização desse produto. Pela semelhança — Cartão Fácil e Unifácil — foi preciso detalhar com clareza que o *Novo Produto Unifácil*: tratava-se de um Plano de Saúde que cumpria todas as exigências legais da ANS e estabelecia direitos plenos ao uso dos recursos conforme o Rol de Procedimentos da Agência. Esse processo de comunicação aos médicos da Cooperativa foi de extrema importância, pois, além de dar clareza ao modelo de operação desse produto, propiciou o entendimento sobre as razões estratégicas da Organização em competir em um mercado em franca expansão, completando, dessa forma, seu portfólio de produtos para todos os bolsos.

7.4 TREINAMENTO DAS EQUIPES

A complexidade das atividades assistenciais no setor de saúde exige um alinhamento efetivo de postura, atitudes, enfim, comportamentos, para que se possa unir uma visão teórica com a prática e a vivência nesse tipo de organização.

Há um contínuo processo de acolhimento aos usuários, onde as pessoas que buscam o serviço incluem expectativas de atenção, disponibilidade, confiança, solidariedade, mas, sobretudo, carinho e humanização.

Desde a fase inicial na Gestão das unidades, o fator humano, pessoas e recursos foram considerados para que se abastecesse todo o processo de atendimento. Participou-se de vários encontros com as equipes internas, explanando e padronizando as rotinas operacionais, sobretudo com os sistemas de registro e de atendimento médico. As rotinas operacionais das áreas foram discutidas e formalizadas em procedimentos operacionais padronizados, conferindo uniformidade à execução das tarefas diárias. Além do estabelecimento de uma liderança (Analistas) em cada uma das unidades, foram programados calendários de treinamento em diversos níveis. Desde 2009 estabeleceu-se um programa de treinamento em atendimento ao cliente — o “Prazer em Atender Unimed” — em que todos os colaboradores

que atuam diretamente com o público externo recebam orientações e pratiquem exercícios que simulam suas rotinas diárias na atenção às pessoas. Desde a orientação no modo de vestir o uniforme, o uso de maquiagem, no caso de funcionários femininos, e o modo de alinhar o cabelo foram temas e orientações para essas equipes. Juntamente com o setor de Saúde Ocupacional, normas e treinamentos de segurança também foram ministrados às equipes e às lideranças de cada unidade. Esses treinamentos se repetem, como reforços, a cada ano.

No calendário de atividades constam encontros trimestrais, nos quais são explanados indicadores gerais da organização e uma fotografia daquele momento, mostrando os valores acumulados até aquela data, orientando os colaboradores sobre o seu real papel na contribuição desses resultados. Nessas ocasiões, geralmente são proferidas palestras ou cursos adicionais complementando os encontros. Especificamente com as equipes assistenciais que acolhem os pacientes para triagem ocorrem treinamentos de normas de controle de infecção e manuseio de equipamentos médicos, reforçando competências para um melhor desempenho.

Também, desde 2008, rotineiramente, há uma reunião interna de duas horas, todas as sextas-feiras, com a alta administração, gerência e analistas dos núcleos, nas quais são apresentados indicadores das atividades semanais e discutidas ocorrências na semana. Nesse momento, as orientações para as equipes, informações que necessitam ser compartilhadas e ações que devam ser executadas na próxima semana, são apresentadas, discutidas, chegando-se a um consenso sobre a orientação da forma de condução das equipes da linha de frente.

Outra ferramenta importante nessa orientação às equipes é o programa GIP, Gestão Integrada de Pessoas, que proporciona anualmente uma avaliação individual dos funcionários, baseado em competências, e que tem como objetivo estimular o constante desenvolvimento dos colaboradores, a fim de valorizar e reter os talentos na organização. São avaliadas as competências técnicas (os conhecimentos) e as competências comportamentais (habilidades e atitudes), derivando em um mapa de recomendações e treinamentos que são implementados ao longo do ano.

É importante destacar que nesse processo de estruturação e de delegação de responsabilidades operacionais para aqueles que estão próximos aos fatos foram reorganizadas essas unidades, aprimorando, de forma destacada, as decisões, agilizando as operações diárias, fazendo, principalmente, que se construísse um modelo em que as informações fluam de forma rápida e clara dentro da organização.

Um destaque importante nos treinamentos e no processo de diálogo e informação às equipes é o grupo médico que possui um Supervisor em cada Unidade. Mensalmente, são feitas reuniões de avaliação conjunta com a alta administração, Coordenador e Supervisores médicos, nas quais são apresentados os indicadores assistenciais executados pelas equipes. Além do nivelamento de informações gerais, esses indicadores médico-assistenciais são comentados e formatados em planilhas de cada Núcleo, as quais são levadas para as equipes em reuniões posteriores. Dessa forma, há um diálogo constante com as equipes médicas que acabam estabelecendo um comprometimento com o modelo assistencial proposto e incluído na gestão dessas atividades. Certamente essa é a origem dos indicadores assistenciais diferenciados sobre os quais se discorrerá no capítulo de resultados deste estudo. Cabe destacar a forma diferenciada como esse diálogo com as equipes administrativas e médicas vêm possibilitando o uso racional dos recursos e uma prática assistencial diferenciada, com alta resolubilidade¹⁰, beneficiando de forma segura os pacientes. Conforme Torelly (apud ALLGAYER, 2011, p. 78) “todos os profissionais entregam diariamente às empresas o seu desempenho, e existe um potencial que, se, bem-estimulado, e com o desenvolvimento de novas competências, assegura melhores resultados no futuro. Todo esse processo pode ser chamado de gestão de performance”.

7.5 ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO DE REGISTROS

Desde o início das atividades, em Janeiro de 2008, havia a preocupação quanto ao crescente volume de documentos armazenados nos prontuários dos pacientes, além do obrigatório registro médico, e o de agregar resultados de exames e informações terapêuticas dos usuários. Assim, considerando-se que o prontuário do paciente, sob qualquer forma de armazenamento, é propriedade física da instituição, onde o paciente é assistido, cabendo-lhe a guarda dos documentos; e que os dados ali contidos pertencem aos pacientes e só podem ser divulgados com sua autorização, ou por dever legal, percebeu-se a importância dos avanços de tecnologia da informação para o armazenamento desses registros. A decisão em adotar o Registro Eletrônico para os atendimentos e armazenamento dos dados proporcionou agilidade ao novo serviço, e optou-se por adotar um sistema capaz de oferecer não apenas agilidade, mas, sobretudo confiabilidade e segurança aos clientes. Desde o primeiro atendimento dispensado nos núcleos, além do cadastro e registro da Biometria para

¹⁰ O plano Unifácil da Unimed Porto Alegre entende resolubilidade como a capacidade de solucionar os problemas de seus pacientes.

identificação, os pacientes assinam um termo em que autorizam a Unimed Porto Alegre a manter cópia dos registros médicos de exames e atendimentos dispensados para compor o seu prontuário médico. Essa foi uma etapa importante na organização dos documentos internos, considerando-se o sigilo profissional que visa preservar a privacidade do indivíduo, dentro das normas legais e do código de ética médica, evitando-se excesso de papéis e desperdício de áreas físicas com o armazenamento.

Todo e qualquer acesso aos registros são de exclusivo manuseio das equipes médicas mediante chave de segurança de identificação por senha individual. Como as especialidades médicas que atendem nos núcleos são as chamadas básicas; Clínica Médica, Pediatria Ginecologia e Ortopedia, era necessário que se adotasse também um modelo de registro que contemplasse os atendimentos prestados fora dos núcleos, quando houvesse encaminhamento a outros especialistas.

Foi desenvolvido um sistema inédito de registro destes prontuários via WEB, em que as informações desses atendimentos, via sistema de informática, compõem o histórico desses pacientes, independentemente dos locais. Esses registros são, de fato, um sumário de atendimento, no qual ficam registradas a queixa principal do paciente, a revisão dos sistemas, a hipótese diagnóstica e a conduta tomada pelo médico. É importante ressaltar que a íntegra desses prontuários somente pode ser visualizada pelos médicos que atendem nos Núcleos, em um sistema em que todos os acessos são protocolados com identificação e há plena rastreabilidade dos manuseios e acessos, permitindo trilhas de auditoria.

Com o sistema, além das questões médicas, ganhou-se agilidade administrativa, pois, ao finalizar esses registros, no extrato médico quinzenal, os honorários referentes aos atendimentos prestados são automaticamente lançados sem a necessidade de envio de qualquer papel ou documento para habilitar esse recebimento. Em 2012, foram aproximadamente 1.200 médicos especialistas que, por adesão espontânea, após preencherem o formulário, confirmando ciência dos valores de remuneração e sua disponibilidade em registrar os atendimentos destas consultas via Internet, passaram a fazer parte da lista de Especialistas Referenciados. O médico, nos consultórios privados, ao atender o cliente e preencher o sumário, visualiza tão-somente os seus registros e, ao finalizar, o sistema pergunta se ele deseja que o original seja salvo em sua máquina (computador) ou em folha impressa. Uma cópia do atendimento é enviada, automaticamente, ao Núcleo, passando a compor o prontuário dos pacientes.

Todo esse conteúdo de informações consta em um sistema criptografado, em que todas as publicações na WEB possuem certificado digital, com o objetivo de atribuir um nível de segurança maior nas transações eletrônicas, permitindo identificação inequívoca das partes envolvidas, e a integridade e a confidencialidade dos dados da transação. Para oferecer um ambiente ainda mais seguro, esses certificados são atualizados periodicamente. Para proporcionar a confidencialidade e confiança nos dados que trafegam nas aplicações web, foram implementados diferentes níveis de proteção aos dados pessoais e arquivos para evitar a perda, mau uso, alteração, acesso não autorizado ou roubo de dados. Esse sistema de registro via internet, compondo um prontuário único, é ainda inédito no sistema de saúde suplementar, tornando-se um diferencial de agilidade e modernidade nos atendimentos médicos aos usuários.

7.6 IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO EM PORTO ALEGRE

Até o ano de 2008, o produto Unifácil existia somente em cidades da região metropolitana, mais precisamente nos municípios de Esteio, Canoas, Cachoeirinha e Gravataí. Ao ser reformatado e com um planejamento de expansão de sua carteira, era o momento de chegar à Capital, após cumprida a etapa de aprendizado de mercado em cidades com menor contingente populacional. As primeiras instalações foram no Shopping Total, na Av. Cristóvão Colombo, em dois pequenos consultórios, inaugurando uma agenda de atendimentos que rapidamente se expandiu, exigindo um novo local. No primeiro semestre de 2008, na Região Central da cidade, frente à Santa Casa de Misericórdia, em uma loja deixada pelo Laboratório Unimed que passou a operar na Rua Siqueira Campos, em nova e amplas instalações, foram instalados quatro consultórios, ampliando-se os atendimentos na Capital. Naquele mesmo ano as sinalizações de franca expansão da demanda e um crescente interesse pelo produto orientaram a procura por um local adequado para as instalações definitivas do Núcleo em Porto Alegre.

A escolha do número 1602 da Av. Farrapos coincidia com a demanda de um local com amplo acesso por transporte coletivo, além de extensa área interna com 3.000m², capazes de abrigar, de forma organizada, as novas instalações. A aquisição patrimonial do prédio foi aprovada, em Assembleia, no dia 05 de junho de 2008. Uma comissão de obras, juntamente com a gestão do Unifácil, elaboraram um amplo estudo, planejando as instalações de forma a considerar futuras ampliações. Em concomitância ao estudo arquitetônico foram considerados

os aspectos assistenciais de atendimento, espaços para triagem da enfermagem, padrões de consultórios que atendessem às exigências sanitárias e de praticidade operacional, e espaços para organizar os atendimentos em setores, acomodando de forma confortável o crescente volume de consultas que se desenhava. Durante o período de obras que transcorreram até abril de 2009, data da inauguração da Unidade Farrapos, diversas ações foram realizadas desde o recrutamento de novos médicos para ocuparem os novos espaços bem como a ampliação do quadro de pessoal administrativo de apoio. Esse núcleo em Porto Alegre passou a ser uma referência-padrão para os demais, orientando reformas e adaptações que se sucederam nas demais cidades da Região Metropolitana, implantando conceitos de fluxo de atendimento, espaços para organizar as especialidades médicas, e o padrão visual de cores e sinalizações ao público que utiliza as instalações.

7.7 ESTRUTURA E FORMA DE OPERAÇÃO

A assistência à saúde é um complexo sistema humano. Operar de forma coesa e integrada é uma exigência para o êxito dessas atividades. Desde cedo o produto Unifácil trouxe a preocupação de otimizar os recursos organizacionais, integrando e estruturando-os de forma que proporcionem os melhores resultados e uma percepção de valor aos que o utilizam. Esse modelo assistencial contempla, inicialmente, a marcação de consultas eletivas que são atendidas nos Núcleos. As situações emergenciais são designadas para a rede assistencial terceirizada, em Hospitais ou Clínicas referenciadas.

Agendada uma consulta, o cliente dirige-se a um dos Núcleos que o recebe de forma ágil através do Cartão do Usuário e pela biometria¹¹. Imediatamente, o cliente é encaminhado ao Serviço de Triagem da Enfermagem que o acolhe, registrando os sinais vitais, peso e medidas, informações fundamentais para a sequência do atendimento médico. Nessa mesma ocasião lhe é aplicado um rápido questionário, solicitando-lhe informações sobre os seus hábitos de vida: se é portador de alguma patologia, se usa alguma medicação e, caso identificado como fumante ou com sobrepeso, o paciente é questionado se há interesse em participar de um grupo de apoio ao abandono do tabagismo ou ingressar em um grupo de orientação alimentar. Essas informações ficam registradas no sistema de prontuário do paciente, identificando-o como potencial integrante dos grupos de apoio dos programas de medicina preventiva, os quais farão contato para orientá-lo oportunamente. A passagem e o

¹¹ Sistema eletrônico que possibilita a identificação dos usuários através de suas impressões digitais

registro desses indicadores na triagem sinalizam ao médico a presença do paciente que é imediatamente chamado ao consultório. Os registros da anamnese, com queixa do paciente, hipótese diagnóstica e conduta adotada pelo médico, ficam registrados no sistema informatizado do prontuário individual. Todos os pacientes, ao deixarem o consultório médico, e, caso o profissional tenha feito a prescrição de algum exame ou encaminhamento para sequência de atendimento, dirigem-se ao setor de Pós-Consulta. Este setor, voltado ao atendimento das reais necessidades dos pacientes, constitui-se em um modelo de cuidado centrado na qualidade, desenvolvendo um ambiente de total acolhimento e atenção aos pacientes.

Esse sistema é um diferencial de extremo destaque no atendimento aos clientes, por auxiliar, de forma individual e personalizada, as orientações e encaminhamentos necessários aos pacientes. Para os exames laboratoriais são fornecidas orientações para a coleta e locais de atendimento desses serviços. Nos exames de imagem, as opções de data e local são encaminhadas com a confirmação do paciente que acompanha o telefonema de agendamento para esses locais, confirmando os atendimentos. Quando se trata de algum encaminhamento para outras especialidades médicas são oferecidos os nomes dos profissionais cadastrados que atendem a especialidade requisitada, para que o paciente escolha aquele de sua preferência. Imediatamente é feito contato telefônico com esse consultório e verificada a disponibilidade de data e horários para esta consulta que é confirmada pelo paciente nesse mesmo momento. O agendamento fica registrado pelo sistema ao médico que irá atendê-lo, e ao paciente é entregue um boletim de encaminhamento, contendo o nome do Profissional escolhido, endereço do consultório do médico e data e hora da consulta agendada.

Esse formulário é levado para o consultório médico contendo uma senha de acesso ao registro eletrônico que é a chave de liberação para o atendimento do profissional ao cliente.

Diferente de outros modelos, esse atendimento de apoio no Pós-consulta constitui-se em um diferencial de extrema atenção às pessoas, deixando-as orientadas. Com esta “tutoria”, o cliente sai do Núcleo com todos os passos definidos, explicados e agendados.

7.8 CANAIS DE RELACIONAMENTO COM OS USUÁRIOS

O sistema de agendamento utilizado pelos clientes está estruturado em um *Call Center* receptivo, funcionando diariamente, das 8 às 22 horas, inclusive domingos e feriados. Através desse canal podem ser agendadas consultas eletivas nas especialidades básicas disponíveis nos

Núcleos, conforme necessidade de cada usuário na localidade de sua preferência. Como regra geral, os serviços de agendamento em operadoras de planos de saúde não são canais 0800. Na maioria, são serviços que utilizam meios de comunicação pagos pelos usuários. Esse também é um dos diferenciais do Unifácil, disponibilizando um canal gratuito, capaz de receber chamadas inclusive de celulares sem carga, pois não consome créditos. Esse é um dos tantos pontos de percepção de necessidades e facilidades entregues aos clientes Unifácil. Outro fator importante é o processo educativo orientando clientes que evitem serviços de emergência pela demora inerente e pouca resolubilidade desses locais, ofertando consultas para o próprio dia ou em 24 ou 48 horas. Nesse sentido, o *Call Center* é um canal de acesso aos usuários orientando a melhor conveniência na utilização do plano de saúde.

7.9 SISTEMA E REDE DE ATENDIMENTOS

A rede própria disponibilizada aos usuários do Plano Unifácil cumpre importante papel na otimização dos recursos de gestão. Essas unidades estão distribuídas nos diversos Municípios de ação da Cooperativa e foram implantadas ao longo dos anos, conforme expansão do número de usuários, e estão divididas em três categorias: Assistenciais, Virtuais e Ambulatórios de empresa. Os Núcleos Assistenciais são núcleos físicos, planejados para atender as necessidades dos clientes e estruturados com Recepção, Serviços de Triagem de Enfermagem, Consultórios médicos, abrigando, ainda, serviços de coletas laboratoriais e serviços odontológicos agregados em alguns desses locais. Esses Núcleos estão situados em Porto Alegre, Canoas, Esteio, Gravataí e Cachoeirinha. Outra modalidade são os Núcleos Virtuais, exclusividade da Unimed Porto Alegre, desenvolvidos para otimizar o uso dos ativos. Os núcleos virtuais estão instalados em cidades onde a demanda ainda não justifica a instalação de um núcleo assistencial. Em geral são lojas de atendimento da Rede Unimed Porto Alegre que passam a operar no mesmo conceito de acolhimento dos Núcleos, encaminhando os usuários para a rede médica de cooperados dessas localidades e executando os serviços de apoio de pós-consulta, todos interligados pelo sistema de informações operacionais. Esses Núcleos Virtuais estão localizados nos municípios de Alvorada, Viamão, Osório, Tramandaí, Capão da Canoa, Torres, Sapucaia, Guaíba e Camaquã. Os ambulatórios de empresa são instalações implantadas em empresas contratantes e cujo número de usuários justifique a sua presença. É uma facilidade disponibilizada para os grandes contratantes, fazendo com que seus funcionários não tenham que se ausentar para obterem serviços médicos. Esses ambulatórios também estão integrados no sistema de registro de atendimentos

e cumprem, além dos serviços de consulta médica, os demais apoios de encaminhamentos e de autorizações. Para os demais serviços demandados para o efetivo atendimento dos usuários é disponibilizada uma rede específica de prestadores. Em Porto Alegre, os serviços de imagem e de laboratório são prioritariamente realizados pelos serviços próprios da Unimed Porto Alegre. Nos demais municípios, uma rede de serviços acolhe regionalmente esses usuários, além de uma rede hospitalar de referência para os usuários que possuem o plano global de atendimento.

7.10 ESTRUTURA E AÇÕES DA ÁREA COMERCIAL E DE MARKETING

A introdução do produto Unifácil consolidou a Unimed Porto Alegre como provedor *full-line*, oferecendo, nesse mercado de saúde suplementar, alternativas para todos os segmentos.

As três linhas de produtos assistenciais, Unimax, Unipart e Unifácil se diferenciam basicamente pelos mecanismos de regulação na utilização do produto e pelo modelo assistencial de acesso à rede. Nesse período de análise do Unifácil, 2008 a 2011, é importante destacar o estabelecimento de uma política comercial alinhada com o planejamento estratégico da Cooperativa. Conforme cita J.C.Wilasco (2012, p. 69),

não é razoável esperar que a elaboração e execução de uma estratégia de marketing sejam capazes de produzir os resultados sem que as equipes de *back-office* e *front-office* desenvolvam, ao mesmo tempo, um intenso trabalho de conquista de novos clientes, de retenção e renovação de contratos, de relacionamento e fidelização, enfim, de multiplicação da base de clientes, a fim de produzir o crescimento das receitas, continuamente e de forma sustentável, para geração destes resultados.

Cabe destacar as estruturas de vendas e marketing da Unimed Porto Alegre, sobretudo das equipes de relações empresarias, administração de contratos e vendas, cuja dinâmica de atuação comercial propõe uma atuação integrada desses times, tanto nos processos quanto nos acompanhamentos de resultados. “Os métodos gerenciais são direcionados para a busca de desempenho superior e o principal objetivo destas equipes é a ampliação e a qualificação da carteira de clientes” (J.C.WILASCO, 2012, p. 70). A gestão de contratos, com as implicações inerentes de renovações, reajustes e a própria manutenção cadastral estão matricialmente integradas com as equipes de pessoa física e pessoa jurídica, promovendo vendas para novos clientes e aprimorando os relacionamentos.

Semanalmente, o desempenho e os indicadores são verificados e conferidos e mensalmente esses resultados das equipes são consolidados, ajustando planos de ação no trabalho de produzir o crescimento da receita, promover vendas a novos clientes, negociar reajustes da base e controlar rescisões contratuais. Historicamente, a Unimed Porto Alegre possui uma equipe Comercial própria, com vendedores inseridos na cultura da organização, conferindo um alto grau de qualidade às vendas. Esse desempenho pode ser percebido pela proposição em relação à variável preço, em que a Cooperativa atua com uma política de preços *premium* em toda sua gama de produtos, inclusive o Unifácil, propondo diferenciais competitivos de qualidade superior, justificando, assim, essa política. Mesmo destacando que a variável preço é um fator relevante na decisão de compra de um plano de saúde – conforme pesquisa IPM Unisinos (2009), observa-se, de acordo com os indicadores, sobre os quais se discorre no próximo capítulo, um comportamento crescente da carteira, indicando junto com os demais fatores, um desempenho mercadológico superior ao da concorrência.

O Unifácil conquistou novos segmentos no mercado e marca presença definitiva na área de ação da Unimed Porto Alegre. Essa mudança no mix de produtos da Cooperativa provocou um novo impulso no ritmo das vendas, conquistando novos segmentos e consolidando a posição de ofertante *full-line*, conforme preconiza o seu Planejamento Estratégico. A carteira de clientes da Unimed Porto Alegre possui, aproximadamente, 85% de planos contratados por pessoas jurídicas. O Unifácil, especificamente, possui 95% dos beneficiários contratados por pessoas jurídicas — empresas de todos os portes. O crescimento geral da renda dos trabalhadores e a segmentação do mercado de pessoas jurídicas, sobretudo de pequenas e médias empresas, junto com as microempresas, começam a ganhar expressão e relevância nesse competitivo mercado. A atuação da área comercial, identificando esses nichos e canais específicos, agindo de forma segmentada, constitui-se em uma estratégia diferenciada para o atendimento desse segmento. Essa abordagem estruturada proporcionou um expressivo crescimento da base de clientes, sobretudo para o Unifácil. Outro destaque cabe, especificamente, à equipe de marketing, abrigada pela Superintendência de Vendas e Marketing, cuja responsabilidade pelo planejamento inclui a formulação estratégica para os produtos, orçamento e acompanhamento dos indicadores de resultado, além do plano de comunicação e eventos.

O trabalho no lançamento do Unifácil não envolveu somente a apresentação de um novo produto. Exigiu um trabalho que o mostrasse como parte de uma alternativa, tornando a Unimed Porto Alegre uma opção para todos os bolsos. Esse processo, desenvolvido ao longo

destes quatro anos (2008-2011), estruturou, progressivamente, a imagem de um ofertante de uma gama de produtos, suficientes para atender todos os segmentos de mercado com destacada qualidade.

As campanhas foram estruturadas de forma a constituir um discurso coerente sobre o tema, com foco nas pessoas jurídicas – empresas — compradoras de planos e, secundariamente, com os usuários, vetores dessa decisão de compra. Trabalhou-se a percepção de que vale a pena para a empresa investir em planos de saúde para todas as faixas de colaboradores – tornando os funcionários mais felizes e eficientes. A mídia externa teve uma adequação específica para o produto, incluindo *busdoor* e adesivos em trens da Trensurb. Também se utilizou veículos impressos específicos em cidades onde o produto está presente, atingindo gestores com papel decisório na compra de planos de saúde. Outras ações específicas foram direcionadas aos gestores de empresas, apontando as vantagens do produto, e a publicidade testemunhal, dando credibilidade ao produto, destacando empregadores de todos os portes de negócios, ressaltando as vantagens específicas em adotar um plano da cooperativa para cada grupo funcional. Esta bem conduzida estratégia de marketing junto com o sólido plano de ação do Unifácil produziram resultados positivos. As metas de venda foram atingidas e suplantadas. O plano gerou, nesse espaço de tempo, um novo padrão de atendimento às classes populares, o que tornou o produto desejado pelos gestores de RH. Certamente, o produto Unifácil se afirma como diferencial competitivo para as empresas que o adotam, oferecido como importante ferramenta de retenção.

8 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados do desempenho empresarial e as evidências na execução da estratégia contidas na formulação inicial. O Plano Estratégico estabelecia a tarefa de viabilizar economicamente o produto, transformando-o em superavitário e com grau de sinistralidade dentro dos patamares aceitáveis. Deveria, ainda, ao final de 2011, atingir a marca de 50.000 vidas contratadas, fazendo com que a marca Unimed fosse também reconhecida nos segmentos populares.

8.1 INDICADORES GERENCIAIS

Para a avaliação do cumprimento das metas estratégicas estabelecidas, a seguir apresenta-se um conjunto de indicadores de avaliação mercadológica, capaz de identificar um crescimento na base usuários, um aumento no número de empresas contratantes e do efetivo benefício ao se tornar um ofertante *full-line* neste mercado. Em sequência, avaliam-se os indicadores assistenciais, analisando-se os volumes de atendimento e a racionalidade no uso dos ativos da organização, em efetivo controle dos custos. Também são apresentados os indicadores econômico-financeiros, avaliando-se a sinistralidade do produto, o crescimento da receita líquida e os resultados líquidos efetivamente produzidos, e, por fim, analisam-se os indicadores de satisfação dos usuários relativos ao produto.

8.1.1 EXPANSÃO DO NÚMERO DE VIDAS

Para a efetiva avaliação do desempenho no mercado, o indicador da expansão de novos clientes conquistados traduz o esforço de vendas e a capacidade da organização em capturá-los. Vale lembrar que o plano original desenhava uma conquista de 10.000 vidas por ano, totalizando 50.000 vidas ao final de 2011. O período analisado na Figura 13 toma por base o ano de 2007 e considera o período de 2008 a 2011, anos efetivos da implementação da estratégia e objeto deste estudo.

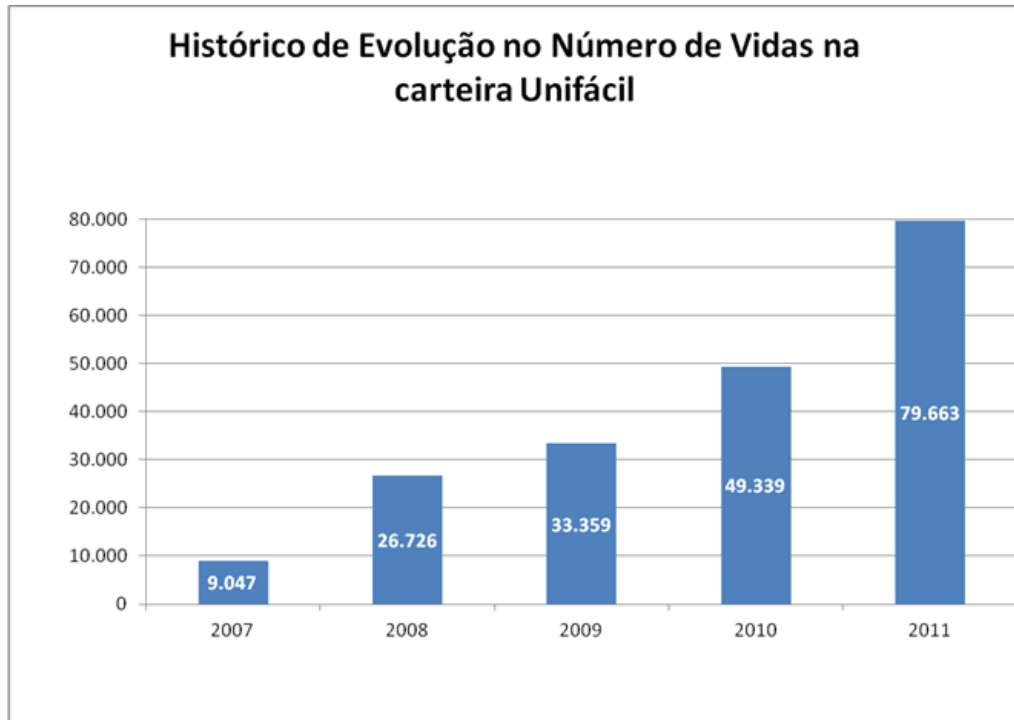


Figura 13 – Histórico da Evolução no Número de Vidas no Unifácil.

Fonte: Unimed Porto Alegre.

Observa-se que no ano de 2008, houve uma captura de mais de 17.000, expandindo a carteira em 195%. O ano de 2009 registrou um crescimento de 6.633 vidas, com um percentual de expansão de quase 25%. É importante registrar o momento econômico e a crise de 2008 que produziu uma sensível desaceleração na economia e no PIB de diversos países e passou a contaminar o ano seguinte. O Estado do Rio Grande do Sul apresentou, em 2009, uma queda de oito décimos percentuais negativos (0,8%)¹² no seu PIB, enquanto o Brasil registrou queda de três décimos percentuais negativos (0,3%)¹³. Esse quadro mundial desfavorável se refletiu na política de benefícios de muitas empresas que passaram a restringi-los. Em 2010 houve á um crescimento de quase dezesseis mil vidas. No ano de 2011, 30.324 novas vidas, com um crescimento de 61,5%, superando os 47,9% de crescimento no ano anterior. Tomando-se o ano de 2011, cuja meta inicial propunha atingir 50.000 vidas ativas na carteira do produto Unifácil, observa-se, na Figura acima, um total de 79.663, ou seja 59,3% acima da previsão.

¹² Fundação de Economia e Estatística do PIB estadual: Série histórica de 1995 a 2011.

¹³ Banco Mundial: O conjunto de dados e indicadores do desenvolvimento mundial (WDI) base de dados do Banco Mundial, 2012.

8.1.2 Crescimento sobre a Base Geral

A Figura 14 demonstra a representatividade que a expansão na carteira do produto adquiriu ao longo do período analisado.

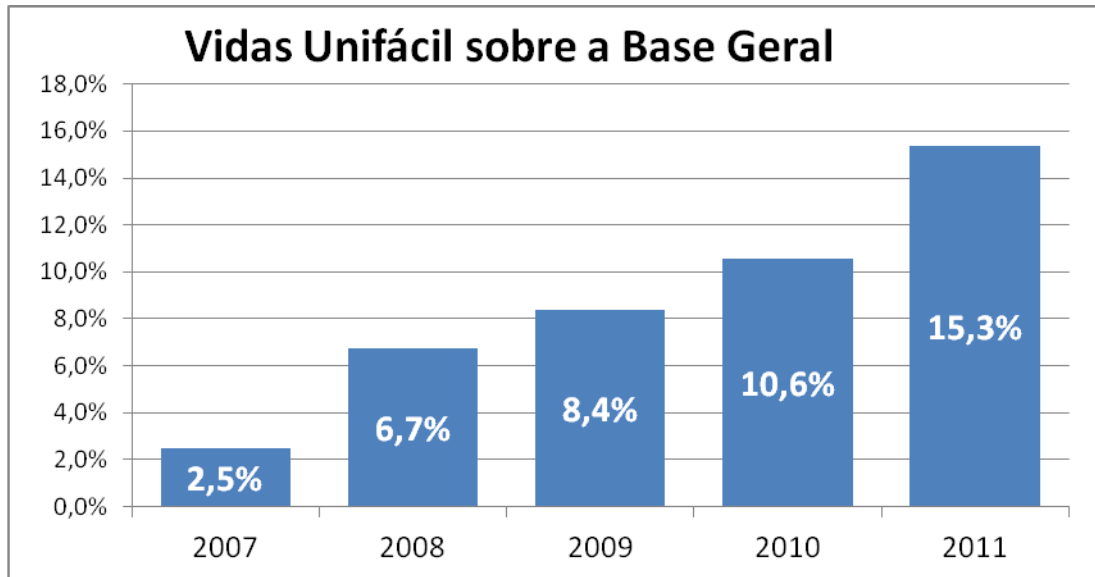


Figura 14 – Evolução no Número de Vidas Unifácil sobre a Base Geral Unimed POA
Fonte: Unimed Porto Alegre.

Observa-se que a expansão na base de clientes da organização passou a ser constituída por uma expressiva e crescente participação do novo produto, compondo um novo mix de proporcionalidades.

8.1.3 Evolução no Número de Empresas Contratantes

Lançado, inicialmente, somente para o público empresarial, a expansão no número de empresas contratantes é um importante indicador registrado na Figura 15. Ao ser reformulado, em 2007, o produto contava com 87 empresas, conforme relatado no quarto capítulo desta dissertação. Uma das potencialidades apontadas com o aumento da empregabilidade e o crescimento da classe C era a oferta de um produto desejado pelas organizações e seus funcionários como ferramenta de retenção e um diferencial de atratividade no mercado.

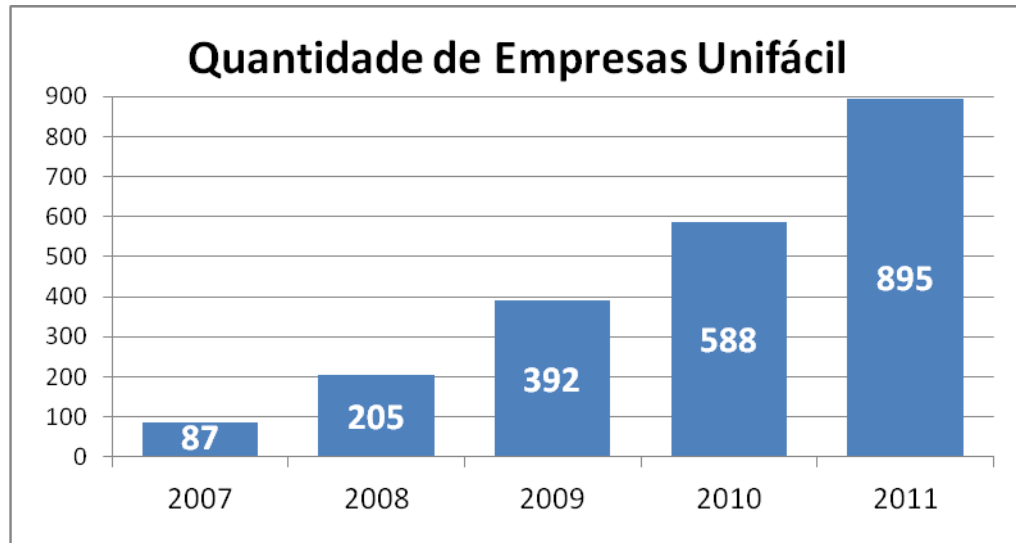


Figura 15 – Evolução no Número de Empresas Contratantes Unifácil
 Fonte: Unimed Porto Alegre

O crescimento de vendas a esses novos clientes foi constante e expressivo ao longo do período analisado. Além de promover o crescimento da base de clientes e o consequente aumento da receita, a pulverização no número de empresas contratantes apontou uma desconcentração e a confirmação da estratégia e da política comercial de expansão. O perfil na carteira de contratantes, já mencionado neste estudo, apontava 95% das vidas do produto Unifácil vinculados a pessoas jurídicas. Nesse segmento empresarial destacam-se os segmentos de micro, pequenas e médias empresas com um potencial de expansão e crescimento ainda pouco explorados. O fato de atingir a marca de 895 empresas contratantes ao final de 2011, em uma evolução crescente ao longo dos anos analisados, confirma a oportunidade, com o desenvolvimento de um produto para esse segmento, capaz de garantir uma diluição de risco e maior geração de resultados.

8.1.4 Venda Cruzada com outros Produtos

A importante oportunidade de ocupação de mercado com um produto adequado às mais diversas categorias de poder aquisitivo pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1– Tabela de Vendas Cruzadas com o produto Unifácil ao Final de 2011

Vendas Cruzadas com Unifácil			
Unifácil Empresas	Vidas no Unifácil	Vidas no Unimax	Vidas no Unipart
363	53.161	56.356	15.012

Fonte: Unimed Porto Alegre

Do total de 895 empresas contratantes no final de 2011, 363 delas também o eram de outros produtos da Unimed Porto Alegre, em uma clara demonstração de que o mix de alternativas ofertado tinha os seus públicos específicos. A estratégia de aumentar sua participação no mercado, assumindo a posição de líder e *generalista full-line* (SHETH E SISODIA, 2002), fica demonstrada, inferindo-se que a ausência dessa alternativa teria direcionado essas empresas contratantes a outros fornecedores, parcial ou totalmente.

8.2 INDICADORES ASSISTENCIAIS

Os indicadores assistenciais são, no mercado de saúde suplementar, itens tradicionais de verificação do desempenho da operadora, muitos deles acompanhados pela Agência Reguladora ANS. Eles traduzem o uso dos recursos na assistência aos usuários e, quando comparados, traduzem a qualidade de aproveitamento dos ativos que lhe são oferecidos.

8.2.1 Consultas (Atendimentos)

No modelo assistencial preconizado pelo Unifácil, a disponibilidade de especialidades básicas nos Núcleos de atendimento, quer sejam eles reais, virtuais ou nos ambulatórios das empresas, são responsáveis por 80% da resolubilidade das situações médicas.

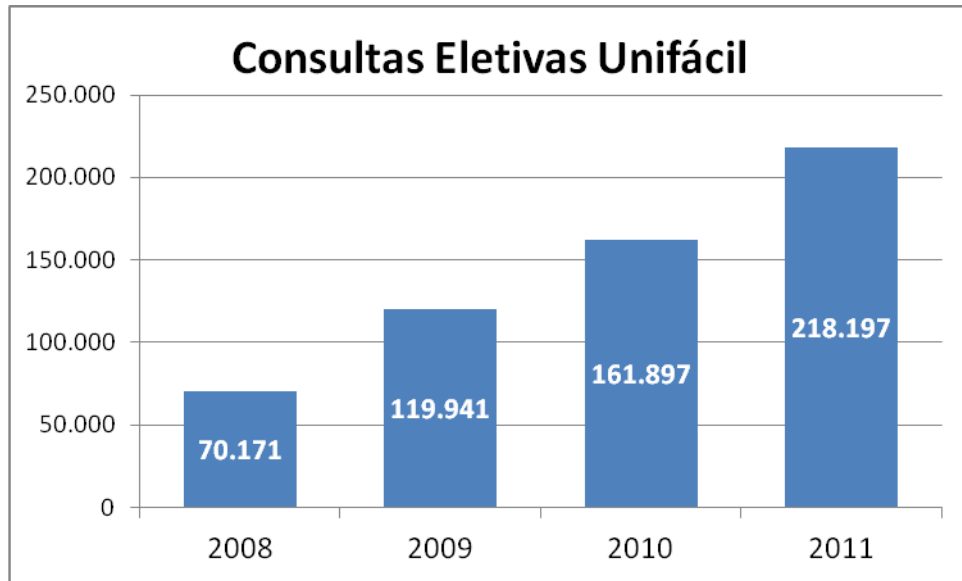


Figura 16 – Evolução no Número de Consultas Eletivas Unifácil

Fonte: Unimed Porto Alegre

Observa-se, na Figura 16, um crescente volume de atendimentos eletivos por conta de uma franca expansão da carteira de clientes, os quais demandam atendimentos médico. Cabe ressaltar que este volume de consultas eletivas consideram somente os atendimentos nesses locais, desconsiderando eventuais necessidades emergenciais atendidas pela rede de prestadores.

8.2.2 Consultas por Beneficiário

A Figura 17 registra o número médio de consultas realizado por um beneficiário de plano de saúde durante um ano, comparada por produto da operadora.

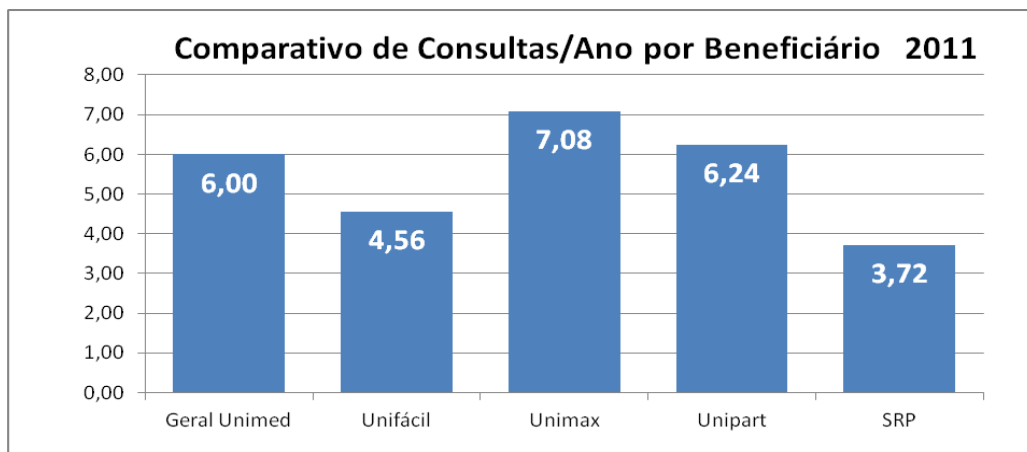


Figura 17– Comparativo no Número de Consultas Eletivas por beneficiário no ano 2011

Fonte: Unimed Porto Alegre

Observa-se que, no comparativo, o Unifácil situa-se abaixo da média geral da operadora, ficando acima apenas da modalidade SRP (Serviço realmente Prestado), o qual é uma contratação de algumas organizações que compram os serviços de atendimento médico e de diagnósticos, porém não se constituem em planos de saúde.

Certamente, o modelo de regulação médica praticado pelo Unifácil é, juntamente com a coparticipação¹⁴ do usuário, o responsável pelo número diferenciado, evidenciando que o conjunto de atenções assistenciais, modelo de acesso e progresso em especialidade médicas, conforme determinação do médico assistente, racionalizam o uso dos recursos, preservando a qualidade dos serviços prestados.

8.2.3 Exames por Beneficiário

Conforme Seferin (apud ALLGAYER, 2011, p. 96) “a prática da medicina impulsionada pelas novas tecnologias e pelo conhecimento médico mudou radicalmente nos últimos 20 anos e impôs, ao mesmo tempo, mudanças nos modelos da gestão médico-assistencial nos hospitais e no próprio Sistema de Saúde”. Constata-se, portanto, que o comportamento médico e do usuário, nos tempos atuais, provoca, muitas vezes, comportamentos médicos defensivos ou exageros desnecessários dos pacientes na demanda para realização de exames diagnósticos. A equipe médica, abrigada por um conceito assistencial de atenção plena aos pacientes e com a determinação do uso racional dos recursos, torna-se um diferencial competitivo.

Observa-se, na Figura 18, o comparativo na realização de exames diagnósticos realizados pelo pacientes dos diversos planos de saúde da operadora.

¹⁴ Coparticipação é a parcela de contribuição financeira que cabe ao usuário ao utilizar os serviços, conforme regra contratual do produto.

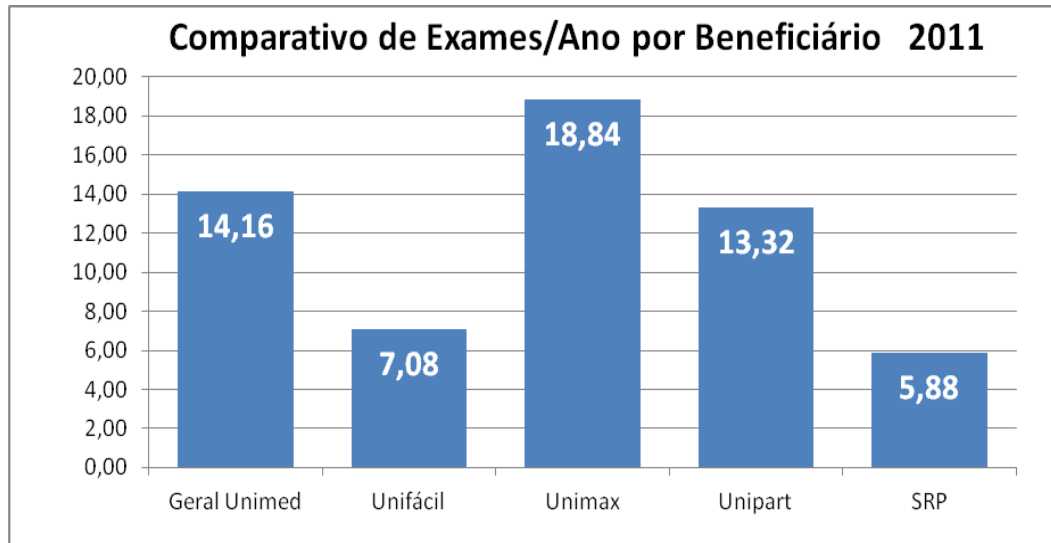


Figura 18 – Comparativo no Número de Exames/Ano por beneficiário em 2011

Fonte: Unimed Porto Alegre

Observa-se, na Figura 18, o produto Unifácil registrando exatos 50% da média geral registrada pela operadora. Quando comparado por produto, as distâncias se ampliam, sendo apenas suplantado pela modalidade SRP¹⁵, em que os usuários pagam pelos exames demandados.

8.2.4 Exames por Consulta

Na Figura 19 ilustra-se a situação referida no tópico anterior: cada atendimento dispensado ao usuário é um momento de exercício de criteriosa demanda por SADT¹⁶. Nesse indicador, o Unifácil se destaca plenamente, superando todas as demais modalidades, inclusive a SRP. Cabe lembrar que o plano Unifácil segue todas as prerrogativas da ANS como Plano de Saúde, em que os usuários têm pleno direito ao rol de procedimentos dos planos regulamentados pela Agência, não lhes sendo privada qualquer utilização de recursos emanada por orientação médica. Por sua vez, as equipes médicas atuantes nos Núcleos e nos consultórios de especialistas possuem total autonomia em suas condutas.

¹⁵ SRP (Serviços Realmente Prestados): Trata-se de um contrato de prestação de serviços e não um plano de saúde. É um sistema de contrato estabelecido com empresas, nos quais são cobrados os serviços realmente prestados, conforme tabela pré-estabelecida.

¹⁶ SADT (Serviços de Apoio Diagnósticos e Terapias)

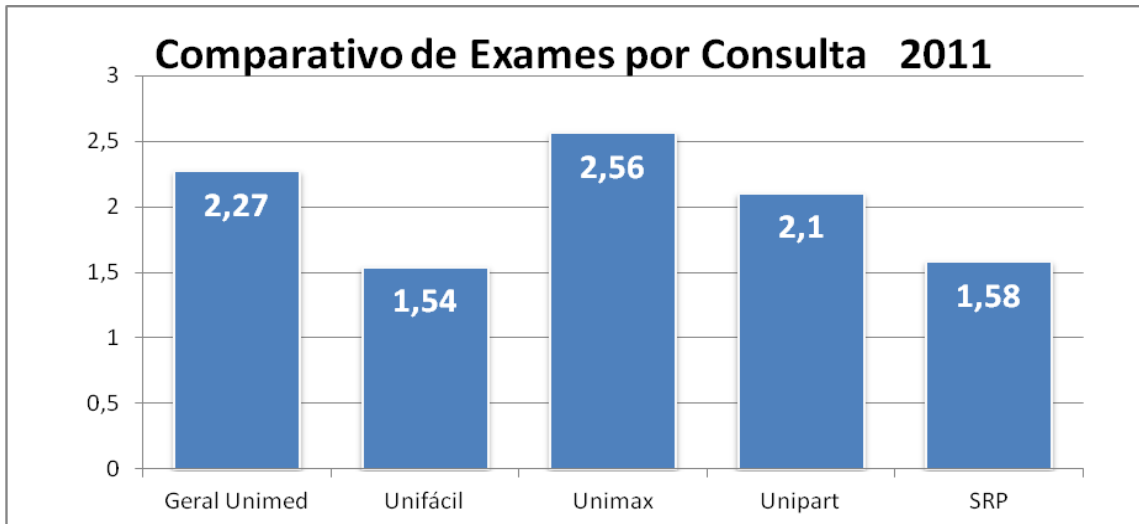


Figura 19 – Comparativo no Número de Exames por consulta, média em 2011
 Fonte: Unimed Porto Alegre

8.2.5 Taxa Média de Internação

A Figura 20 registra a taxa média de internação dos usuários do plano Unifácil durante o ano de 2011, novamente se destacando dos demais. Cabe ressaltar que esse indicador contempla somente os usuários expostos à internação hospitalar, oriundos do Plano Global. Os usuários dos planos Ambulatoriais, cujo direito assistencial contempla apenas exames e consultas médicas, não estão considerados nesse índice.

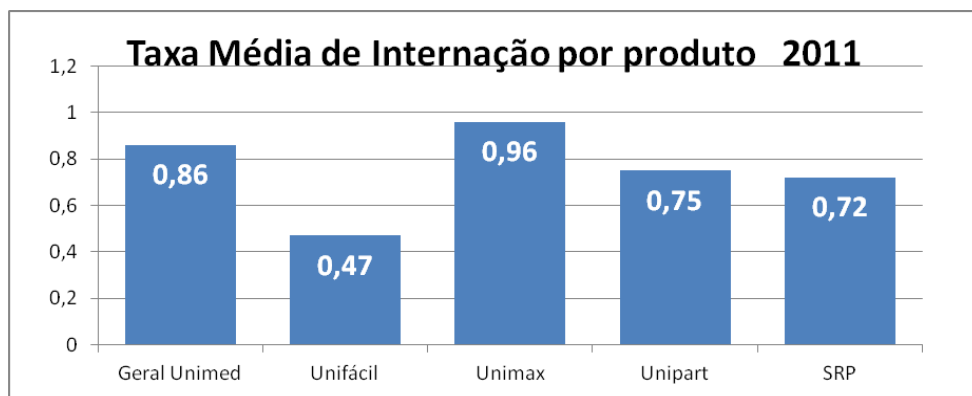


Figura 20 – Taxa média de internação por produto em 2011
 Fonte: Unimed Porto Alegre

É importante registrar que o contingente de usuários desse plano são, em sua grande maioria, funcionários de empresas, ou seja, indivíduos economicamente ativos. Diferente dos

demais produtos da Unimed Porto Alegre, nos quais o envelhecimento populacional vem ocorrendo ao longo dos anos, o Unifácil trouxe um volume de usuários mais jovens, com idade média inferior ao dos demais produtos. Esse fator também é responsável por uma demanda diferenciada de assistência médica, concentrando a maioria das patologias como inerentes a indivíduos jovens, em idade reprodutiva, acarretando, também, custos compatíveis com essas situações.

8.2.6 Custo Assistencial

Para o produto Unifácil a variável preço é importante atributo de competitividade. Para um desempenho compatível são necessários custos compatíveis, capazes de mantê-lo nesse patamar, tornando-o atrativo, principalmente pelas exigências do mercado de baixa renda.

A Figura 21 ilustra essas proporções.

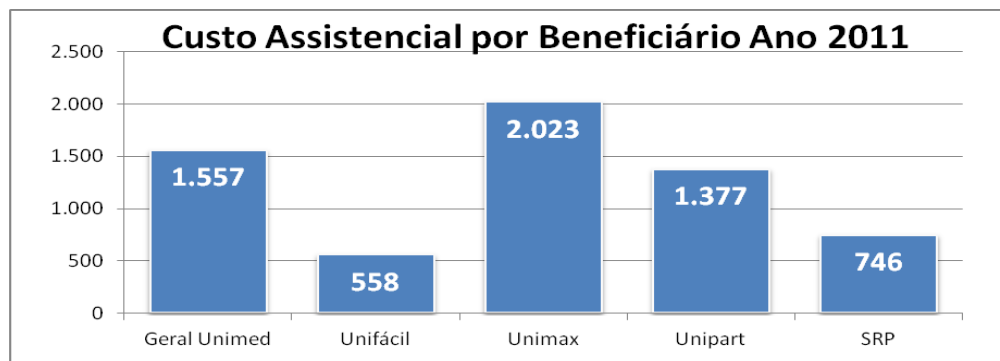


Figura 21 – Custo Assistencial por beneficiário, por produto em 2011 (Valores expressos em R\$)

Fonte: Unimed Porto Alegre

Parte desse significativo diferencial nos custos por produto tem origem na rede de prestadores do produto que, além de privilegiar os recursos próprios da Unimed Porto Alegre, mantém fornecedores e prestadores com negociação de valores compatíveis com o produto, trocando valores menores por um direcionamento de demanda para esses locais. Outro fator a ser considerado nesta análise é o fato de estarem considerados todos os usuários do Plano, tanto Global quanto Ambulatorial, havendo uma média de todos os custos incorridos. Cabe lembrar que nos Planos Ambulatoriais não estão consideradas as internações hospitalares, as quais acarretam custos mais elevados.

8.3 INDICADORES ECONÔMICO-FINANCEIROS

O conjunto de indicadores, a seguir, representam, no mercado em geral, uma clássica análise de desempenho de uma organização, o crescimento das receitas e os resultados obtidos no exercício do negócio. Acrescenta-se a *Sinistralidade* como medida clássica no mercado de Saúde Suplementar.

8.3.1 Sinistralidade

Segundo a ANS, a despesa ou o custo assistencial é o somatório de todas as despesas decorrentes da utilização do plano pelo beneficiário, conforme as coberturas contratadas. Incluem custos com consultas, exames diagnóstico, terapias, atendimentos ambulatoriais, despesas com procedimentos e internações hospitalares.

A Figura 22 apresenta a evolução da sinistralidade do produto Unifácil. Observa-se sensível mudança de patamar a partir de 2009 como leitura de resultado das medidas adotadas na gestão dedicada ao Plano Unifácil.

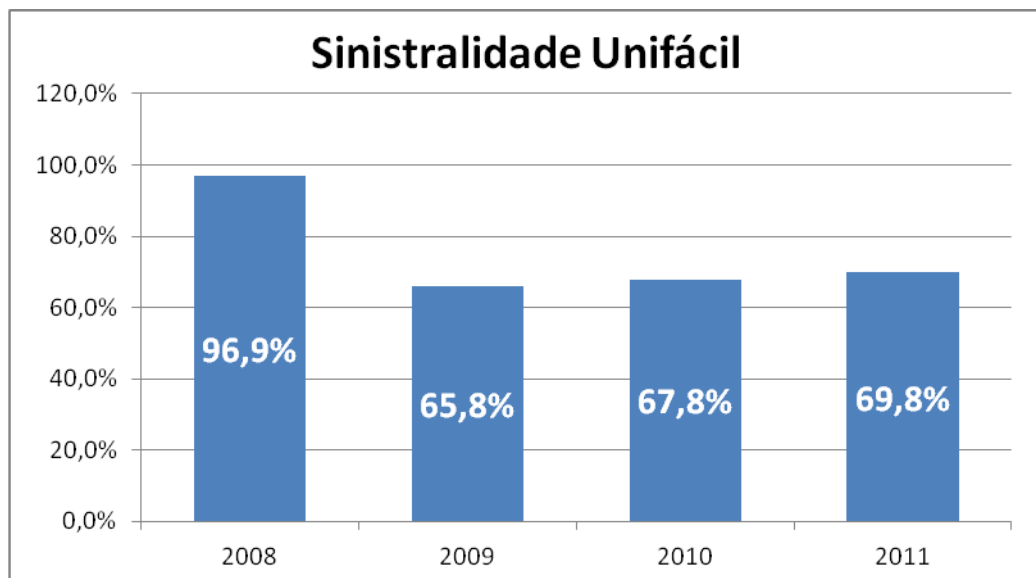


Figura 22 – Evolução na taxa de sinistralidade Unifácil período 2008/2011

Fonte: Unimed Porto Alegre

No período de 2009 à 2011, a sinistralidade média da Unimed Porto Alegre foi de 86,6%, considerando-se todos os produtos da operadora. Nesse mesmo período, o Unifácil

registrou sinistralidades inferiores à 70%, evidenciando uma dedicada gestão dos ativos e recursos e um efetivo controle dos custos. Confirma-se, na prática assistencial, o diferencial proposto pelo modelo, capacitando o produto à prática de preços mais competitivos, inibindo as dificuldades de acesso a esse produto.

8.3.2 Crescimento da Receita

A receita líquida do produto Unifácil considera os pagamentos efetuados pelos contratantes. Anualmente, os contratos são renovados e passíveis de eventuais correções, conforme indicadores de utilização (IU). O pagamento das coparticipações dos usuários, conforme modalidades contratadas, não se inclui nessas receitas, estando no demonstrativo de resultados, considerados redutores da despesa originada.

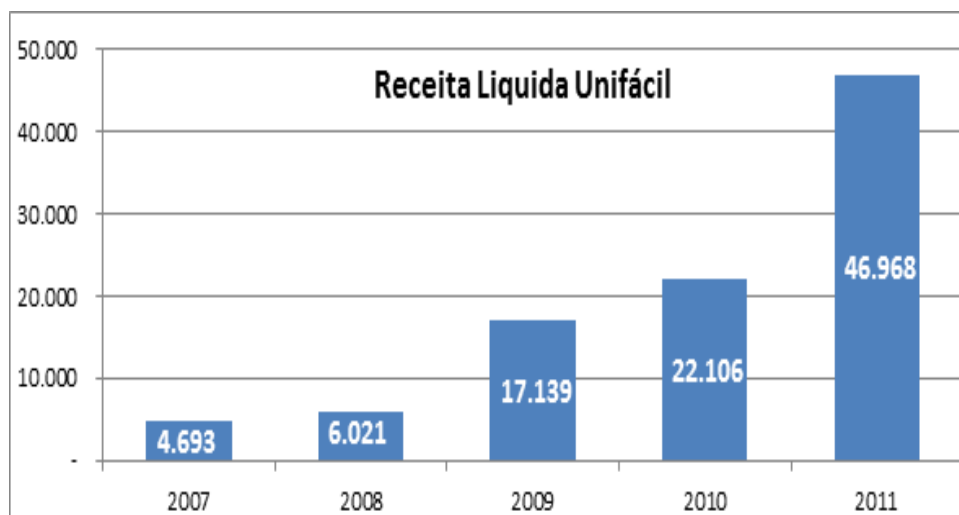


Figura 23 – Evolução na Receita Líquida Unifácil período 2007/2011

(Valores expressos em R\$/mil)

Fonte: Unimed Porto Alegre

Observa-se, ao longo desses anos, o crescente aumento das receitas decorrente do volume dos usuários. É importante, também, registrar a constante ação da área comercial no sentido de manter em condições de rentabilidade os contratos vigentes. O constante processo de acompanhamento, renegociação e renovação permite a sua manutenção em bases sustentáveis.

8.3.3 Resultado Líquido

O desafio de tornar o produto superavitário cumpriu-se ao longo desses anos. Em 2008 e 2009 houve uma crescente diminuição das perdas. Em 2010, houve a virada no resultado do produto, tornando-o superavitário, e, em 2011, a geração de um resultado líquido de 10,3% sobre o faturamento anual, conforme se demonstra na Figura 24.

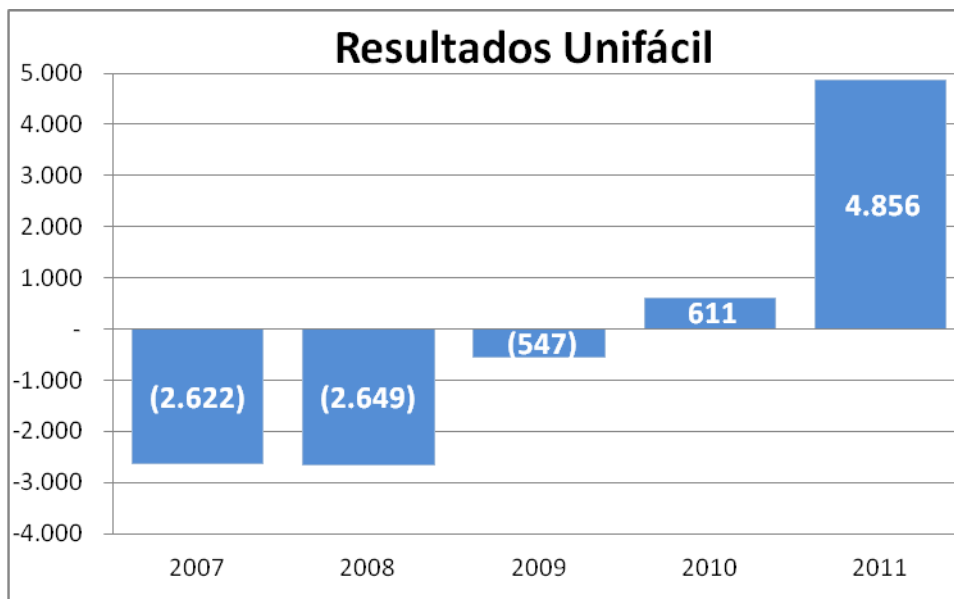


Figura 24 – Evolução dos Resultados Unifácil período 2007/2011

(Valores expressos em R\$/mil)

Fonte: Unimed Porto Alegre

Em última análise esse indicador sumariza todo o conjunto de ações realizadas para o cumprimento e execução do plano original, além de destacar o potencial de geração de resultados para a organização.

8.4 INDICADORES DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

A pesquisa de satisfação dos clientes é uma ferramenta de gestão que tem por objetivo captar a visão dos usuários sobre os serviços prestados pela organização, identificando pontos fortes e fracos que norteiam ações de melhoria.

Introduzida no ano de 2011, a pesquisa com os usuários do Plano Unifácil analisou 10 indicadores: Agilidade no Atendimento, Atendimento da Enfermagem, Central de

Agendamentos, Instalações, Cordialidade, Disponibilidade de horários para consultas, Equipe Médica, Horário de funcionamento, Localização das Lojas e Resolução dos Problemas.

Mensalmente são coletados, aproximadamente, 600 registros de manifestações de clientes, os quais são analisados pelo setor de Marketing da Organização, recebendo tratamento estatístico e de análise dos indicadores.

A Figura 25 registra a análise desses indicadores em dezembro de 2011.

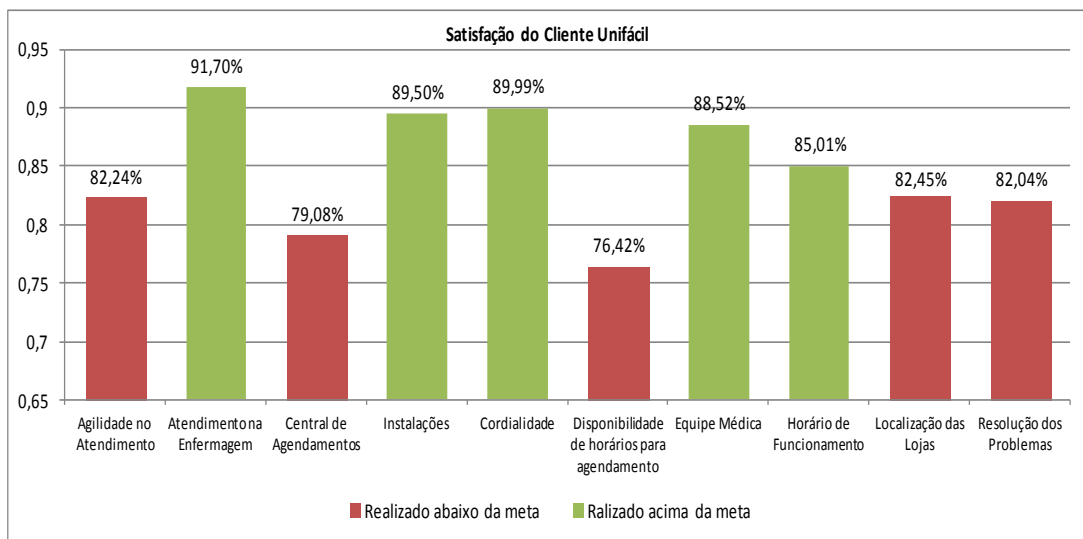


Figura 25 – Pesquisa de Satisfação dos clientes Unifácil, dez. 2011.
Fonte: Unimed Porto Alegre

A análise dos dados coletados têm orientado planos de melhorias quando considerados os indicadores de elevada importância e baixa satisfação. A ponderação desses indicadores na Figura 25, registra 84,66%. Pelo sistema de gestão da UNIMED Porto Alegre a meta proposta é de 85%. Os dois pontos com menores índices são o de 76,42% (disponibilidade de horários para agendamentos) e o de 79,08% (Central de Agendamentos) os quais têm recebido especial atenção e prioridade nas ações de melhoria.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As necessidades dos consumidores dos mercados da base da pirâmide (Baixa Renda) podem não ser óbvias, tanto para empresas quanto para os clientes. Estes muito raramente têm condições de saber tudo o que pode ser feito com novas tecnologias a fim de melhorar a sua produtividade. Já os gerentes precisariam investir parte muito maior do seu tempo e esforços no entendimento detalhado das necessidades dinâmicas desses consumidores. (PRAHALAD, 2005).

O estudo apresentado nesta dissertação partiu do processo de formação de uma estratégia e sua efetiva implementação. Este tema, ainda não amplamente conhecido, tem sido destacado por autores como Hutt, Reingen e Ronchetto (1988); Menon et al., (1999); Mintzberg e Quinn (2001); Piercy (1998); Varadarajan e Jayachandran (1999) que destacam a importância de uma visão conjunta entre “estratégia” e “execução”.

A concepção da estratégia, oportunidades, objetivos traçados e a consequente ação da organização em executar esses objetivos foram analisados. Confirma-se, na prática empresarial, que a formulação e a implementação precisam estar interligadas. A partir da constatação de que “estratégia” e “execução” têm igual importância, mas muitas vezes são consideradas distintas propiciou, neste estudo, que se evidenciasse a complexidade da tarefa e a quantidade de fatores que concorrem para o sucesso de uma estratégia.

O tema adquire maior relevância pelo fato de a estratégia proposta responder a uma expressiva demanda do emergente mercado de baixa renda e posicionar a organização em estudo em um importante patamar de ofertante *full-line* com um produto que complementa seu portfólio.

A partir desses pressupostos descreveu-se a implantação de um produto de assistência à saúde destinado ao mercado de baixa renda, o Unifácil.

Escolheu-se o método de pesquisa-ação para a compreensão e a consolidação dos conhecimentos adquiridos no período analisado de 2008 a 2011.

Analisados os resultados, os indicadores confirmam a expansão do número de vidas na carteira do produto, o crescimento do produto sobre a base geral de clientes da Unimed Porto Alegre, a evolução crescente no número de empresas contratantes, a evolução das receitas, os resultados econômico-financeiros e o grau de satisfação dos usuários.

O conjunto desses indicadores evidencia o êxito na efetiva implantação da estratégia sob o ponto de vista mercadológico e do positivo desempenho empresarial.

Os resultados apresentados confirmam os referenciais teóricos presentes neste estudo, muitos dos quais destacamos e tecemos as seguintes considerações:

O fato de haver sido criada uma Superintendência própria dedicada ao produto, conferiu um modelo de gestão semelhante a uma Unidade de Negócios, cumprindo-se também uma recomendação do plano original e estratégico, dedicando um executivo para uma visão e acompanhamento *full time*.

Neilson, Martin e Powers (2008) referem o poder de decisão e a informação como pilares importantes e duplamente mais eficazes. Hrebiniak (2006) enfatiza a estrutura de poder como ponto importante, citando: “Conhecer o poder existente e saber como criar e usar a influência pode significar a diferença entre o sucesso e o fracasso na execução, principalmente para que não se enfraqueçam os recursos de implementação”.(p.42)

O significativo retorno econômico financeiro e uma virada total na situação de déficit apresentada anteriormente e no início do processo de implementação possuem diversos pontos que precisam ser considerados, partindo-se principalmente pelo ganho de escala com o crescente volume de usuários, permitindo desta forma um uso pleno dos ativos.

A mudança dos processos com um novo modelo de atendimento e orientação do fluxo, também conferiram racionalidade e economias.

A mudança conceitual para atendimentos eletivos e o aproveitamento pleno da disponibilidade médica com um regimento e regras de atuação, são também fatores a destacar. O comprometimento das equipes médicas e administrativa, abrigadas pelo conceito de atenção e de resolubilidade aos clientes, registra destacados indicadores que traduzem o comprometimento com esta filosofia de trabalho.

Menon, Bharadwaj, Adidam e Edison (1999) destacam a integração entre as funções, a qualidade da comunicação, mas, sobretudo, a existência de recursos humanos comprometidos com o processo.

Hrebiniak (2006) destaca a importância de compreender as demandas da estratégia, destacando as empresas que fazem investimentos em capacidades e competências. Destaca o autor a importância do volume (escala) e da padronização, a efetiva gestão de sistemas de informação e de tecnologias de informação – sobre o qual destacamos o modelo de Registro

Eletrônico em Saúde - e a diversidade de indicadores que apoiaram a redução e racionalização dos custos.

É importante considerar no êxito colhido nessa implantação uma relação de causa e efeito entre o modelo proposto e a execução realizada. Uma formulação inadequada poderia gerar resultados deficientes. Evidencia-se, mais uma vez, uma conexão entre planejamento e realização.

Segundo Hrebiniak (2006), deve-se, também, considerar que possuir uma participação no mercado, geralmente facilita a execução e os esforços de implantação, podendo compensar ineficiências em outros pontos da organização. Por outro lado, executar uma estratégia de baixo custo e de diferenciação em um setor competitivo, onde há uma forte semelhança de ofertas, é extremamente difícil e torna o desafio ainda mais formidável.

Considera-se, entretanto, que o modelo de regulação, os recursos técnicos aplicados, o formato assistencial de atendimento, a qualidade e a resolubilidade dos serviços prestados contribuíram significativamente para o êxito colhido.

Outro ponto a considerar e destacar é a relevância pelo fato de a estratégia proposta responder a uma expressiva demanda do emergente mercado de baixa renda e posicionar a Unimed Porto Alegre em um importante patamar de ofertante *full-line* com um produto que complementa seu portfólio. Este é um ponto que Hrebiniak(2006) enfatiza, indicando a necessidade de se estabelecer um planejamento sólido e estratégias claras no nível corporativo e de negócios. “*Elas devem estar de acordo entre si e funcionar juntas, trazendo implicações positivas na execução da estratégia*”.(p.93)

Conforme Hrebiniak (2006), execução exige comprometimento e paixão pelos resultados. Exige um sentimento de pertença em todos os níveis da administração. Exige comprometimento e protagonismo nos processos e ações. Todos estes elementos permearam a equipe envolvida nessa execução, se constituindo não em uma parte comum, mas uma parte essencial na execução da estratégia.

Também Noble e Mokwa (1999), ressaltam a adequação da visão, o escopo, a liderança e o apoio da alta administração como fatores essenciais para o sucesso.

As implicações gerenciais decorrentes deste estudo confirmam a importância de uma atenção integrada entre estratégia e execução para um alto desempenho, e a validade do modelo de produto Unifácil de assistência à saúde para o público de baixa renda. Os indicadores avaliados demonstraram o pleno atingimento das metas.

Cabe ainda destacar a mudança cultural vivenciada pela organização, passando a receber uma nova e significativa parcela de consumidores, bem como o importante aprendizado com este novo modelo de estrutura e de atendimento, provocando um espaço para desenvolvimento de novas tecnologias e serviços.

Certamente, todas as reflexões contidas nesta dissertação e o aprendizado com as demandas dessa emergente classe de novos consumidores, orientarão não apenas a Unimed Porto Alegre para importantes adaptações capazes de dar sustentabilidade às expansões que se oportunizam, mas poderão servir de referência para a gestão no mercado de saúde suplementar.

9.1 LIMITAÇÕES

Pelas próprias características da metodologia utilizada na investigação, as limitações desta dissertação estão presentes, inicialmente pela visão do executivo responsável pela implantação e também por estar imerso nas atividades descritas. O conjunto de elementos analisados, embora relevantes, são uma visão parcial dos inúmeros indicadores possíveis do complexo mundo administrativo; e a temporalidade do período analisado de 2008 a 2011. Todos esses elementos devem ser considerados em eventuais inferências.

9.2 SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

Em relação ao acompanhamento dos indicadores apresentados e às adaptações temporais de estratégias e movimentos demandados pelos consumidores sugere-se uma análise estendida para a compreensão de elementos capazes de afetar o desempenho da estratégia e da organização.

REFERÊNCIAS

- ALLGAYER, Cláudio José. **Gestão e Saúde: Temas contemporâneos abordados por especialistas do setor.** Organização Cláudio José Allgayer, Porto Alegre: Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, 2011.
- ANDREWS, Kenneth Richmond. **The concept of corporate strategy.** Richard D. Irwin, Homewood, 1971.
- ANS. Cadernos de Informação – 2009, 2010, 2011, 2012 e Agência Nacional de Saúde Suplementar Foco Saúde Suplementar, de março de 2012.
- BARBIER, René. **A Pesquisa-Ação na Instituição Educativa.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1985.
- BESANKO,David, DRAVONE,David, SHANLEY,Mark, SCHAEFER,Scott. **A Economia da Estratégia** , Porto Alegre,Bookman, 2006.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Mar. 2006. Dados eletrônicos. Rio de Janeiro, 2006.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Mar. 2009. Dados eletrônicos. Rio de Janeiro, 2009.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Mar. 2010. Dados eletrônicos. Rio de Janeiro, 2010.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Mar. 2011. Dados eletrônicos. Rio de Janeiro, 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **FOCO – Saúde Suplementar. Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES).** Rio de Janeiro, 2012.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Jun. 2012. Dados eletrônicos. Rio de Janeiro, 2012.
- CASTILHOS, Rodrigo Bisognin. Subindo o morro: consumo, posição social e distinção entre famílias de classes populares. In: **Anais.** Encontro Nacional da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em administração. Rio de Janeiro, ANPAD, 2007.
- COLLIS, David; RUKSTAD, Michael. Can you say what you strategy is? **Harvard Business Review.** RFM Editores, Abril 2008.
- DIONNE, Hugues. **A Pesquisa-Ação para o Desenvolvimento Local.** Brasília: Liber, 2007. Tradução: Michel Thiollent.
- EDEN, C.; Huxham, C. Pesquisa-Ação no estudo das organizações. **Handbook de Estudos Organizacionais.** São Paulo: Atlas, v.2, p.93-117, 2001.

- FEE, **Fundação de Economia e Estatística**. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pib-estadual-serie-historica-1995-2011.php>. Acesso em 10/12/12.
- HREBINIAK, Lawrence G. **Fazendo a Estratégia Funcionar: O caminho para uma Execução bem-sucedida**. Porto Alegre, Bookman, 2006.
- IPM – Instituto de Pesquisa de Mercado Unisinos. **Relatório de Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre, 2009.
- IPM – Instituto de Pesquisa de Mercado Unisinos. **Relatório de Pesquisa Quantitativa**. Porto Alegre, 2009.
- KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A Estratégia em Ação – Balanced Scorecard**. Editora Campus, Rio de Janeiro, 1997.
- KIM, Chan, MAUBORGNE, Renée. **A estratégia do Oceano azul: como criar novos mercados e tornar a concorrência irrelevante**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2005.
- MARTIN, Roger L. A cilada da execução. **Harvard Business Review – Brasil**. RFM Editores, Julho, 2010.
- MENON, A.; BHARADWAJ, S.G.; ADIDAM, P.T.; EDISON, S.W. Antecedents and consequences of marketing strategy making: a model and a test. *Journal of Marketing*, v. 63, n.2, p.18-40, 1999.
- MINTZBERG, Henry, AHLSTRAND, Bruce, LAMPEL, Joseph. **Safári de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre, Bookman, 2000.
- MINTZBERG, Henry, LAMPEL, Joseph, QUINN, James Brian, GHOSHAL, Sumantra. **O Processo da Estratégia**. Porto Alegre, Bookman, 2006.
- NEILSON, Gary, MARTIN, Karla, POWERS, Elizabeth. The Secrets to Successful Strategy Execution. **Harvard Business Review**, RFM Editores, June, 2008.
- NERI, Marcelo Cortes. **Produtores e a nova classe média: miséria, desigualdade e determinantes das classes**. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, Centro de Políticas Sociais, 2009.
- NOBLE, Charles. The Eclectic Roots of Strategy Implementation Research. **Journal of Business Research**, v. 45, p.119-134, 1999.
- NOBLE, C.H.; MOKWA, M.P. Implementing marketing strategies: developing and testing a managerial theory. *Journal of Marketing*, v.63, n.4, p. 57-73, 1999.
- O'BRIEN, R. Um exame da abordagem metodológica da pesquisa-ação. **Teoria e Prática da Pesquisa-Ação**. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2001.
- PORTER, MICHAEL E. **Estratégia Competitiva- Técnicas para Análise de Industrias e da Concorrência**. Editora Campus, Rio de Janeiro, 1996.
- PRAHALAD, C. K. **A riqueza na base da pirâmide: como erradicar a pobreza com o lucro**. Tradução Bazán Tecnologia e Linguística, Porto Alegre, Bookman, 2005.
- ROSSI, Carlos Alberto Vargas; SLONGO, Luiz Antonio. **Unimed Porto Alegre – Business Plan do Unifácil**. Porto Alegre, 2007.
- ROSSI, Carlos Alberto V.; LUCE, Fernando B. Construção e proposição de um modelo de planejamento estratégico baseado em 10 anos de experiência. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 26, 2002, Salvador, BA. **Resumo dos trabalhos**. Salvador: ANPAD, 2002.

SANTOS, Marcos Eduardo. **Da Observação Participante a Pesquisa-Ação: uma Comparação Epistemológica para Estudos em Administração.** São Paulo: Paz e Terra, 2002.

SHETH, Jagdish; SISODIA, Rajendra. **The Rule of Three: Surviving and Thriving in Competitive Markets.** New York: Free Press, 2002.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação.** São Paulo, Cortez, 2005.

TOALDO, Ana Maria Machado, LUCE, Fernando Bins. Estratégia de Marketing: Contribuições para a teoria em marketing. **Revista de Administração de Empresas,** São Paulo, v. 46, n. 4, dec. 2006.

TREZ,Guilherme . **A Influência da Estrutura de Marketing no Processo de Implementação de Estratégia de Marketing.**Tese de Doutorado – PPGA/UFRGS, Porto Alegre, 2009.

USLAY, Can, ALTINTIG, Ayca, WINSOR, Robert. An empirical examination of the “Rule of Three”: Strategy implications for top management, marketers and investors. **Journal of Marketing,** v.74, p.20-39, 2010.

WILASCO, Julio Cesar Cavalcante. **Eficácia da Estratégia de Marketing de uma Operadora de Planos de Saúde.** Porto Alegre: UFRGS, 2012. Dissertação (Mestrado em Administração), Faculdade de Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012.

YIN,Robert K. **Estudo de caso: Planejamento e Método.** São Paulo: Bookman, 2001.