

FEAD MINAS - CENTRO DE GESTÃO EMPREENDEDORA
Núcleo de Pós-graduação e Pesquisa
Mestrado Profissional em Administração

ESTRATÉGIAS PARA CONQUISTA DE MERCADO:
Estudo de Caso de uma Cooperativa de Trabalho Médico
de Belo Horizonte

Geraldo Magela da Silva

Belo Horizonte

2005

Geraldo Magela da Silva

**ESTRATÉGIAS PARA CONQUISTA DE MERCADO:
Estudo de Caso de uma Cooperativa de Trabalho Médico
de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Administração da FEAD Minas – Centro de Gestão Empreendedora, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de concentração: Gestão Estratégica de Organizações
Orientador: Prof. Dr. Luiz Marcelo Antonialli

Belo Horizonte

2005

*Luz que guia a vida material e espiritual de todos os seres do Universo.
Inteligência suprema de onde emana o poder, a justiça, a paz, a fé e a esperança.
Humildemente, submeto-me primeiro a vós, Pai Misericordioso. E, inspirado em Jesus,
Mestre Maior da Academia Celestial peço a sua benção e a sua luz para fortalecer e ampliar
meus conhecimentos, a fim de aplicá-los em benefício da sua obra.*

Dedico este trabalho a todos que, de forma direta e indireta, contribuíram, contribuem e contribuirão para a lapidação desta pedra bruta que sou, especialmente:

Aos meus pais José (*in memoriam*) e Filomena, que receberam de Deus a missão de me introduzir nessa existência, de me ensinar os primeiros passos, de preparar o chão onde iniciei esta caminhada e de moldar meu caráter; que, com toda a sua simplicidade e humildade, foram os que mais me ensinaram, principalmente por meio dos seus exemplos, e que serão meus eternos mestres!

Aos meus irmãos, Neuza, Nilson, Antônio, Paulo e Marcus, com quem pude compartilhar a primeira experiência de formar, juntamente com nossos pais, a primeira cooperativa da qual participo até os dias atuais e que será eterna, formada pelos laços do amor, do carinho, do respeito, da ética e da ajuda mútua. Cooperativa chamada “família”, e que a cada dia recebe novos membros.

À minha madrinha, tia Clarismunda, que, todos os dias de sua vida, ora a Deus pedindo que me proteja.

Às minhas filhas, Janaína e Priscila, as jóias mais lindas e preciosas do Universo, que me foram presenteadas por Deus.

À minha esposa, Dirli, minha companheira e confidente, de quem não tenho dúvida alguma, serei eternamente apaixonado e a quem dedicarei eternamente o meu amor.

“Amo-te desde o dia em que ainda não te conhecia, porque já estava escrito no livro sagrado do cosmos que eu seria teu e tu serias minha”.

Meus sinceros agradecimentos...

A Deus, por me permitir a oportunidade desta vida, da qual necessito para o aprimoramento do meu espírito, provendo-me do necessário e socorrendo-me sempre quando de minhas quedas.

Ao Prof. Luiz Marcelo Antonialli, meu orientador, por me transmitir não só seus conhecimentos, mas também a sua serenidade, compreensão, apoio e incentivos, e com quem pretendo continuar compartilhando uma auspiciosa amizade.
Muito obrigado!

À Prof^a. Adriane Vieira, pelo apoio e incentivo na realização deste estudo.

Aos professores do Mestrado, pela competência com que nos guiaram na busca e na solidificação dos conhecimentos necessários para a nossa formação.

Aos colegas de Mestrado, pela oportunidade de estabelecer novos relacionamentos e com quem compartilhei momentos agradáveis e ricos de experiências singulares que jamais esquecerei.

À colega Patrícia Diniz, amiga de todos, sempre disposta a ajudar, sem esperar nada em troca.
Deus lhe pague!

À direção da FEAD Minas, pelo apoio e incentivo.

À UNIMED BH, que por intermédio de seus dirigentes, cooperados e funcionários, colaborou para a realização da pesquisa realizada. Ressalto a expectativa de ter podido contribuir para o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre o cooperativismo.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

QUADRO 1 – Comparação entre sociedade cooperativa e sociedade empresarial	25
QUADRO 2 - Valores da estratégia - vantagens e desvantagens	39
QUADRO 3 - As quatro abordagens sobre estratégia	47
QUADRO 4 - Resumo da análise dos ambientes externo e interno da UNIMED BH - de 1999 a 2004	67
QUADRO 5 – Resumo das estratégias formuladas e implementadas pela UNIMED BH – de 1999 a 2004	70
TABELA 1 - Quantidade de cooperativas, cooperados e empregados por ramo no Brasil - dezembro de 2003	28
TABELA 2 - Distribuição de operadoras e beneficiários no Brasil - dezembro de 2004	37
GRÁFICO 1 - Evolução do número de cooperativas, segundo os principais ramos, registradas na OCB - de 1990 a 2003	28
GRÁFICO 2 - Quantidade de cooperativas brasileiras. por ramo	31
GRÁFICO 3 - Evolução da rentabilidade gerencial - 1997 a 2004 (% da receita bruta)	80
GRÁFICO 4 - Evolução das sobras brutas - 1997 a 2004 (% da receita bruta)	81
GRÁFICO 5 - Receita bruta e custo assistencial anual per capita - 1997 a 2004 (em R\$)	82
GRÁFICO 6 - Evolução das despesas operacionais - 2001 a 2004 (% da receita bruta)	83
GRÁFICO 7 – Evolução da liquidez geral – 1998 a 2004	84
GRÁFICO 8 - Evolução do índice de giro de operação, 1998 a 2004	84
GRÁFICO 9 - Evolução do grau de endividamento - 1998 a 2004	85
GRÁFICO 10 - Evolução do nível de capitalização - 1998 a 2004	86
GRÁFICO 11 - Evolução da carteira de clientes - 1997 a 2004	87
GRÁFICO 12 - Evolução da carteira de clientes por tipo de contratação - 1999 a 2004	87
GRÁFICO 13 - Gastos com TI sobre a receita bruta - de 1999 a 2004 (%)	88

LISTA DE ABREVIATURAS

ACI - Aliança Cooperativa Internacional

AMB - Associação Médica Brasileira

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

BACEN - Banco Central do Brasil

CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

CNPJ – Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas

CNSP - Conselho Nacional de Seguros Privados

CNSS - Conselho Nacional de Saúde Suplementar

FIBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

OCB - Organização das Cooperativas Brasileiras

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

TI -Tecnologia da Informação

UNIMED - Sistema Nacional de Cooperativas de Trabalho Médico

UNEs - Unidades estratégicas de negócios

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Contextualização	10
1.2 Problema de pesquisa	12
1.3 Objetivos	13
1.3.1 Objetivo geral	13
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4 Questões de pesquisa	13
1.5 Justificativas	14
1.6 Estrutura da dissertação	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Cooperativismo	16
2.2 Cooperativismo de trabalho no Brasil	29
2.2.1 Cooperativismo de trabalho no setor Saúde e regulamentação dos planos de saúde no Brasil	32
2.3 Estratégia empresarial	37
2.3.1 Abordagem Clássica	42
2.3.2 Abordagem Evolucionista	43
2.3.3 Abordagem Processualista	44
2.3.4 Abordagem Sistêmica	46
3. METODOLOGIA	48
3.1 Tipo de pesquisa	48
3.1.1 Quanto à abordagem	48
3.1.2 Quanto aos fins	49
3.1.3 Quanto aos meios	49
3.2. Universo, amostra e período de estudo	51
3.3. Coleta de dados	51
3.3.1 Fonte secundária	52
3.3.2 Fonte primária	52
3.4 Tratamento e análise dos dados	53

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1 Breve histórico da UNIMED BH	55
4.2 Análise dos ambientes interno e externo da UNIMED BH	57
4.3 Ações estratégicas formuladas e implementadas pela UNIMED BH a partir de 1999	67
4.4 Análise das abordagens estratégicas aplicadas pela UNIMED BH	75
4.5 Análise dos indicadores de desempenho	79
5. CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS	93
ANEXOS	96

RESUMO

SILVA, Geraldo Magela da. ESTRATÉGIAS PARA CONQUISTA DE MERCADO: Estudo de caso da Cooperativa de Trabalho Médico em Belo Horizonte - MG (UNIMED BH). Dissertação apresentada ao Mestrado em Administração Profissionalizante, FEAD MINAS - CENTRO DE GESTÃO EMPREENDEDORA – CAPES, 2005.

A presente pesquisa teve como objetivo estudar as ações estratégicas formuladas e implementadas para a conquista de mercado adotadas pela Cooperativa de Trabalho Médico em Belo Horizonte (UNIMED BH), a partir de 1999. Quanto à metodologia, trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, especificamente de um estudo de caso, com a finalidade exploratória e descritiva, na qual os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e de consulta aos documentos internos da cooperativa. Com base nos resultados obtidos, foi possível concluir que as ações estratégicas formuladas e implementadas para a conquista de mercado adotadas pela UNIMED BH, no período entre 1999 e 2004, estão relacionadas à ampliação da participação dos cooperados nas decisões estratégicas da cooperativa; à valorização do trabalho dos cooperados mediante o aumento de sua remuneração; à profissionalização da gestão; ao lançamento de novos produtos; à recomposição da carteira de clientes, por meio da ampliação da participação de clientes corporativos; à redução do volume de planos de saúde não regulamentados; e à capitalização da Cooperativa, que possibilitou a realização de investimentos significativos em sua infra-estrutura e o cumprimento das exigências legais de constituição de reservas técnicas. Tais estratégias possibilitaram um amplo desenvolvimento da UNIMED BH, que se posiciona atualmente como a maior operadora de planos de saúde do estado de Minas Gerais e uma das maiores do país.

Palavras-chave: estratégias; estratégias de sociedades cooperativas; planejamento estratégico; estratégia para conquista de mercado de cooperativas de trabalho médico.

ABSTRACT

SILVA, Geraldo Magela da. STRATEGIES FOR ACHIEVE OF MARKET: The case of the Cooperative of Work Medical in Belo Horizonte-MG (). Dissertation presented to the Masters of Professionalizing Administration, FEAD MINAS - CENTER OF ENTERPRISING MANAGEMENT – CAPES, 2005.

The present research had as objective to study the strategical actions formulated and implemented for conquest of market adopted by the Cooperative of Medical Work in Belo Horizonte (UNIMED BH), from 1999. Concerning the methodology, is about a research of qualitative nature, specifically a case study, with the exploratory and descriptive purpose, in which the data had been collected by means of half-structuralized interviews and consult to internal documents of the cooperative. On the basis of the acquired results it was possible to conclude that the strategical actions formulated and implemented for conquest of market adopted by the Cooperative of Medical Work in Belo Horizonte (UNIMED BH), in the period between 1999 the 2004 are related to the magnifying of the participation of the cooperated ones in the strategical decisions of the cooperative, the valuation of the work of the cooperated ones through the increase of its remuneration, to the professionalization of the management, the launching of new products, mainly the resetting of customers portfolio, through the magnifying of the participation of corporative customers, the reduction of the volume of plans of health not regulated and the capitalization of the cooperative that made possible the accomplishment of significant investments in its infrastructure and the fulfillment of the legal requirements of constitution of reserves techniques. Such strategies make possible an ample development of UNIMED BH considered as the biggest operator of plans of health of the state of Minas Gerais and one of the greatest of the country.

Key words: strategies; strategies of cooperative societies; strategical planning; strategy for conquest of market of cooperatives of medical work.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

Estruturar uma organização econômica e social formada por profissionais de uma mesma categoria, apesar da motivação e do interesse comum, exige conhecimento de gestão, de mercado e, acima de tudo, de uma ampla atuação política, de modo a conciliar todas as questões que envolvem o desenvolvimento de um empreendimento cooperativo.

Os fundamentos e a filosofia da sociedade cooperativa estão disseminados em todos os países. A Constituição Federal Brasileira de 1998 acolheu o cooperativismo em diversos artigos, destacando-se o art. 5º, inciso XVIII:

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes [...].

XVIII – a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independe de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento.

No art. 174 da nossa Carta Magna, a criação das sociedades cooperativas foi muito incentivada, sendo que a referida norma dispõe o seguinte:

Art. 174. Como agente normativo regulador da atividade econômica, o Estado, exercerá na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado. [...]

Parágrafo 2º. A Lei apoiará e estimulará o cooperativismo e outras formas de associativismo.

Apesar de todo este contexto constitucional e de o Brasil dispor de uma lei específica sobre as sociedades cooperativas – a lei 5.764/71 -, as cooperativas ainda enfrentam uma série de dificuldades para se desenvolver.

De acordo com dados da Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB, 2003), apenas 5.762.718 brasileiros participam de sociedades cooperativas na qualidade de cooperados (sócios). Portanto, a doutrina e a filosofia cooperativista ainda não são de pleno e amplo conhecimento em nosso país, gerando preconceitos e incompreensões.

O adequado tratamento tributário ao ato cooperativo, previsto na atual Constituição brasileira, ainda não foi regulamentado, o que tem causado conflitos significativos com o fisco e gerado um grande volume de ações em tramitação no Poder Judiciário.

Nos Estados Unidos, Canadá, Japão e maioria dos países europeus, mais de 25% da população está ligada diretamente ao cooperativismo.

Organizar a força de trabalho de uma determinada categoria profissional, por meio de um empreendimento coletivo, autogestionário e social - ou seja, uma empresa cooperativa - possibilita o estabelecimento de metodologia de trabalho diferenciada, de modo a oportunizar a esses profissionais, sócios desse empreendimento, auferir melhores rendimentos e condições socioeconômicas, e, ainda, oferecer ao mercado serviços especializados a custos compatíveis com a realidade e a expectativa de todas as partes envolvidas.

As cooperativas de trabalho, apesar de seu caráter social, são sociedades econômicas que têm de disputar e conquistar espaço no mercado como qualquer outro tipo de organização empresarial. Mediante a da profissionalização de sua gestão, poderão obter condições ideais para definir as estratégias adequadas à disputa e conquista dos mercados.

A cooperativa objeto deste estudo é a Cooperativa de Trabalho Médico de Belo Horizonte (UNIMED BH), que atua no setor de saúde suplementar - mais especificamente, na operação de planos de saúde. Este setor foi regulamentado em nosso país por legislação específica, aprovada pelo Congresso Nacional em 1998, que vigora desde janeiro de 1999. Por isso, o estudo de caso desta organização reveste-se de enorme relevância nesse momento, em decorrência da significativa importância do setor Saúde no contexto da sociedade brasileira.

Além disso, a aceleração do desemprego em nosso país, resultante da crise econômica iniciada em 1997, somada à modificação da forma de produzir bens e serviços, com a incorporação de novas tecnologias, fez com que diversas categorias profissionais buscassem alternativas para se manterem no mercado de trabalho. Segundo dados da pesquisa mensal de emprego de setembro/2005, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – (IBGE, 2005), cerca de 9,4% da população economicamente ativa das seis principais regiões metropolitanas do nosso país encontrava-se desempregada.

A experiência das cooperativas de trabalho dos profissionais de saúde motivou e pode servir de referência para outras categorias profissionais, no sentido de buscar, mediante esse tipo de organização econômica e social, alternativas para a geração e manutenção de postos de trabalho. Também se reveste de igual relevância a contribuição que as cooperativas de trabalho de profissionais de saúde estão oferecendo à sociedade brasileira, no sentido de se apresentar como uma alternativa aos serviços públicos de saúde.

1.2 Problema de pesquisa

A UNIMED BH iniciou, a partir de 1999, a implementação de um planejamento estratégico, em decorrência da nova realidade do segmento de saúde suplementar, tendo em vista que o negócio da cooperativa teria de submeter-se às regras, normas e fiscalização por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão governamental criado para tal fim, em decorrência da legislação. Nesse contexto, a presente pesquisa buscou analisar como se deu a formulação e implantação das estratégias da UNIMED-BH e os respectivos resultados alcançados, fundamentado-se nas seguintes questões:

Como estão relacionadas as estratégias para a conquista de mercado, implementadas a partir da regulamentação do setor, com o atual estágio de desenvolvimento da Cooperativa de Trabalho Médico, que atua no setor de saúde em Belo Horizonte?

Como as estratégias influenciam no estágio de desenvolvimento da Cooperativa de Trabalho Médico?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Estudar as ações estratégicas formuladas e implementadas para a conquista de mercado adotadas pela Cooperativa de Trabalho Médico de Belo Horizonte (UNIMED BH), no período entre 1999 e 2004.

1.3.2 Objetivos específicos

- Descrever o processo de criação da Cooperativa;
- Analisar o ambiente externo, para identificar as principais ameaças e oportunidades às quais a Cooperativa está exposta, bem como realizar a análise interna, visando identificar os principais pontos fortes e fracos;
- Identificar o nível de conscientização e participação do cooperado nas atividades da Cooperativa, em especial na definição das estratégias competitivas;
- Identificar as principais ações estratégicas formuladas e implementadas pela Cooperativa no período analisado; e
- Quantificar os principais indicadores de desempenho para medir a eficácia das estratégias formuladas e implementadas pela Cooperativa para conquistar o mercado no período analisado.

1.4 Questões de pesquisa

Os profissionais liberais da área da Saúde, assim como todos os demais trabalhadores, vêm enfrentando enormes dificuldades para se inserir no mercado de trabalho, bem como para se manter no mesmo.

As organizações empresariais que demandam uma grande gama de serviços profissionais enfrentam grandes dificuldades de ordem econômica, principalmente no tocante aos custos de mão de obra, encargos sociais e tributos, entre outros.

As cooperativas de trabalho vêm se expandindo, por interesse dos profissionais e também das empresas e outros tipos de organizações públicas e privadas que tentam compatibilizar qualidade de serviços e otimização de custos. É importante questionar o seguinte:

- O nível de conscientização e envolvimento do cooperado com a Cooperativa contribuiu diretamente para a ampliação de sua participação no mercado?
- A Cooperativa, no período analisado, formulou e implementou estratégias que contribuíram para a conquista de mercado?
- Se formulou e implementou estratégias, as mesmas foram decorrentes de uma ação isolada da Direção da Cooperativa ou resultaram de uma ampla discussão e participação com os cooperados?

1.5 Justificativas

Este estudo pretende contribuir para despertar o interesse da comunidade científica no sentido de realizar outros estudos sobre cooperativismo de trabalho em nosso país, bem como possibilitar que os profissionais da saúde e de outras categorias compreendam a importância das cooperativas de trabalho no contexto socioeconômico brasileiro. A fixação do período de estudo relativo aos últimos seis anos (1999 a 2004) deve-se ao fato de que a 9656/98, que regulamentou os planos de saúde privada em nosso país, ter promovido uma profunda alteração no mercado de trabalho do setor de Saúde, mediante o estabelecimento de uma legislação bastante criteriosa e que criou a Agência Nacional de Saúde (ANS), responsável pela regulação e fiscalização do setor.

Neste contexto, o estudo também pretende contribuir para uma melhor compreensão do desenvolvimento do segmento de saúde privada, a partir da regulamentação dos planos de saúde, e, ainda, verificar a importância das estratégias no desenvolvimento das organizações que nele atuam.

Outro aspecto relevante a considerar é que o autor atua desde 1990 em cooperativas de trabalho, especialmente ligadas ao setor da Saúde, exercendo funções gerenciais e diretivas, bem como presta consultoria a essas organizações. Tem, portanto, interesse pessoal e profissional que justifica a realização do presente estudo.

1.6 Estrutura da dissertação

A dissertação foi estruturada em seis capítulos, incluindo esta Introdução, em que se faz a contextualização do tema, identificando o problema de pesquisa, os objetivos a serem atingidos, as questões da pesquisa e as justificativas para realização do trabalho.

No Capítulo **2**, expõe-se o referencial teórico no qual a pesquisa se apóia, delineando a doutrina cooperativista, seu desenvolvimento no Brasil, principalmente no campo do trabalho no setor Saúde, e as abordagens do pensamento estratégico.

No Capítulo **3**, apresenta-se a metodologia de pesquisa adotada no presente estudo.

No Capítulo **4**, descrevem-se os resultados e faz-se discussão da análise dos dados.

No Capítulo **5**, apontam-se as conclusões obtidas na pesquisa e formulam-se as sugestões para futuras pesquisas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico proposto para o presente trabalho foi estruturado de modo a oferecer uma sustentabilidade teórico-científica à pesquisa. Objetivando uma melhor compreensão, este capítulo foi estruturado em quatro eixos. No primeiro, discute-se o cooperativismo na perspectiva de diversas abordagens teóricas. No segundo, aborda-se o cooperativismo no campo do trabalho e, em especial, aplicado no segmento de saúde suplementar no Brasil. As abordagens sobre estratégia empresarial são discutidas no terceiro considerando um conjunto de pensadores e teóricos sobre a formulação das estratégias. E, por último, trata-se da regulamentação do segmento de saúde suplementar que opera a atividade de planos de saúde no Brasil.

2.1 Cooperativismo

A primeira cooperativa moderna foi de consumo, montada por 27 trabalhadores e uma trabalhadora, de nome Anee Tweedale, todos de ofícios modestos, a grande maioria de tecelões, no Beco do Sapo (*Toad Lane*), em Rochdale, Manchester (um importante centro têxtil), na Inglaterra, em 1844, em um contexto de estratégia de sobrevivência após uma greve prolongada. À frente do movimento de fundação desta cooperativa encontravam-se líderes owenistas e cartistas (o cartismo era um movimento de reivindicação de direitos dos trabalhadores). Vivenciando dificuldades financeiras para comprar gêneros de primeira necessidade, esses trabalhadores resolveram se associar para fazer a compra desses produtos em conjunto, conseguindo, assim, melhores condições de preço. No contexto de capitalismo concorrencial e de opressão vivido pelos trabalhadores, essa cooperativa de consumo significou uma reação em defesa da situação econômica dos trabalhadores.

Para Pinho (1996), a fundação dessa cooperativa é o marco que simboliza o início do movimento cooperativista, que se expandiu por todo o mundo.

Em 1849, a cooperativa contava com 390 associados; em 1859, havia 2.703; em 1869, eram 5.809; e em 1879, o total de associados era de 10.427, com um capital de 28.035 libras (havia começado com um capital de 28 libras). Os “Pioneiros de Rochdale” desenvolveram várias outras cooperativas, como de habitação e de produção de vários produtos, e abriram várias filiais da cooperativa de consumo. A Sociedade dos Pioneiros de Rochdale mostrou

enorme capacidade de adaptação às oportunidades e aos riscos da economia de mercado, e fez isso sem abrir mão dos princípios cooperativistas. Pelo contrário, foi exatamente a harmonização desses dois fatores que possibilitou seu crescimento, tornando-a um modelo para as cooperativas futuras. A diferença entre a cooperativa de Rochdale e os demais empreendimentos cooperativos até então é que naquela havia outras preocupações.

Os trabalhadores de Rochdale não se limitaram a constituir a cooperativa; eles elaboraram, conjuntamente, todo um corpo de idéias e regras gerais, regulamentando o seu funcionamento, com base em princípios morais e de conduta, justificando assim a iniciativa. Chegaram, até mesmo, a esboçar um programa do que seria a evolução dessa experiência no futuro. Em síntese, os objetivos que os pioneiros propunham-se alcançar eram:

- constituir um capital para a emancipação econômica do proletariado, mediante economia realizada sobre a compra em comum de gêneros alimentícios;
- construir casas para fornecer alojamento a preço de custo;
- promover a educação e a luta contra o alcoolismo; e
- criar uma cooperação integral, isto é, criar, paulatinamente, pequenos núcleos, nos quais a produção e a repartição seriam organizadas, e multiplicar esses núcleos.

Para Singer (2002), o cooperativismo de consumo desempenhou importante papel na difusão do cooperativismo pela Europa a partir de meados do século XIX. Seu começo foi claro: a famosa cooperativa dos Pioneiros Equitativos de Rochadale, considerada a mãe de todas as cooperativas. O impulso para a criação desta cooperativa pode ter sido a derrota de uma greve de tecelões em 1844. Adotaram, então uma série de princípios, que seriam depois imortalizados como “Os Princípios Universais do Cooperativismo”:

- 1º) “Nas decisões a serem tomadas, cada membro teria direito a um voto, independentemente de quanto investiu na cooperativa”;
- 2º) “O número de membros da cooperativa era aberto, sendo, em princípio, aceito quem desejasse aderir”. Por isso, este princípio é conhecido como o da “porta aberta”;
- 3º) “Sobre o capital integralizado, a cooperativa pagaria uma taxa de juros fixa”;
- 4º) “As sobras seriam divididas entre os membros na proporção das compras de cada um na cooperativa”;
- 5º) “As vendas feitas pela cooperativa seriam sempre à vista”;
- 6º) “Os produtos vendidos pela cooperativa seriam sempre puros” (isto é, não adulterados);

7º) “A cooperativa se empenharia na educação cooperativa”;

8º) “A cooperativa manter-se-ia sempre neutra em questões religiosas e políticas”.

A sociedade prosperava economicamente, funcionando de forma democrática e participativa, exercendo sua função social. Essa atitude representou uma reação à ganância capitalista, que, na época, submetia crianças e mulheres a uma jornada de até 16 horas de trabalho.

O êxito dessa iniciativa tornou-se um exemplo para outros grupos. As cooperativas de consumo multiplicaram-se pela Europa de forma tão intensa que, em 1881, já existiam cerca de mil sociedades e 550 mil associados.

Segundo vários autores (SCHULZE, 1987; PINHO, 1996; RODRIGUES, 1997; FIGUEIREDO, 2000 e SINGER, 2002), em seu surgimento o cooperativismo teve como seus principais ideólogos:

Robert Owen (1771-1858) - Principal representante do socialismo utópico inglês, industrial próspero e filantropo, era considerado em sua época um sonhador. Negava o livre arbítrio e era agnóstico e de moral laica (própria dos leigos). Acreditava que o homem era produto do meio e que a melhoria das condições de vida das classes menos favorecidas dar-se-ia mediante a aplicação dos princípios da "etologia" (ciência da moral). De acordo com Owen, "os homens têm interesse em se unir no trabalho e em cooperarem uns com os outros". Como industrial, resolveu implantar em sua empresa um verdadeiro laboratório para as suas teses. Assim é que reduziu a jornada de trabalho dos seus operários, aumentou os salários, proibiu o trabalho de crianças menores de 10 anos de idade (o que era muito comum na época), construiu escolas gratuitas para os filhos de seus empregados, amparou a velhice e introduziu práticas previdenciárias até então inexistentes. Owen acreditava que toda a fonte do egoísmo humano residia na existência da propriedade privada, e por esse motivo propunha a sua substituição pela propriedade comunitária, em que os trabalhadores seriam agrupados em cooperativas. Com relação à moeda, pregava que a sua simples existência era a causa maior das crises econômicas, da fome e do aumento do desemprego. Por esse motivo, em 1832, propôs a sua substituição, como remuneração do fator trabalho, por vales, equivalentes ao total de horas trabalhadas na produção de bens e serviços. Esses vales seriam então trocados nos "armazéns de troca de trabalho" por produtos e serviços, cujos preços também seriam expressos em equivalentes a horas de trabalho. Em 1828, Owen resolveu ampliar o seu

laboratório. Partiu para os Estados Unidos, onde fundou a "New Harmony", uma cooperativa integral, cujo funcionamento durou menos de um ano.

William King (1786-1865) - Socialista utópico inglês, discípulo de Robert Owen e um dos responsáveis pelo desenvolvimento do cooperativismo de consumo inglês. Em 1827, organizou, no condado de Binghamton, a primeira cooperativa de consumo da Inglaterra. Essa experiência deu origem à formação de, aproximadamente, 300 (trezentas) outras cooperativas, que foram sendo extintas, uma a uma, por falta de uma sistematização adequada que pudesse garantir-lhes a sobrevivência.

Philippe Buchez (1796-1865) - Iluminista e socialista utópico francês, criador das cooperativas de produção na França, tendo organizado, fundado e acompanhado o funcionamento de diversas delas, a partir de 1832. Todas as cooperativas fundadas por Buchez observavam, rigorosamente, os seguintes procedimentos:

- reuniam o capital existente sob a forma de poupanças;
- concediam empréstimos a pequenos empreendedores, com juros subsidiados, e financiavam a expansão dos já existentes;
- organizavam um sistema produtivo comum, visando à obtenção de economia de escala e, em consequência, a um consumo maior;
- remuneravam igualmente o mesmo tipo e quantidade de trabalho; e
- formavam fundos com os resultados deste sistema de produção (sobras).

Louis Blanc (1812-1882) - Economista, filósofo e ministro da economia da França, dedicou-se à fundação de cooperativas de produção, tendo-se utilizado de todo o seu prestígio como político e intelectual para alcançar esse intento. Defendia a abertura das "oficinas sociais", as quais deveriam, segundo sua proposta, funcionar como associações locais, nas quais todos os membros fossem proprietários (donos) e os resultados (sobras) fossem divididos em três partes distintas, a saber: a dos operários, que teriam o seu trabalho remunerado igualmente; a destinada à constituição de um fundo social para o amparo de trabalhadores doentes e mais carentes; e a destinada à compra de bens de capital (máquinas e equipamentos) para a ampliação da produção.

Charles Gide (1847- 1932) - Advogado, filósofo e professor de Economia Política, nasceu numa pequena cidade no interior de França chamada Urzes. Lecionou em diversas

universidades no interior do seu país, até que, no final de sua carreira acadêmica, aos 74 anos de idade, teve reconhecido o seu enorme trabalho de educador e filósofo, ao assumir uma cátedra de cooperativismo, na mais conceituada instituição francesa de ensino: o Collège de France. Gide aposentou-se na sua cátedra em 1930, aos 83 anos de idade, já com problemas de saúde, vindo a falecer cerca de dois anos mais tarde. O curso de cooperativismo no Collège de France foi criado em 1921 pela Federação de cooperativas de Consumo da França, existindo até hoje. Tem na figura de Gide a sua maior expressão intelectual. O interesse e dedicação de Gide pelo cooperativismo, mais especificamente pela sua difusão e perpetuação prática, fez com que, durante quase toda a sua vida acadêmica, estivesse sempre ligado aos grandes intelectuais franceses, estudiosos e adeptos dessa filosofia. Assim é que Edouard Boyve e Auguste Fabre foram os seus primeiros aliados, principalmente por já conhecerem, com uma certa profundidade, a experiência de Rochdale. Juntos, eles criaram diversas cooperativas de consumo, algumas das quais ficaram marcadas historicamente no cooperativismo, não só pelo seu pioneirismo, como também pela singularidade dos seus nomes. Dentre essas, podemos destacar: "A Solidariedade", "O Renascimento" e "A Abelha de Nimes". Nessa mesma época, o número de cooperativas de consumo na França já ultrapassava uma centena, e isso propiciou a Gide e seus colaboradores que comesçassem a defender a necessidade de criação de um sistema federativo, baseado na experiência já então bem-sucedida na Inglaterra. Entretanto, isso só veio efetivamente a acontecer na França em 1865, quando 36 cooperativas formaram a União das Cooperativas Francesas de Consumo.

Em 1889, houve um congresso na cidade de Lyon, ocasião em que Gide defendeu uma tese polêmica, que viria a se tornar emblemática para os ideais cooperativistas em todo mundo: "O cooperativismo é a alternativa adequada ao capitalismo, representado pelas teses smithianas da Economia Clássica, e à ditadura do proletariado, defendida por Marx e Engel .

Foi também nesse mesmo congresso que Gide lançou os fundamentos do seu "Programa das Três Etapas", que, em síntese, propunha o seguinte:

- Reorganizar as cooperativas de consumo existentes, reagrupando-as dentro de uma estrutura comum e com uma parte do capital disponível, e formar grandes armazéns atacadistas, para centralizar todas as compras;
- Com uma outra parte do capital, passar a produzir todos os produtos e serviços que pudessem ser consumidos pelos cooperados, tais como: pão, trigo, tecidos, roupas, calçados, papel e sabão;

- Adquirir pequenas propriedades rurais para nelas produzir cereais, vinho, frutas, leite, carnes, etc., bem como todos os demais produtos primários necessários ao consumo dos cooperados.

Traduzindo, sinteticamente, as três teses de Gide, teríamos as seguintes seqüências de ações:

- As cooperativas de consumo e suas centrais assumiriam todas as funções comerciais necessárias aos seus cooperados, eliminando, dessa forma, a figura dos intermediários;
- As cooperativas e suas centrais assumiriam, em seguida, toda a atividade industrial e de serviços necessárias ao consumo dos seus cooperados.

Finalmente, as cooperativas e suas centrais assumiriam todas as atividades primárias, gerando os produtos agrícolas necessários ao consumo dos seus cooperados.

O objetivo final da proposta de Gide era a formação da chamada "República Cooperativista", com a total eliminação do trabalho assalariado. Nessa República, todos trabalhariam juntos, associados a um sistema singular de distribuição de trabalho. A partir da implantação das três etapas acima mencionadas, ocorreria como consequência, a total eliminação do lucro do sistema capitalista, consagrando-se então o cooperativismo como a única alternativa viável entre este sistema e o marxismo.

George Fauquet (1873-1953) - Médico francês, com atuação destacada na formação da Oficina Técnica da Federação de Cooperativas de Consumo da França. Na concepção fauquetiana, o cooperativismo estaria intimamente ligado ao setor privado da economia, porque era originário das pequenas economias e das atividades do lar, do campo e das cidades, e esses dois setores, futuramente, teriam a tendência de ser fundidos, embora conservando suas respectivas autonomias.

A principal obra de Fauquet foi escrita em 1935 e se chamava "O Setor Cooperativo", na qual ele procurava delimitar as relações entre o cooperativismo e os demais setores da economia, como se segue:

- Com o setor capitalista - haveria competição e lutas, sendo preservadas, entretanto, as relações comerciais nas economias locais e internacionais.
- Com o setor público – dependeria, basicamente, das orientações políticas de cada Estado e do desenvolvimento das cooperativas. Essas relações, portanto, seriam complexas e variáveis.

Sinteticamente, as principais e mais representativas idéias de Fauquet sobre o cooperativismo podem ser assim resumidas:

- O objetivo do cooperativismo é fazer os homens solidários e responsáveis.
- A cooperação eleva o nível material e moral das classes populares.
- O cooperativismo pode fornecer uma nova força aos antigos valores morais, tão desprezados pelo capitalismo.
- Se o cooperativismo, ou qualquer outra atividade econômica, vacilar no seu conteúdo moral, também vacilará na sua finalidade econômica.
- O núcleo propagador do cooperativismo é a atividade de cada cooperado e a sua participação direta em todas as atividades desenvolvidas pela cooperativa.

Segundo Figueiredo (2000), o cooperativismo é uma doutrina, sistema, movimento ou simplesmente, uma atitude ou disposição que considera as cooperativas como forma ideal de organização das atividades socioeconômicas da Humanidade. O cooperativismo tem por metas: desenvolver por todos os meios ao seu alcance a fraternal convivência entre os cooperados; tratar dos seus interesses comuns; estabelecer todas as formas de proteção e defesa dos seus membros; e promover sobre sólidas bases a sua prosperidade, a sua riqueza, a sua independência e o seu progresso material e moral.

A Aliança Cooperativa Internacional, em seu Congresso do Centenário realizado em 1995, em Manchester, na Inglaterra, segundo ainda Figueiredo (2000), conceitua a cooperativa como uma sociedade de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, por meio de uma empresa de propriedade coletiva e democraticamente gerida. O sócio ou associado da cooperativa é denominado “cooperado”. Cooperado é o trabalhador urbano ou rural, profissional de qualquer atividade socioeconômica, que se associa para, ativamente, participar de uma cooperativa, assumindo responsabilidades, direitos e deveres que lhe são inerentes, ao integralizar o seu capital de acordo com o disposto no estatuto social da cooperativa.

Conforme a OCB (2004), a partir da criação da Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale, a idéia de cooperação ganhou novos contornos. O que antes acontecia na forma de agrupamentos momentâneos, com objetivos específicos, agora se tornava um sistema duradouro, que gerava resultados extremamente positivos para todos. Nascia o cooperativismo como movimento, filosofia de vida e modelo socioeconômico, capaz de unir

desenvolvimento econômico e bem-estar social, tendo a participação democrática, a solidariedade, a independência e a autonomia como referências fundamentais. Um sistema fundamentado na reunião de pessoas, e não no capital, em que o empreendimento comum realizado – em qualquer ramo de atividade – visa a satisfação das necessidades do grupo, e não ao lucro; e busca a prosperidade conjunta, e não individual. Tal a diferença faz do cooperativismo a alternativa socioeconômica que leva ao sucesso com equilíbrio e justiça entre os participantes. Associado a valores universais, o cooperativismo se desenvolve independentemente de território, língua, credo ou nacionalidade.

Modelo bem-sucedido, as regras de funcionamento e gestão que os probos de Rochdale estabeleceram para sua cooperativa passaram a ser seguidas, sistematicamente. Em 1937, no Congresso da Aliança Cooperativa Internacional (ACI) realizado em Paris, França, essas normas foram reunidas em cinco tópicos, que apontavam as características necessárias para que um empreendimento se caracterizasse como uma cooperativa.

Denominados “Princípios do Cooperativismo, passaram a balizar o movimento em todo o mundo. Em outros dois momentos - em 1966, no Congresso em Viena, Áustria; e em 1995, no Congresso Centenário da ACI, em Londres, Inglaterra, o texto sofreu alterações, e dois novos princípios foram criados, totalizando sete na atualidade:

- ***Adesão livre e voluntária*** - As cooperativas são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas aptas a utilizar os seus serviços e assumir as responsabilidades como membros, sem discriminação de gênero, social, racial, política e religiosa;
- ***Gestão democrática e livre*** - As cooperativas são organizações democráticas, controladas pelos seus membros, que participam ativamente na formulação das suas políticas e na tomada de decisões. Os homens e mulheres, eleitos como representantes dos demais membros, são responsáveis perante estes. Nas cooperativas de primeiro grau, os membros têm igual direito de voto (um membro, um voto). As cooperativas de grau superior são também organizadas de maneira democrática.
- ***Participação econômica dos associados*** - Os membros contribuem equitativamente para o capital das suas cooperativas e controlam-no democraticamente. Parte desse capital é, normalmente, propriedade comum da cooperativa. Os membros recebem, habitualmente, se

houver, uma remuneração limitada ao capital integralizado, como condição de sua adesão. Os membros destinam os excedentes a uma ou mais das seguintes finalidades: desenvolvimento das suas cooperativas, eventualmente mediante a criação de reservas, parte das quais, pelo menos, será divisível; benefícios aos membros, na proporção das suas transações com a cooperativa; e apoio a outras atividades aprovadas pelos membros.

- ***Autonomia e independência*** - As cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, controladas pelos seus membros. Se firmarem acordos com outras organizações, incluindo instituições públicas, ou recorrerem a capital externo, devem fazê-lo em condições que assegurem o controle democrático pelos seus membros e mantenham a autonomia da cooperativa.

- ***Educação, formação e informação*** - As cooperativas promovem a educação e a formação dos seus membros, dos representantes eleitos e dos trabalhadores, de forma que estes possam contribuir, eficazmente, para o desenvolvimento das suas cooperativas. Informam o público em geral, especialmente os jovens e os líderes de opinião, sobre a natureza e as vantagens da cooperação.

- ***Intercooperação*** - As cooperativas servem de forma mais eficaz os seus membros e dão mais força ao movimento cooperativo trabalhando em conjunto, por meio das estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.

- ***Preocupação com a comunidade (responsabilidade social)*** - As cooperativas trabalham para o desenvolvimento das comunidades por meio de políticas aprovadas pelos membros.

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

De acordo com Koulytchizki (1980), uma cooperativa se organiza com base na solidariedade entre seus membros, com interesses individuais comuns ou semelhantes em sua maioria.

O cooperativismo, segundo Pinho (1996), caracteriza-se por ser um sistema “econômico-social” que visa ao bem estar e à paz social, mediante a defesa dos interesses dos produtores e dos consumidores. As cooperativas são sociedades que não têm por objetivo somente o lucro. Qualquer que seja o cooperado, independente de seu poder econômico e político, ele tem o direito a somente um voto nas assembleias. As sobras, ao final de cada exercício social, são distribuídas aos cooperados, na razão de sua participação na entrega da produção e consumo.

Schulze (1987) ressalta ainda que as cooperativas assumem, essencialmente, devido aos seus princípios doutrinários, a dupla função de associação (enquanto reunião de pessoas) e de empresas (enquanto reunião de capital). Por outro lado, os cooperados também assumem o duplo papel de donos e usuários do empreendimento. O Quadro 1 apresenta uma comparação entre sociedade cooperativa e sociedade empresarial.

Quadro 1 - Comparação entre sociedade cooperativa e sociedade empresarial

SOCIEDADE COOPERATIVA	SOCIEDADE EMPRESARIAL
É uma sociedade simples de pessoas que funciona democraticamente.	É uma sociedade de capital que funciona hierarquicamente.
Seu objetivo principal é a prestação de serviços aos associados.	Seu objetivo principal é o lucro.
O associado é sempre dono e usuário da sociedade.	Os sócios vendem seus produtos e serviços a uma massa de consumidores.
Cada associado tem direito a um voto nas assembleias gerais.	Cada ação ou quota de capital corresponde a um voto nas assembleias ou reuniões.
O controle é democrático.	O controle é financeiro.
As quotas de capital não podem ser transferidas a terceiros.	As ações ou quotas de capital podem ser negociadas e ou transferidas a terceiros.
Afasta ou disciplina as ações dos intermediários.	São, muitas vezes, os próprios intermediários.
Os resultados retornam aos associados de forma proporcional às operações efetuadas com a cooperativa.	Dividendos retornam aos sócios proporcionalmente ao capital que possuem na sociedade.
Aberta à participação de novos associados (número ilimitado de sócios).	Pode limitar a quantidade de acionistas ou quotistas.
Defende preços justos.	Defende o maior preço possível para os seus produtos e serviços.
Busca promover a integração entre as cooperativas.	Promove concorrência entre as sociedades.
O compromisso é econômico, social e educativo.	O compromisso é predominantemente econômico.
Nas assembleias gerais, o quorum é baseado no número de associados presentes.	Nas assembleias gerais, o quorum é baseado no capital presente.

Fonte: Núcleo de Banco de Dados da OCB (2003), adaptado pelo autor.

Na perspectiva de que a cooperativa possui um duplo caráter - de sociedade de pessoas e de empresa -, Fleury (1983) cita Henri Desroche, que a define como uma associação de pessoas, que possui três características básicas:

- 1) propriedade cooperativa: significa que os usuários da cooperativa são os seus proprietários, e não aqueles que detêm o capital;
- 2) gestão cooperativa: implica a concentração do poder decisório nas mãos dos associados;
- 3) repartição cooperativa: significa que a distribuição do lucro da cooperativa (sobras líquidas) é feita proporcionalmente à participação dos associados nas operações.

As cooperativas, com suas características peculiares, compõem, segundo Rodrigues (1997), o único setor da economia cuja doutrina tem sua ênfase no equilíbrio entre o econômico e o social, e tem-no como seu primeiro problema em relação à globalização, pois elas terão de ser eficientes e competitivas. Rodrigues (1997) enfatiza a necessidade de implementação de um cooperativismo de resultados.

De acordo com a OCB (2004), no Brasil, o movimento cooperativista teve início no final do século XIX. Em 1889, na cidade de Ouro Preto, Minas Gerais, é fundada a Cooperativa Econômica dos Funcionários Públicos de Ouro Preto, considerada a primeira cooperativa constituída no país. Em seguida, são citadas: Associação Cooperativa dos Empregados da Companhia Telefônica de Limeira, no estado de São Paulo (1891); Società Cooperativa delle Convenzioni Agricolli, em Alfredo Chaves, Veranópolis, no Rio Grande do Sul; ea Cooperativa Militar de Consumo, no Rio de Janeiro (1894). Na virada do século XX, o cooperativismo recebeu grande impulso no sul do país, pelas mãos do padre jesuíta suíço Theodor Amstad. Foi assim que surgiu a primeira cooperativa de crédito – rural – no Brasil, em 1902, na cidade de Nova Petrópolis, estado do Rio Grande do Sul, sendo a mais antiga cooperativa em funcionamento no país.

Segundo Antonialli (2000), em 1907, surgiram as primeiras cooperativas agropecuárias, em Minas Gerais, inicialmente de produtores de café. Posteriormente, na região Sul, surgiram cooperativas agropecuárias nas comunidades de origem italiana e alemã.

O cooperativismo veio se desenvolvendo no Brasil, mas fundamentalmente no meio rural, apesar de a constituição de cooperativas de consumo e de crédito também ter sido expressiva até o início dos anos 1960. A partir da revolução de 1964, a constituição de cooperativas no Brasil só podia ocorrer após autorização expressa do governo federal.

O Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) era o órgão responsável por conceder a autorização para a constituição e o funcionamento de cooperativas de qualquer ramo. No caso de cooperativas de crédito, o Banco Central do Brasil (BACEN) e o INCRA, também tinham de autorizar o funcionamento dessas cooperativas.

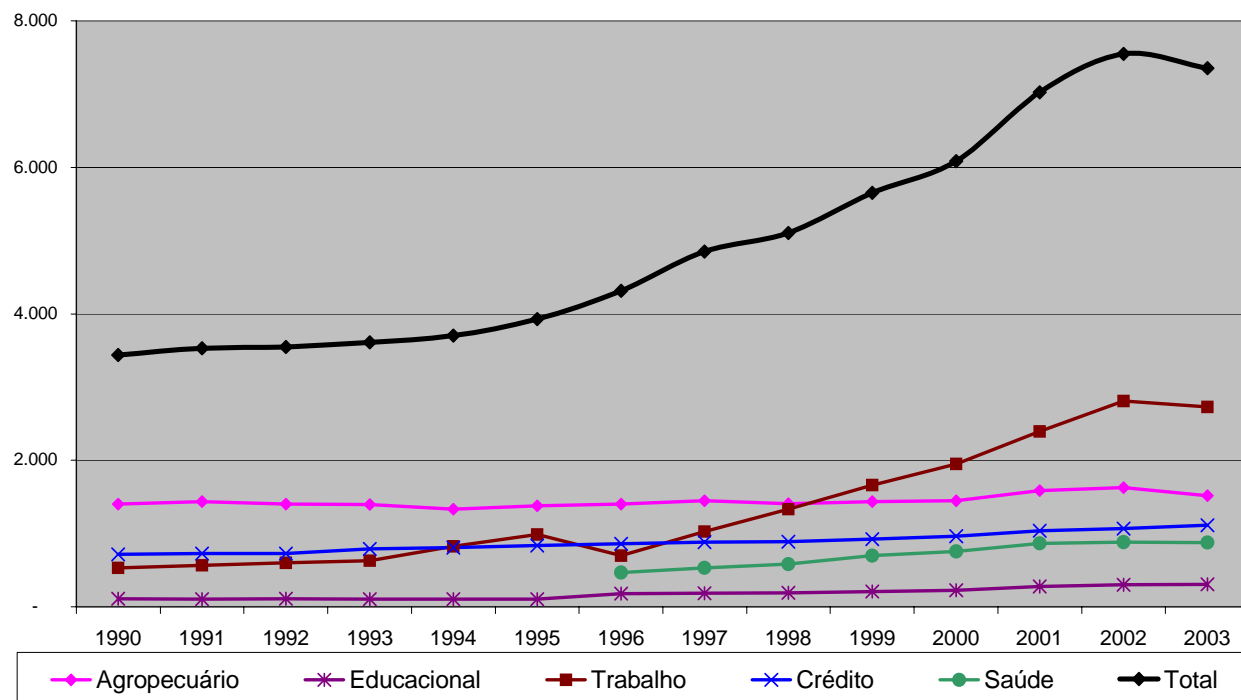
Em 1971, foi aprovada pelo Congresso Nacional a lei 5.764/71, que dispõe sobre a constituição e o funcionamento das sociedades cooperativas. Como o regime político era de exceção, não havia liberdade de constituírem-se cooperativas, que, muitas vezes não conseguiam a autorização para seu funcionamento por questões políticas; ou seja, consideradas inconvenientes dentro do contexto de interesse político do regime vigente.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, denominada “Cidadã”, as cooperativas adquiriram o *status* de organizações econômicas e sociais autogestionárias; ou seja, podiam ser constituídas e funcionar livremente, respeitados os dispositivos legais aplicáveis da lei 5.764/71, lei que vigora até os dias atuais, uma vez que foi recepcionada pela nova Carta Magna brasileira.

O movimento cooperativista brasileiro, ainda nos anos de 1960, começa também a disseminar-se no meio urbano. Porém, a partir dos anos 1980, com o início de flexibilização do regime político vigente, inicia-se um processo de urbanização do cooperativismo, até então muito mais expressivo no meio rural. Contudo, foi na década de 1990 que ocorreu uma grande expansão no número de cooperativas brasileiras, como resultado da nova Constituição Federal.

A evolução do número de cooperativas no Brasil nos principais ramos de atividade entre 1990 e 2003 é apresentada no Gráfico 1.

Na Tabela 1, são apresentados os dados referentes à quantidade de cooperativas, cooperados e empregados, por ramo, no Brasil em dezembro de 2003.



Obs.: 1.) de 1990 a 1995 as cooperativas médicas faziam parte do ramo de trabalho. A partir de 1996, elas foram excluídas daquele ramo.
 2.) Ano 2002 - As cooperativas de transporte estão incluídas no Ramo Trabalho, apesar de ter sido criado o Ramo Transporte em julho/2001.
 Fonte : Núcleo Banco de Dados - elaboração : GETEC/OCB

Gráfico 1 - Evolução do número de cooperativas, segundo os principais ramos, registradas na OCB - de 1990 a 2003

Fonte: OCB (2003)

Tabela 1 - Quantidade de cooperativas, cooperados e empregados por ramo no Brasil em dezembro de 2003

RAMO	COOPERATIVAS	COOPERADOS	EMPREGADOS
Agropecuário	1.519	940.482	110.910
Consumo	158	1.920.311	7.219
Crédito	1.115	1.439.644	23.291
Educacional	303	98.970	2.874
Especial	7	2.083	6
Habitacional	314	104.908	2.472
Infra-estrutura	172	575.256	5.500
Mineral	34	48.830	35
Produção	113	9.559	315
Saúde	878	261.871	23.267
Trabalho	2.024	311.856	4.036
Turismo e Lazer	12	396	2
Transporte	706	48.552	2.099
Total	7.355	5.762.718	182.026

Fonte: Núcleo do Banco de Dados da OCB – Dezembro/2003 – Adaptado pelo autor.

2.2 Cooperativismo de trabalho no Brasil

Segundo Figueiredo (2000), as cooperativas de trabalho são sociedades de pessoas que, reciprocamente, obrigam-se a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro, vez que o resultado do trabalho é dividido entre os cooperados. Trata-se de uma modalidade que vem despontando como opção para gerar, manter ou recuperar postos de trabalho. Denominam-se “cooperativas de trabalho” tanto as que produzem bens como aquelas que produzem serviços, sempre pelos próprios cooperados. São trabalhadores cooperados todos os sócios da sociedade cooperativa, desde os que executam os trabalhos mais simples (carregadores, pedreiros, garis, etc.) até especialistas, como médicos, dentistas, engenheiros e advogados. Esse ramo permite que o trabalhador se organize em grupos para atuar no mercado sem intermediários. Por meio de uma cooperativa de trabalho, organizam-se, sendo, ao mesmo tempo, donos do próprio negócio, oferecendo ao mercado uma prestação de serviço qualificada, como também usuários dos serviços ofertados pela cooperativa (benefícios). Constitui-se numa empresa autogestionária e auto-sustentável. Como qualquer outra empresa, as cooperativas, ao praticarem operação comercial, pagam tributos, sendo que o ato cooperativo (art. 79, da lei 5.764/71), entre cooperados, não sofre incidência tributária. Quem recebe o ganho é cooperado, que também paga seus tributos normais de contribuição individual (Imposto sobre Serviços, Contribuição Previdenciária e Imposto de Renda). As cooperativas de trabalho atuam de várias maneiras no mercado: como empresas públicas ou privadas ou pessoas físicas, por meio de licitações ou contratos específicos, tanto na oferta de prestação de serviços como na produção de bens. Quaisquer desses contratos, ao serem elaborados, resguardem avaliação criteriosa de custos, para se evitar a inviabilidade da cooperativa, que deve, para tanto, criar fundos que resguardem os direitos sociais e universais do trabalhador cooperado. Não recebem salário, mas sim *pró-labore*, variável das sobras resultantes do seu trabalho. Trata-se de uma sociedade democrática, em que cada cooperado é autônomo, não tendo, portanto, vínculo empregatício com a cooperativa, sendo, assim, titular de seu posto de trabalho.

Perius (1997), assim explica o conceito de Cooperativa de Trabalho:

Atuando como todo sistema cooperativo, conforme os princípios cooperativos rochdelianos, universalmente consagrados, as Cooperativas de Trabalho devolvem o excedente gerado pelo trabalho coletivo aos associados, na proporção da quantidade ou qualidade de trabalho prestado. As sobras ou resultados do trabalho coletivo, portanto, não privilegiam o capital, mas o trabalho, na medida em que este se

constitui o fator da produção preponderante. Gera-se uma renda adicional ao trabalho, via incorporação das sobras ao fator trabalho possibilitando, de fato, a primazia do trabalho sobre o capital. (Trecho cedido pelo autor)

A lei 5764/71 (Lei das Sociedades Cooperativas) estabelece os critérios e normas gerais de funcionamento das sociedades cooperativas no Brasil. Dentre os critérios estabelecidos na referida lei, podemos destacar que a cooperativa forma-se com no mínimo, vinte cooperados, pessoas físicas que aprovam seu estatuto social e elegem um conselho de administração, um conselho fiscal e os responsáveis pela direção da mesma. Também determina que as cooperativas têm de registrar-se na OCB, por meio da representação estadual da referida entidade onde estiver sediada a cooperativa. A cooperativa tem de arquivar seu estatuto social, bem como a ata de constituição na Junta Comercial do Estado e registrar-se no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas (CNPJ), do Ministério da Fazenda.

A Previdência Social brasileira bem cedo reconheceu as cooperativas de trabalho, estabelecendo um modo de contribuição dos seus associados, de forma que estas sempre estavam, e continuam sendo claramente definidas perante os órgãos previdenciários. Isso pode ser evidenciado desde a edição da resolução 8356/67, do Departamento Nacional de Previdência Social, que estabeleceu serem os associados da cooperativa de trabalho segurados autônomos. Essa orientação prevaleceu até a edição da lei 9876/99, que estabeleceu os critérios de contribuição previdenciária por parte dos cooperados das cooperativas de trabalho e das empresas que contratam serviços das respectivas cooperativas.

Segundo a OCB (2003), as cooperativas de trabalho, em geral, em nosso país, somam 2.024 unidades, com cerca de 311.856 cooperados, sendo que as cooperativas de trabalho na área da Saúde somam 878, com 261.871 cooperados, e as cooperativas de trabalho em transporte somam 706, com 48.552 cooperados. Até o ano de 1995, as cooperativas de trabalho de profissionais de saúde integravam o ramo Trabalho. A partir de então, a OCB as desmembrou criando assim o ramo Saúde. As cooperativas de trabalho em transporte integravam o ramo trabalho até julho/2001, quando foram também desmembradas para ser criado o ramo Transporte.

Apesar da criação dos ramos Saúde e Transporte, isso não alterou a natureza jurídica das cooperativas que passaram a integrar esses novos ramos, uma vez que essa divisão é de natureza política no âmbito da OCB. De fato e de direito, toda cooperativa constituída por

profissionais de uma - as uniprofissionais - ou de várias profissões ou categorias profissionais - as multiprofissionais -, são cooperativas de trabalho, e representam praticamente 50% do número de cooperativas registradas na OCB em dezembro de 2003, último dado estatístico disponível até o momento (Gráfico 2).

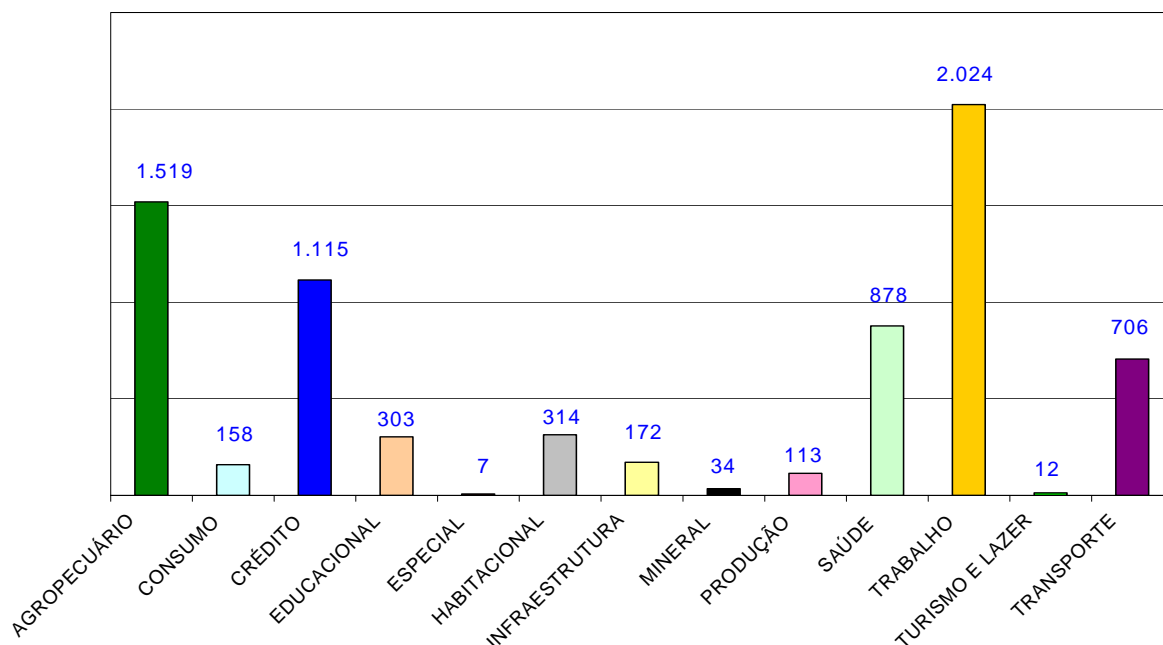


Gráfico 2 – Quantidade de cooperativas brasileiras por ramo
Fonte: Banco de Dados da OCB(2003) – Adaptado pelo autor

De acordo com a lei 5764/71, as cooperativas são classificadas como: **de primeiro grau**, ou **singular**, as constituídas por pessoas físicas; **de segundo grau**, ou **federações**, e/ou **centrais**, as constituídas por cooperativas singulares e as **de terceiro grau**, ou **confederações**, as constituídas por cooperativas de segundo grau. No Brasil o ramo Trabalho em geral, bem como o trabalho na área da Saúde, estruturou-se de forma sistêmica, possuindo os três níveis de cooperativas em funcionamento.

As cooperativas de segundo e de terceiro grau visam promover a integração das cooperativas, de modo a alcançarem a economia de escala necessária ao seu desenvolvimento, bem como estabelecer canais de representatividade institucional e política perante o movimento cooperativista brasileiro, governos e sociedade em geral.

Nesse momento, presenciamos a uma grande discussão no país, capitaneada pelo Ministério Público do Trabalho quanto à legalidade e legitimidade das cooperativas de trabalho, principalmente as multiprofissionais. Em decorrência da atuação do Ministério Público do

Trabalho, a partir da instauração de inquéritos civis públicos, a Justiça do Trabalho vem recebendo significativo número de ações civis públicas contra as cooperativas de trabalho e seus contratantes. O Governo Federal inseriu o cooperativismo de trabalho na agenda nacional e constituiu no ano de 2002, a Secretaria Nacional de Economia Solidária no âmbito do Ministério do Trabalho, nomeando como seu titular o Professor Paul Singer, pesquisador do assunto.

Em 2004, o Governo Federal constituiu um grupo de trabalho, no âmbito do Ministério do Trabalho, com a participação de representantes do próprio governo, do Ministério Público do Trabalho e da OCB, com o objetivo de elaborar uma proposta de regulamentação para o Cooperativismo de Trabalho no Brasil.

A OCB, após amplo debate nacional, no âmbito interno do movimento cooperativista brasileiro, deliberou, por meio de decisão de seu Conselho de Administração, em dezembro de 2004, a instituição do documento “Critérios para Identidade das Cooperativas de Trabalho”. Este documento visa estabelecer os parâmetros por meio dos quais essas sociedades devem atuar, impedindo a indevida utilização das mesmas por parte daqueles que de fato não implementam os valores e princípios cooperativistas.

2.2.1 Cooperativismo de trabalho no setor de saúde e a regulamentação dos planos de saúde no Brasil

O Brasil passava por um intenso crescimento econômico nas décadas de 1960 e 1970. Porém, apesar do pujante desenvolvimento econômico, a infra-estrutura social deixava muito a desejar, especialmente no setor Saúde.

O Poder Público oferecia assistência médica à população em centros públicos de saúde ou mediante a prestação de serviços contratados, cujos recursos eram insuficientes para uma cobertura de qualidade. A partir de então, o governo estabeleceu um acordo com as empresas, mediante o qual cada empresa assumiria a responsabilidade de garantir serviços médicos acessíveis aos seus empregados e respectivos dependentes, estipulando-se uma contribuição mínima sobre o salário de cada trabalhador.

A legislação que estabeleceu esta contribuição, em 1966, afetou não só a previdência social, mas, principalmente, o exercício da profissão médica. A respectiva legislação definiu que um

percentual da arrecadação da previdência social deveria ser retido pelas empresas, para que, com estes recursos, proporcionassem assistência médica aos seus empregados.

Tais recursos originaram os chamados “convênios-dedução”, por meio dos quais que a empresa contratava outra empresa de assistência médica para prestar este tipo de serviço.

Médicos e empresários despertaram para a oportunidade de explorar este veio de recursos à disposição de todos. Empresas de assistência à saúde, ou *medicinas de grupo*, adiantaram-se para tirar vantagem da situação.

Segundo Irion (1997), logo que esta assistência em sistema econômico de pré-pagamento foi instituída, a Associação Médica Brasileira (AMB) declarou-se contra a medida, pois essas empresas tinham como principal objetivo o lucro, o que acabou desenvolvendo um processo de mercantilização da medicina. Iniciou-se, então, uma campanha em larga escala para informar a população sobre a real situação do setor Saúde e a comercialização dos serviços médicos. Os médicos Edmundo Castilho e Pedro Kassab, na época representantes da AMB, foram líderes da campanha. Eles defendiam a importância do direito do paciente de escolher seu médico, e não ser relegado a centros de saúde com eficácia duvidosa.

De acordo com Irion (1997), visando combater essa tendência, um grupo de médicos liderados por Edmundo Castilho, então presidente do sindicato médico da cidade de Santos, funda, em 18 de dezembro de 1967, a União dos Médicos (UNIMED), com base nos princípios do cooperativismo. Surge, assim, a primeira cooperativa médica do mundo, administrada nos moldes de uma empresa, porém sem fins lucrativos. As cooperativas médicas tinham três objetivos básicos:

- preservar a ética, eliminando o intermediário da medicina;
- preservar o relacionamento entre médico e paciente, mediante a livre escolha; e
- preservar a medicina liberal, mediante o atendimento realizado nos próprios consultórios.

A fundação da UNIMED, conforme Pascucci, Rocha e Castro (2005), foi uma resposta da classe médica à mercantilização cada vez maior da medicina.

O idealismo lançado pelos 21 médicos fundadores da Cooperativa, entretanto, teve pequeno impacto. Mas, à medida que a doutrina se difundia, associações e sindicatos aderiram ao novo

sistema. Em 1969, médicos de várias cidades paulistas visitam a cidade de Santos, interessados na experiência pioneira da UNIMED. Alguns meses mais tarde, mais de 30 UNIMEDs seriam fundadas no estado de São Paulo. Nos anos de 1970, novas cooperativas médicas são fundadas em diversas cidades do Brasil.

Segundo Irion (1997), o ano de 1971 se destacou na história do Sistema UNIMED, por ter sido o momento em que o cooperativismo médico ultrapassou os limites do estado de São Paulo, expandindo-se para outros estados. Também tem início a integração vertical do cooperativismo unimediano, com a fundação da primeira cooperativa de segundo grau, a Federação das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de São Paulo. A partir de então, surgem mais Federações de UNIMEDs com o objetivo de padronizar os procedimentos operacionais e estimular a troca de experiências entre as UNIMED's de um mesmo estado.

Em 1975, é criada a UNIMED do Brasil, confederação que passa a congregar as UNIMEDs singulares e federações de todo o país e a coordenar o funcionamento do Sistema UNIMED em âmbito nacional.

Em 1977, uma década após a fundação da primeira cooperativa médica, já existia 60 UNIMEDs em todo o Brasil.

Nos anos de 1980, o Sistema UNIMED entra em uma fase de consolidação e crescimento acelerado. Cerca de 100 novas cooperativas são fundadas, e o Sistema UNIMED desenvolve uma estrutura operacional complexa em todo o território nacional.

Nos anos 1990, o Sistema UNIMED investe em campanhas institucionais e conquista a liderança e o reconhecimento no setor de saúde do Brasil. Ao mesmo tempo, intensifica os contatos internacionais em função da procura crescente, em muitos países, de novos modelos para a saúde. A partir de 1995, a OCB redefine a distribuição das cooperativas por ramo. Cria-se, assim, o ramo Saúde e, por consequência, desmembram-se as cooperativas de trabalho médico do ramo trabalho. Nesse mesmo período o Sistema UNIMED formula seu planejamento estratégico, denominado UNIMED, no ano 2000, e constitui outras organizações, até mesmo empresas que servirão de apoio e suporte às suas atividades, formando assim o Complexo Empresarial Cooperativo UNIMED.

Atualmente, o Sistema UNIMED é composto por 386 cooperativas médicas, entre singulares, federações e a própria confederação nacional, sendo a maior rede de assistência médica do Brasil, reunindo 98 mil médicos cooperados e 11,7 milhões de usuários, o que representa cerca de 25% do mercado de saúde suplementar do país.

O Complexo Empresarial Cooperativo UNIMED é formado pelas cooperativas UNIMED e pelas seguintes cooperativas de outros ramos e empresas:

- USIMEDs – Cooperativas de Usuários de Assistência Médica;
- UNICREDs – Cooperativas de Economia e Crédito Mútuo de Profissionais de Saúde;
- Fundação UNIMED;
- Central Nacional UNIMED – Cooperativa Central Operadora Nacional de Planos de Saúde;
- UNIMED Administração e Serviços;
- UNIMED Participações – Empresa de Participações e Controladora do capital de outras empresas do Complexo;
- UNIMED Corretora de Seguros;
- UNIMED Seguros – Empresa Seguradora.

Até 1998, o segmento de Saúde Suplementar no Brasil não dispunha de mecanismos de controle e regulação por parte do Estado, exceto no tocante ao funcionamento das Seguradoras, que operavam com o produto Seguro-Saúde, as quais estavam sujeitas à regulação por parte da SUSEP. As demais organizações, que não eram Sociedades Seguradoras, classificadas como “medicinas de grupo”, “odontologias de grupo”, “autogestão”, “fundações” e “cooperativas médicas e odontológicas” operavam livremente no mercado, estabelecendo, elas próprias suas regras, muitas das vezes em detrimento dos interesses dos consumidores e prestadores de serviços (médicos, hospitais, clínicas, laboratórios e demais serviços auxiliares de diagnóstico).

Esse quadro era o mais caótico possível, ocasionando conflitos entre as operadoras e os consumidores, que travavam constantes batalhas nos órgãos de proteção ao consumidor, culminando em processos no Poder Judiciário.

A ampliação da demanda e da oferta de serviços da chamada “atenção à saúde suplementar”, somada à omissão, apontada por Bahia (2002), da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de 1990, que ignoraram a existência e a necessidade de regulação do setor,

colaborou para a entrada na agenda governamental da perspectiva de estabelecimento de um ordenamento jurídico-legal para o mesmo.

Para alterar a realidade apresentada, o Congresso Nacional discutiu amplamente e aprovou a lei 9.656, em 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. A referida lei veio definir o que é um plano privado de assistência à saúde, conhecido no mercado simplesmente como “Plano de Saúde”; estabelecer critérios mínimos para a formatação de tais planos; definir que organizações podem operar o referido produto, sendo que, a partir da vigência da lei, essas organizações passaram a ser denominadas de “operadoras de planos de saúde”; constituir o Conselho Nacional de Saúde Suplementar; e estabelecer que as operadoras têm de se enquadrar nos requisitos básicos para efeito de registro na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A lei 9.656 entrou em vigor em janeiro de 1999. A partir de então, as operadoras não puderam mais comercializar planos que não se enquadrassem nas normas estabelecidas pela respectiva lei. Porém, os contratos firmados antes da vigência da mesma continuaram a vigorar, o que criou uma grande confusão para os consumidores que possuíam planos de saúde, uma vez que começaram a surgir dúvidas quanto aos seus direitos. Ou seja, seus contratos, mesmo que contrários ao que estabelecia a nova lei, teriam validade ou as operadoras teriam que aplicar para os mesmos as novas regras? Tal conflito só foi sanado por decisão do Supremo Tribunal Federal, que considerou legítimas as regras dos contratos firmados anteriormente a lei de regulamentação. Com isso, as operadoras passaram a possuir duas carteiras de clientes distintas.

O impacto para as operadoras foi muito forte naquele momento inicial. Muitas não conseguiram enquadrar-se nas regras estabelecidas, algumas fecharam as portas e outras foram vendidas àquelas que se encontravam em situação econômico-financeira mais satisfatória. Em 28 de janeiro de 2000, o Congresso Nacional aprova a lei 9.961, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro/RJ, com prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Em seu art. 3º, a lei 9.961 estabelece que a ANS tem por finalidade institucional a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as

operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Apesar da legislação criada, os conflitos entre os diversos atores sociais componentes do setor não deixaram de existir.

A ANS, por meio do Programa de Qualificação do Setor de Saúde Suplementar, objetiva o melhoramento do funcionamento do setor mediante a participação e colaboração de todos os interessados (operadoras, prestadores, beneficiários e o próprio órgão regulador). Segundo dados da ANS (2005), o Setor de Saúde Suplementar reúne mais de duas mil empresas operadoras de planos de saúde, milhares de médicos, dentistas e outros profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de operadoras e beneficiários no Brasil - dezembro de 2004

CLASSIFICAÇÃO	NUMERO	%	BENEFICIÁRIOS	%
Autogestão	325	15,08	5.346.681	13,71
Cooperativa Médica	369	17,12	9.651.118	24,75
Cooperativa Odontológica	166	7,70	1.404.129	3,60
Filantropia	107	4,97	1.314.820	3,37
Medicina de Grupo	739	34,29	13.166.862	33,78
Odontologia de Grupo	435	20,19	3.383.033	8,68
Seguradora Especial.	14	0,65	4.719.951	12,11
Total	2.155	100,00	38.990.964	100,00

Fonte: ANS (2005) – Adaptado pelo autor

2.3 Estratégia empresarial

A estratégia empresarial é conceituada por Oliveira (1991), basicamente, como a ligação e o ajustamento da empresa ao seu ambiente. Nessa situação, a empresa procura definir e operacionalizar estratégias que maximizem os resultados da interação estabelecida. Para o autor, tendo em vista a interação e o ajustamento da empresa ao ambiente, são exigidas, quase sempre, alterações em suas próprias características. Assim, todo processo de implantação e acompanhamento das estratégias empresariais ocorre em circunstâncias de constantes mudanças.

Mintzberg (1987) conceitua estratégia empresarial de forma mais abrangente e eclética, ressaltando que a definição não pode ser simplificada, exigindo múltiplas abordagens. O autor propõe cinco definições de estratégia: a) planos; b) estratégia; c) modelo; d) posicionamento; e) perspectiva. Como planos, a estratégia tenta estabelecer uma direção para as organizações, com base em um curso predeterminado de ação. Como estratégia, a estratégia tem o sentido da direção competitiva, quando ameaças, artifícios e várias outras manobras são empregadas para se obter vantagem. Como modelo, a estratégia enfoca ação, especificamente o fluxo de ações refletido pelo comportamento consistente, e não apenas pela intenção. Como posicionamento, a estratégia encoraja a organização a visualizar, no contexto de seu ambiente competitivo, a forma de encontrar sua posição e garanti-la para enfrentar concorrentes, evitando-os ou superando-os. Como perspectiva, a estratégia procura integrar questões sobre intenção e comportamento num contexto coletivo, definindo as ações da organização ao perseguir uma missão comum.

Segundo Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000), estratégia é um padrão, isto é, consistência em comportamento ao longo do tempo.

QUADRO 2 - Valores da estratégia - vantagens e desvantagens

Valor da estratégia	Vantagens	Desvantagens
---------------------	-----------	--------------

A estratégia fixa a direção	O principal papel da estratégia é mapear o curso de uma organização para que ela navegue coesa em seu ambiente.	A direção estratégica também pode constituir um conjunto de antolhos para ocultar perigos em potencial. Seguir um curso predeterminado em águas desconhecidas é a maneira perfeita de colidir com um iceberg. Embora a direção seja importante, às vezes, é melhor movimentar-se devagar, um pouco por vez, olhando com cuidado para frente, mas não muito, bem como para o lado, para que o comportamento possa ser mudado de um instante para outro.
A estratégia focaliza o esforço	A estratégia promove a coordenação das atividades. Sem a estratégia para focalizar os esforços, as pessoas puxam em direções diferentes, e sobrevém o caos.	O "pensamento grupal" surge quando o esforço é excessivamente focalizado. Pode não haver visão periférica para abrir outras possibilidades. Uma determinada estratégia pode tornar-se demasiada embutida no tecido da organização.
A estratégia define a organização	A estratégia propicia às pessoas uma forma taquigráfica para entender sua organização e distingui-la das outras. A estratégia provê significado, além de uma forma conveniente para se entender o que faz a organização.	Definir a organização com excesso de exatidão também pode significar defini-la com excesso de simplicidade, às vezes, até o ponto de estereotipá-la, perdendo-se assim a rica complexidade do sistema.
A estratégia provê consistência	A estratégia é necessária para reduzir a ambigüidade e prover ordem. Nesse sentido, uma estratégia é como uma teoria: uma estrutura cognitiva para simplificar e explicar o mundo, e com isso facilitar a ação.	Ralph Waldo Emerson disse que "Uma consistência tola é a perda das mentes pequenas[...]". A criatividade floresce na inconsistência - descobrindo novas combinações de fenômenos até então separados. É preciso compreender que toda estratégia, como toda teoria, é uma simplificação que necessariamente distorce a realidade. Estratégias e teorias não são realidades; apenas representações (abstrações) da realidade na mente das pessoas. Ninguém jamais tocou ou viu uma estratégia. Isso significa que cada estratégia pode ter um efeito de informação falsa ou distorção. Esse é o preço de se ter uma estratégia.

Fonte: Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000; p.22) – adaptado pelo autor.

Na definição de Porter (1999), estratégia é criar uma posição exclusiva e valiosa, envolvendo um diferente conjunto de atividades. Segundo o autor, há mais de duas décadas, os gerentes estão aprendendo a atuar segundo um novo conjunto de regras. As empresas devem ser flexíveis para reagir com rapidez às mudanças competitivas e de mercado. É importante que pratiquem de modo constante o *benchmark* para atingir as melhores práticas. Também devem terceirizar de forma agressiva para conquistar eficiência. E é fundamental que fomentem umas poucas competências essenciais na corrida para permanecer à frente dos rivais.

Hamel e Prahalad (1995) apresentam a estratégia como capacidade de expansão. Esses autores ressaltam que os líderes tendem a descartar os concorrentes com recursos inadequados. Quando os desafiantes conseguem aparecer na tela do radar dos líderes, os sinais que produzem são tão pequenos que são facilmente ignorados. Entretanto, se existe uma conclusão a ser tirada das mudanças sem fim nos destinos da competição, é a seguinte: As

posições iniciais em termos de recursos são uma forma muito fraca de se prever o futuro da liderança do setor. Uma empresa pode estar sentada no alto de montanhas de dinheiro e comandar legiões de pessoas talentosas e, ainda assim, perder sua posição de primazia. Da mesma forma, uma empresa, às vezes pode superar uma enorme falta de recursos e galgar, com sucesso, os degraus da liderança no setor.

Os referidos autores afirmam ainda que, muito freqüentemente, os concorrentes são julgados em termos dos recursos de que dispõem, e não da capacidade que têm de dinamizar esses mesmos recursos. Chegar ao futuro primeiro é, então, mais uma função da capacidade de dinamizar os recursos do que dos recursos em si. A capacidade de dinamização dos recursos deriva-se não de uma arquitetura estratégica elegante, mas de uma noção profunda de propósito, um sonho amplamente compartilhado, uma visão realmente sedutora da oportunidade que o amanhã oferece.

Porter (1990) considera as estratégias competitivas genéricas internamente consistentes (que podem ser usadas isoladamente ou de forma combinada) para criar uma posição defensável a longo prazo e superar os concorrentes em uma indústria. Para enfrentar as cinco forças competitivas, existem três estratégias genéricas potencialmente bem-sucedidas para superar as outras empresas em uma indústria: liderança de custo; diferenciação; e enfoque. Porter comenta sobre uma quarta opção, que é o “meio-termo” entre as três estratégias genéricas, porém é uma opção extremamente pobre.

Segundo Antonialli (2000), as estratégias de uma organização podem ser tanto planejadas como não planejadas. As primeiras foram previstas no processo formal do planejamento estratégico e, por uma série de razões, podem vir a ser realizadas ou não.

O planejamento estratégico, para Ackoff (1974), caracteriza-se por ser um processo de longo prazo, que lida com decisões de efeitos duradouros que sejam difíceis de modificar. As decisões estratégicas são aquelas que mais afetam as atividades da organização, pois dizem respeito tanto à formulação de objetivos quanto à escolha dos meios para atingi-los. O planejamento estratégico se orienta, portanto, para os meios e para os fins.

Considerando que um dos principais problemas apresentados pelo planejamento estratégico é o de sua implementação, segundo Tavares (2000), a gestão estratégica surgiu com o sentido

de superá-lo. Entre as causas apontadas para essa ocorrência estava sua dissociação da realidade organizacional. A utilização de consultores externos para a elaboração do planejamento isentava os executivos das empresas da responsabilidade de sua implementação. A criação das UENs, por seu lado, retirava as decisões estratégicas do nível diretivo, colocando-a nas mãos dos gerentes.

Tavares (2000) ressalta que a gestão estratégica procura reunir planejamento estratégico e administração em um único processo. Assegura as mudanças organizacionais necessárias à sua implementação e a participação dos vários níveis organizacionais envolvidos em seu processo decisório. Corresponde, assim, ao conjunto de atividades planejadas e intencionais, estratégicas e organizacionais, que visa integrar a capacidade interna ao ambiente externo.

O processo de planejamento estratégico que utiliza UENs, segundo Ansoff (1984), possibilita ao planejador fazer uma análise mais completa dos negócios da organização. Nessa perspectiva, quanto mais diversificados forem os negócios de uma organização, mais difícil se torna o trabalho de formulação das estratégias, devido às peculiaridades distintas das áreas de atuação.

Whittington (2002) afirma que não existe concordância a respeito de estratégia, apresentando quatro abordagens genéricas. A abordagem *Clássica*, a mais antiga e ainda a mais influente, conta com os métodos de planejamento racional predominantes nos livros. A abordagem *Evolucionista* apóia-se na metáfora fatalista da evolução biológica, mas substitui a disciplina do mercado pela lei da selva. A abordagem *Processualista* dá ênfase à natureza imperfeita da vida humana e acomodam pragmaticamente a estratégia ao processo falível tanto das organizações quanto dos mercados. Por fim, a abordagem *Sistêmica* é relativista, considerando os fins e os meios da estratégia como ligados, sem escapatória, às culturas e aos poderes dos sistemas sociais dos locais onde ela se desenvolve.

O presente estudo não tem a pretensão de esgotar os modelos já pesquisados, porém objetivou identificar os elementos dessas abordagens que mais foram utilizados pela organização pesquisada. De forma sistemática, serão discutidas as quatro abordagens sobre as estratégias apontadas por Whittington (2002), que será o referencial utilizado para a realização da presente pesquisa.

2.3.1 Abordagem Clássica

Para Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000), os clássicos têm uma perspectiva de análise estratégica de natureza prescritiva; ou seja, estão mais preocupados com o modo como as estratégias devem ser formuladas do que com o conteúdo propriamente dito. Para eles, esta abordagem relaciona estratégia com plano; ações que serão realizadas no futuro com ações que proporcionam uma direção, um guia ou um curso de ação, enfim, um caminho para ir daqui até ali. Esta tem sido a perspectiva mais utilizada, segundo os autores, principalmente no ambiente acadêmico.

Whittington (2002) reafirma que para os autores clássicos o planejamento pode adaptar e antecipar as mudanças de mercado. As estratégias são mais bem desenvolvidas por meio da análise racional, afastada do ambiente operacional das organizações. As características principais da abordagem Clássica são: apego à análise racional; o distanciamento entre concepção e execução; e compromisso com a maximização do lucro.

Sloan, ex-presidente da General Motors, citado por Whittington (2002), definiu o problema estratégico fundamental como o posicionamento da empresa nos mercados dentro dos quais é possível alcançar o maior índice de lucros. Ou seja, estratégia também pode ser vista como colocar os produtos e serviços para um determinado mercado.

Para Porter (1998), a essência da competição estratégica consiste em lidar com a competição; é a criação de uma posição única e valiosa, envolvendo um conjunto diferente de atividades. O referido autor ressalta a existência de apenas dois tipos básicos de vantagem competitiva que uma empresa pode possuir: baixo custo e diferenciação.

Chandler (1962) realizou um amplo estudo sobre estratégia e estrutura nas quatro maiores empresas norte-americanas da década de 1950. Ele observou que o problema principal era como construir uma estrutura organizacional que permitisse à gerência executiva manter o foco nas responsabilidades estratégicas. Para ele, esta foi a razão básica do sucesso da estrutura multidivisional que as quatro empresas adotaram na primeira metade do século XX. “Estratégia é a determinação das metas e objetivos básicos e de longo prazo de uma empresa e a adoção de ações e alocação de recursos necessários para atingir esses objetivos” (CHANDLER, 1962).

2.3.2 Abordagem Evolucionista

Para Whittington (2002), o foco principal da abordagem Evolucionista é o ambiente mercadológico, e não a habilidade da gerência em planejar e agir racionalmente. Diferentemente da abordagem Clássica, em vez de contar com os gerentes, os evolucionistas esperam que as organizações se adaptem aos mercados para garantir a maximização do lucro.

Esta abordagem considera que a ênfase estratégica se dá pelos processos competitivos da seleção natural e que não é o planejamento racional que garante a manutenção da organização nos mercados, mas sua capacidade de adaptação ao meio, onde somente os melhores sobreviverão. Bruce Henderson, fundador do Boston Consulting Group, argumenta que os gerentes não precisam ser otimizadores racionais porque a "evolução é a análise de custo-benefício da natureza". Para os evolucionistas, é a lei natural da selva, ou o darwinismo, que consegue explicar a realidade da concorrência, e não os modelos da teoria econômica sobre o assunto. Henderson (1998), sobre isso, critica:

As teorias econômicas clássicas sobre concorrência são tão simplistas e estéreis que se tornaram obstáculos ao entendimento, em vez de contribuições. Essas teorias postulam um comportamento racional, de interesse próprio, por parte de indivíduos que interagem através das trocas de mercado em um sistema legal fixo e estático de propriedade e contratos. O seu sistema de referência é a "concorrência perfeita", uma abstração teórica que nunca existiu e nunca poderia ter existido (HENDERSON, 1998, p.9).

Whittington (2002) relata que, segundo os autores desta abordagem, as estratégias mais apropriadas dentro de determinado mercado emergem como processos competitivos, permitindo que os melhores sobrevivam e sejam bem-sucedidos, enquanto os mais fracos são banidos do nicho ecológico. Assim, são os mercados, e não os gerentes, que escolhem as estratégias predominantes dentro de determinado ambiente.

Motta (2001) argumenta que para essa teoria, baseada na visão de Darwin da seleção natural, o ambiente tem uma preponderância maior na seleção das organizações que são mais aptas a sobreviver. Ou seja, espécies diferentes de organizações dependem de recursos escassos que existem no ambiente, lutando pela sobrevivência. Segundo ele, esta abordagem estuda como

diferentes espécies de organização tornam-se mais populosas e freqüentes em um dado momento, em um certo tipo de ambiente, entrando posteriormente em declínio.

Para os evolucionistas, as organizações maximizam suas chances de sobrevivência no curto prazo, alcançando o ajuste perfeito ao ambiente onde operam. A estratégia mais eficaz pode ser experimentar o maior número possível de pequenas iniciativas, verificar as que prosperam e as que fracassam e, então, construir sobre as bem-sucedidas, ao mesmo tempo em que se eliminam completamente os fracassos. Mais uma vez, o princípio seletivo estará sendo aplicado, uma vez que é o mercado, e não os gerentes, que irá fazer a seleção.

Porém, segundo críticos como Penrose (1952) (*apud* Whittington, 2002), muitas grandes empresas contemporâneas dominam os mercados que deveriam discipliná-las, com suficiente poder de oligopólio para proteger-se muito bem das pressões da concorrência. Para essas empresas, a estratégia significa selecionar mercados, em vez de serem escolhidas por eles. Os evolucionistas rebatem as críticas dizendo que, para a adoção de tais medidas, os gerentes deverão ser selecionados considerando o mesmo princípio do darwinismo, no qual somente os melhores jogadores permanecerão.

2.3.3 Abordagem Processualista

Segundo Whittington (2002), para os processualistas, tanto as organizações quanto os mercados são, com freqüência, um fenômeno desordenado, do qual a estratégia emerge com muita confusão e a passos pequenos. Na verdade, eles argumentam que os gerentes devem suas estratégias e vantagens competitivas às imperfeições dos processos organizacionais e de mercado. Rejeitando o princípio do homem racional econômico, por um lado, e a perfeição dos mercados competitivos, por outro, eles foram levados a considerar a complexidade interna das organizações como fator preponderante da formulação estratégica.

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) consideram que esta abordagem define estratégia como um padrão de comportamento interno ao longo do tempo. Dessa forma, se as ações de uma organização, ao longo do tempo, representam o seu padrão de estratégia, neste caso, a estratégia é definida por aquilo que a organização praticou ao longo de sua história, sem necessariamente ter seguido algum plano formal. Para eles, os processualistas consideram que estratégia é a forma como uma organização realiza suas ações, focada nos seus aspectos

internos. A estratégia, neste caso, é vista como uma perspectiva voltada, primeiramente, para dentro da organização.

A estratégia se deve a uma variedade de pequenas ações internas e as decisões tomadas por todos os tipos de pessoas diferentes (algumas vezes, de forma acidental ou por sorte, sem nenhuma consideração quanto às suas consequências estratégicas). Tomadas em conjunto, ao longo do tempo, essas pequenas mudanças freqüentemente produzem grandes mudanças de direção.

Whittington (2002) relata que os processualistas reverterem à percepção clássica sobre estratégia – formulação em primeiro lugar e implementação em segundo. Para eles, a estratégia é descoberta durante a ação. Para explicar o processo da estratégia, Mintzberg (1998) propõe a metáfora de estratégia como artesanato, em que a artesã está intimamente envolvida com seu material. Ela dá forma à argila por meio do toque pessoal, as imperfeições inspiram-na à improvisação artística, e mãos e mentes trabalham juntas em um processo de adaptação constante. Assim, para os processualistas, a estratégia é um processo contínuo e adaptável, no qual a formação e a implementação estão indissoluvelmente ligadas, produzindo, de forma constante, um processo de experimentação e aprendizado.

De acordo com Prahalad e Hamel (1998), a origem da vantagem competitiva está naquilo que lhe é único e está embutido em seus recursos, constituindo as competências essenciais e distintas da empresa. Embora as oportunidades de mercado possam ser atraentes, as estratégias de entrada falharão na implementação se a empresa não tiver as habilidades e os recursos exigidos internamente e subestimar a dificuldade de adquiri-los externamente. A construção e a consolidação, no longo prazo, das competências distintas internas é o que realmente importa.

2.3.4 Abordagem Sistêmica

Whittington (2002) faz uma análise abrangente da abordagem sistêmica, considerando que seus teóricos mantêm a fé na capacidade de as organizações planejarem e agirem efetivamente dentro de seus ambientes e do contexto local onde as estratégias são desenvolvidas. Assim, os teóricos sistêmicos consideram que as razões por trás das estratégias são peculiares a determinados contextos sociológicos, envolvendo, também, aspectos históricos e culturais de suas localidades.

O princípio central da teoria sistêmica é que aqueles que tomam decisões não são simplesmente indivíduos imparciais, calculistas, interagindo em transações puramente econômicas, mas pessoas profundamente enraizadas em sistemas sociais densamente entrelaçados (WHITTINGTON, 2002, p.32).

Para Granovetter (1985) (*apud* Whittington, 2002), a noção de inserção social capta o sentido de que a atividade econômica não pode ser colocada em uma esfera rarefeita, separada, de cálculo financeiro impessoal. Na realidade, o autor considera que o comportamento econômico das pessoas é inserido em uma rede de relações sociais que pode envolver suas famílias, o Estado, suas formações educacionais e profissionais e, mesmo, sua religião e origem étnica.

Ao rebater os argumentos das abordagens clássica, evolutiva e processual, Whittington (2002) relata que os teóricos sistêmicos propõem que as empresas diferem de acordo com os sistemas sociais e econômicos nos quais estão inseridos. Elas não são perfeitas maximizadoras de lucros como preferem ser na perspectiva clássica e obrigadas a ser na abordagem evolucionária, nem são particularistas e limitadas a acordos internos, como na perspectiva processual. As variáveis da perspectiva sistêmica incluem classe e profissões, nações e estados, famílias e gênero; envolvendo até mesmo diferenças entre os sistemas sociais entre os países. Envolve, portanto, fatores externos às organizações.

Ao considerar as influências da história econômica dos países, os teóricos sistêmicos apontam que as estratégias são fortemente influenciadas pela forma de propriedade das organizações.

A participação de bancos e instituições financeiras nas organizações européias difere fortemente do modelo individualista privado norte-americano, que, por sua vez, difere das estruturas familiares ou do patrocínio do Estado nos países asiáticos. Dessa forma, a

propriedade pode fazer uma clara diferença para a abordagem estratégica das organizações. Por outro lado, nem todas as empresas inseridas em determinado sistema social precisam ser parecidas.

A rica complexidade da maioria das sociedades oferece uma pluralidade de recursos e normas de conduta capazes de permitir legitimar ampla variedade de comportamento nos negócios. Os estrategistas individuais são capazes de construir, com os aspectos diversos e plurais de seus sistemas sociais particulares, as próprias estratégias criativas e exclusivas (WHITTINGTON, 2002).

O quadro 3 sintetiza as abordagens sobre estratégias aqui abordadas.

QUADRO 3 - As quatro abordagens sobre estratégia

Variável	Clássica	Processualista	Evolucionista	Sistêmica
Estratégia	Formal	Elaborada	Eficiente	Inserida
Justificativa	Maximização de lucro	Crescimento*	Sobrevivência	Local
Foco	Interna (planos)	Interna (política / cognições)	Externa (mercados)	Externa (sociedades)
Processos	Analítica	Negociação / aprendizagem	Darwiana	Social
Influências	Economia / militarismo	Psicologia	Economia / biologia	Sociologia
Autores-chave	Chandler; Ansoff; Porter	Cyrt & March; Mintzberg; Pettigrew	Hannan & Freeman; Williamson	Granovetter; Whitley
Surgimento	Anos 1960	Anos 1970	Anos 1980	Anos 1990

Fonte: Whittington (2002, p.46), adaptação feita pelo autor.

As reflexões teóricas aqui apresentadas subsidiaram a análise da formulação e implementação de estratégias que visaram à conquista de mercado pela Cooperativa estudada.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

3.1.1 Quanto a abordagem

Na presente pesquisa adotou-se a abordagem qualitativa, que, segundo Bauer, Gaskell e Allum (2002), lida com interpretações das realidades sociais. Alves-Mazzotti (1999) afirma que dentre as muitas tentativas de caracterização do “paradigma qualitativo” disponíveis na literatura da década de 1980 a de Patton (*apud* Alves-Mazzotti, 1999), por sua simplicidade, parece ser aquela que capta o que há de mais geral entre as diversas modalidades incluídas nessa abordagem. A principal característica das pesquisas qualitativas é o fato de seguirem a tradição “compreensiva” ou interpretativa. Isso significa que elas partem do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores, e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado, que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado.

Dessa posição decorrem três características essenciais aos estudos qualitativos: visão holística, abordagem indutiva e investigação naturalística.

A visão holística parte do princípio de que a compreensão do significado de um comportamento ou evento só é possível em função da compreensão das inter-relações que emergem de um dado contexto.

A abordagem indutiva pode ser definida como aquela segundo a qual o pesquisador parte de observações mais livres, deixando que dimensões e categorias de interesse emergjam progressivamente durante os processos de coleta e análise de dados.

Finalmente, investigação naturalística é aquela em que a intervenção do pesquisador no contexto observado é reduzida ao mínimo. Segundo Richardson (1999), a abordagem qualitativa de um problema, além de ser uma opção do investigador, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social.

Desse modo, a abordagem qualitativa se aplica no contexto de pesquisa da situação específica da Cooperativa objeto desta pesquisa na adoção de estratégias para a conquista de mercado e seus respectivos impactos na organização.

Para a classificação da pesquisa qualitativa tomou-se como base a taxionomia apresentada por Vergara (1998), que a qualifica em relação a dois aspectos: quanto aos fins; e quanto aos meios.

3.1.2 Quantos aos fins

Quanto aos fins, a presente pesquisa classifica-se como exploratória e descritiva. Exploratória porque, embora existam várias cooperativas de trabalho na área da saúde em Belo Horizonte - MG, não se verificou a existência de estudos que abordem quais os fatores que mais influenciaram o desenvolvimento desse gênero de cooperativas nos últimos anos. Descritiva, porque busca descrever as percepções, expectativas e contribuições dos dirigentes e cooperados que influenciaram, e ainda têm influenciado, a formulação e implementação das estratégias da cooperativa para a conquista de mercado. Para Triviños (1987), os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar e pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade. Para que a pesquisa tenha certo grau de validade científica, os estudos descritivos exigem também do pesquisador uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação dos dados.

3.1.3 Quantos aos meios

Quanto aos meios, a pesquisa classifica-se como sendo um estudo de caso, que, segundo Yin (2001), em geral, representa a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por quê”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. Segundo ainda Yin (2001), como esforço de pesquisa, o estudo de caso contribui, de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. Não surpreendentemente, o estudo de caso vem sendo uma estratégia comum de pesquisa na psicologia, na sociologia, na ciência política, na administração, no trabalho social e no planejamento.

Para Triviños (1987), o estudo de caso é um dos tipos de pesquisa qualitativa mais relevante, pois é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Essa metodologia se caracteriza pela natureza e abrangência da unidade, que pode ser um

sujeito e suas condições de vida ou uma organização, e também pela complexidade da investigação. Ou seja, o grau de complexidade de um estudo de caso refere-se à fundamentação teórica utilizada como diretriz da pesquisa. O conteúdo, pois, de um estudo de natureza qualitativa é dado pela base e pelo referencial teórico que sustenta o trabalho de pesquisa.

Uma etapa fundamental de um estudo de caso é a definição da unidade de análise. A escolha deve considerar a relevância do estudo em relação ao tema delimitado e às questões propostas, criando condições para o desenvolvimento de uma boa análise dos dados obtidos. De acordo com Yin (2001), o pesquisador deve estar atento a alguns aspectos ao realizar o estudo de caso. Ele deve delimitar as questões a serem pesquisadas, os dados relevantes, a forma de obtenção desses dados e o modo como serão analisados. Todas essas definições da unidade de análise o ajudarão no enquadramento das conclusões às questões da pesquisa.

Um estudo de caso pode ser utilizado como estratégia de pesquisa em várias situações, até mesmo naquela em que o objeto de estudo é bastante conhecido pelo pesquisador.

A unidade de análise desta pesquisa foi a Cooperativa de Trabalho Médico de Belo Horizonte (UNIMED BH), localizada na região metropolitana de Belo Horizonte - MG, atualmente com cerca de 4.500 cooperados, no ano de 2005. É uma cooperativa, operadora de planos de saúde, de reconhecida representatividade no segmento cooperativista mineiro e no brasileiro, bem como no setor Saúde e no meio empresarial, não apenas pelo seu porte e amplo trabalho social, mas também pela influência que exerce no âmbito da atividade médica.

A presente pesquisa classifica-se ainda como sendo bibliográfica, documental e de campo. Bibliográfica, porque, para a fundamentação teórico-metodológica do trabalho, foi realizada investigação sobre os seguintes assuntos: cooperativismo; cooperativismo de trabalho no Brasil, em especial no setor Saúde; e estratégia empresarial. A investigação foi também documental, porque se utilizou de documentos internos à Cooperativa relacionados ao objeto de estudo. A pesquisa foi também de campo, porque coletou dados primários na cooperativa por meio de entrevistas.

3.2 Universo, amostra e o período de estudo

Segundo Vergara (1998), entende-se por população um conjunto de elementos (organizações, produtos e pessoas, por exemplo) que possuem características que serão objetos de estudo. Amostra é uma parte do universo, população escolhida, segundo algum critério de representatividade.

A pesquisa foi realizada na Cooperativa de Trabalho Médico de Belo Horizonte (UNIMED BH). O tipo de amostra escolhido foi a não probabilística, que, segundo Vergara (1998), não se baseia em procedimentos estatísticos. A amostra foi selecionada por tipicidade, que é constituída pela seleção de elementos que o pesquisador considerou representativos da população-alvo, o que requer profundo conhecimento dessa população. Nesse contexto, foram entrevistados dirigentes que integram o Conselho de Administração da Cooperativa, bem como cooperados que integram o seu quadro social há mais de seis anos, num total de oito pessoas.

3.3 Coleta de dados

Segundo Yin (2001), a maioria dos estudos de caso não é concluída seguindo fielmente a proposta inicial do planejamento, em função das alterações necessárias, que naturalmente surgem das informações ou eventos imprevistos durante o processo da coleta de dados. O ideal é que o pesquisador tenha um profundo conhecimento do caso em estudo, pois dessa forma ele permanecerá com o foco voltado para as questões relevantes da pesquisa, viabilizando a elaboração de julgamentos e a interpretação dos dados. Portanto, é necessário que o pesquisador, ao realizar um estudo de caso, entenda o motivo principal do estudo; as evidências que devem ser buscadas; que tipo de variação pode ocorrer, e o que pode ser feito se ocorrerem; e, ainda, o que pode caracterizar uma prova que ratifique as proposições da pesquisa.

Como a pesquisa foi de campo os dados foram coletados pelos meios que serão descritos a seguir:

3.3.1 Fonte secundária

Segundo Yin (2001), a documentação é a primeira fonte de coleta de dados, a qual e pode assumir diversas formas, sendo considerada uma das mais relevantes para a realização de um

estudo de caso. A utilização da documentação como fonte de informações apresenta, como pontos fortes: possibilidade de ser revisada quantas vezes forem necessárias, menor tendenciosidade e mais exatidão em relação ao seu conteúdo. Quanto aos seus pontos fracos, citam-se: dificuldade de recuperação de documentos relevantes, o fato de a documentação a ser analisada poder ser tendenciosa e a dificuldade de acesso aos documentos relevantes.

De acordo ainda com Yin (2001), quanto aos registros em arquivos, uma vez verificada a relevância desta fonte, deve-se avaliar em quais condições e em qual grau de precisão as evidências devem ser apresentadas, como forma de garantir a análise dos dados ali contidos.

No contexto deste estudo, foram realizadas:

- a) Pesquisa bibliográfica em livros, dissertações e teses, revistas especializadas em cooperativismo e jornais das entidades sindicais e de classe da profissão de médico, além de consulta direta às organizações cooperativistas e de classe.
- b) Pesquisa documental nos arquivos da Cooperativa e de entidades cooperativistas acessando cópias de estatutos sociais, regimentos internos, organogramas, relatórios de gestão, atas de assembleias realizadas nos últimos seis anos e outros documentos importantes para a pesquisa.

3.3.2 Fonte primária

As entrevistas podem assumir diversas formas e possibilitam o tratamento de questões humanas que permitem chegar a conclusões decisivas para determinados acontecimentos. Além disso, viabilizam o acesso a situações anteriores ao evento pesquisado, assim como a identificação de outras fontes essenciais de evidências. Por isso, é importante associar essa fonte de evidências com outras, a fim de reforçar os resultados obtidos na pesquisa como um todo (YIN, 2001).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com conselheiros de administração, bem como com cooperados que integram o quadro social da Cooperativa há mais de seis anos. Para Triviños (1987), é considerado um dos principais instrumentos disponíveis para o processo de coleta de dados, pois permite a valorização do investigador, ao mesmo tempo em que

possibilita ao informante agir com liberdade e espontaneidade para o enriquecimento da pesquisa. Além disso, segundo o autor, a entrevista semi-estruturada auxilia na descrição, explicação e compreensão total dos fenômenos investigados. Esse tipo de entrevista permitiu ao entrevistador utilizar um rol de temas que foram explorados durante a entrevista. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, pois, segundo Triviños (1987), se a entrevista for gravada, deve ser imediatamente transcrita e analisada detidamente pelo pesquisador antes de realizar outra entrevista com o mesmo sujeito ou outras pessoas. E se a entrevista não tiver sido gravada, o investigador deve escrevê-la, para, em seguida, estudá-la detidamente.

A realização de entrevistas se justifica pela natureza da pesquisa qualitativa. Os roteiros de entrevista utilizados na presente pesquisa encontram-se no ANEXO 1. As entrevistas tiveram um tempo aproximado de uma hora cada uma, o que gerou um significativo volume de informações para transcrição, permitindo obter profundidade nas análises realizadas.

3.4 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram tratados de forma qualitativa, realizando-se a análise de conteúdo.

Segundo Capelle, Melo e Gonçalves (2003), a análise de conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com a finalidade de se efetuar deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens (quem as emitiu, em que contexto e / ou quais efeitos se pretende causar por meio delas). Mais especificamente, a análise de conteúdo constitui:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p.42).

Franco (1986) afirma que a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um texto.

Segundo Yin (2001), é fundamental que o pesquisador estabeleça uma estratégia geral de análise a ser seguida e suas prioridades de análise. Com isso, evidências coletadas serão

tratadas igualmente, e dessa forma terão condições de produzir conclusões com fortes bases analíticas, o que, por sua vez, pode determinar a eliminação de interpretações incoerentes.

De acordo com Bauer (2002) a análise de conteúdo trabalha com materiais textuais escritos, mas procedimento semelhante pode ser aplicado a imagens ou sons. Existem dois tipos de textos: os que são construídos no processo de pesquisa (transcrições de entrevista e protocolos de observação) e os já produzidos para outras finalidades quaisquer (jornais ou memorandos de corporações). Segundo o autor, para avaliar uma boa prática na análise de conteúdo, além do resultado e do bom gosto, mais dois critérios são necessários: coerência; e um referencial de codificação que é apresentado como um folheto que serve tanto como guia para os codificadores como um documento do processo de pesquisa.

A análise de conteúdo foi realizada a partir da orientação de Trivinos (1987), seguindo três etapas básicas na realização do trabalho, conforme abaixo:

- Pré-análise, que é a organização do material.
- Descrição analítica, quando o material documental é submetido a um estudo aprofundado, orientado este, em princípio, pelas questões e referências teóricas.
- Interpretação referencial. Nesta fase, o pesquisador deve aprofundar a sua análise, tratando de desvendar o conteúdo latente dos dados até então levantados, sejam eles por meio de pesquisa documental ou entrevistas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o propósito de permitir uma melhor compreensão deste capítulo, o texto foi dividido em cinco tópicos. No primeiro tópico, apresenta-se um breve histórico sobre o surgimento da cooperativa, descrevendo desde sua fundação até a implantação do planejamento estratégico.

No segundo tópico, discutem-se, com base nas entrevistas, o ambiente interno e o externo em que a Cooperativa está inserida. No terceiro tópico, discutem-se as ações estratégicas que foram implementadas na Cooperativa e que foram definidas no planejamento estratégico, conforme relato nas entrevistas e que constam dos documentos analisados. As entrevistas foram numeradas, com vistas a resguardar a identidade dos entrevistados, após a implantação do planejamento estratégico, conforme acordo prévio estabelecido com o pesquisador. No quarto tópico, faz-se a análise dos tipos de estratégias utilizadas na organização, apontando as relações existentes entre as quatro abordagens do pensamento estratégico apresentadas no referencial teórico. No quinto tópico, analisam-se os indicadores de desenvolvimento da cooperativa.

4.1 Breve histórico da UNIMED BH

Tendo como base a iniciativa dos médicos da cidade de Santos, que, em 1966, constituíram sua cooperativa de trabalho, a qual também motivou os médicos de outras cidades do estado de São Paulo a trilhar o mesmo caminho, os médicos de Belo Horizonte constituíram sua cooperativa de trabalho, inicialmente denominada de Mediminas. Assim, surge, em 1 de abril de 1971, a cooperativa que mais tarde passou a denominar-se de UNIMED BH, tendo como objetivo principal a defesa econômica e social do trabalho de seus cooperados, promovendo contratos para a prestação de serviços assistenciais médico-hospitalares individuais, familiares e coletivos. A educação cooperativista de seus cooperados e a participação em campanhas de expansão do cooperativismo e de modernização de suas técnicas também constituíam seus objetivos.

A Cooperativa veio se desenvolvendo ao longo desses 34 anos, ampliando seu quadro de médicos cooperados e de clientes, estando sediada na capital mineira, porém atuando em mais 16 municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte: Baldim, Caeté, Confins, Contagem, Ibirité, Jaboticatubas, Lagoa Santa, Nova Lima, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Luzia, Santana do Riacho, São José da Lapa e Vespasiano.

A UNIMED BH tem intercâmbio para atendimento de clientes com as demais 63 UNIMEDs do estado de Minas Gerais, uma vez que o Sistema UNIMED mineiro possui cerca de 1.900.000 clientes, o que cria uma enorme relação de interdependência entre suas cooperativas singulares, de modo a atender com maior qualidade as demandas dessa clientela,

e, ainda, com todas as demais UNIMEDs espalhas pelo país. A UNIMED BH é, na atualidade, líder no segmento de saúde suplementar no estado de Minas Gerais. É também uma das maiores cooperativas do Complexo Cooperativo UNIMED em âmbito nacional. Atualmente, tem cerca de 4.500 médicos cooperados, e 550 mil clientes. A administração da Cooperativa está instalada em prédio próprio, situado na região hospitalar de Belo Horizonte, que possui modernas e confortáveis instalações.

A UNIMED BH definiu a sua identidade organizacional da seguinte forma:

Negócio: Soluções de saúde.

Missão: Valorizar o trabalho médico e prover soluções de saúde, assegurando a satisfação dos seus clientes.

Visão: Ser reconhecida como organização de referência em soluções de saúde no Brasil até o ano de 2005.

Crenças e Valores: Assume um compromisso permanente com os seguintes princípios e objetivos:

- valores éticos;
- promoção da saúde;
- respeito ao ser humano;
- satisfação dos clientes;
- valorização dos colaboradores e prestadores de serviços;
- cooperativismo como filosofia e prática da equidade, valorizando e dignificando o trabalho médico;
- busca constante de melhoria da relação médico-paciente; e
- responsabilidade social.

Como operadora de planos de saúde, além de sua expressiva quantidade de médicos cooperados, a UNIMED BH conta com uma ampla rede de serviços credenciados, com cerca de 45 hospitais e inúmeros laboratórios, clínicas e serviços de diagnóstico e terapia.

A Cooperativa também implantou três Núcleos de Atenção à Saúde, uma unidade de Pronto Atendimento Médico e um Hospital Dia e Maternidade próprios, para atendimento de uma parcela de sua clientela, mais especificamente aquela vinculada ao seu produto Unifácil, um plano de saúde de custo mais acessível voltado para a população de menor poder aquisitivo. A Cooperativa opera tanto planos de saúde individuais como coletivos e/ou empresariais.

Em outubro de 2003, a UNIMED BH criou o Instituto Cidadania, entidade, sem fins lucrativos, que tem como objetivo inicial desenvolver e conduzir seu programa de responsabilidade social, inspirado em sua forte presença da cooperativa no cotidiano de Belo Horizonte.

A UNIMED BH também atua de forma contundente na promoção da saúde por meio da viabilização de ações e eventos esportivos e culturais nas comunidades em que está presente. Acreditando que o esporte e a arte são essenciais para a qualidade de vida das pessoas, a Cooperativa é patrocinadora permanente do Teatro da Cidade e, por meio da Lei Rouanet, desenvolve um Programa de Incentivo à Cultura, com a participação efetiva dos seus cooperados, que a tornou mantenedora da Fundação Clóvis Salgado, com sede no Palácio das Artes.

A UNIMED BH patrocina as equipes de judô e corrida de rua do Minas Tênis Clube. No âmbito de sua política de promoção da saúde, também desenvolve ações voltadas para toda a comunidade, difundindo práticas e informações qualificadas para a prevenção de doenças e o estímulo a hábitos e escolhas de vida mais saudáveis.

4.2 Análise dos ambientes externo e interno da UNIMED BH

Nos anos de 1997 e 1998, o ambiente externo da UNIMED BH apresentava o setor Saúde Suplementar em profunda discussão em nosso país, em decorrência da apreciação por parte do Congresso Nacional do Projeto de Lei de Regulamentação dos Planos de Saúde Privados.

O mercado para esse serviço, cuja integração de diversos atores é fundamental (um plano de saúde é constituído de assistência prestada por meio dos médicos, dentistas, hospitais, clínicas especializadas, laboratórios de análises clínicas e demais serviços de diagnóstico e terapia), por outro lado, é disputado por um universo muito amplo de organizações, sob as mais diversas formas societárias (seguradoras, fundações, medicinas e odontologias de grupo, associações sem fins lucrativos, etc.).

Os profissionais de saúde alegavam receber das empresas e demais instituições de planos de saúde uma baixa remuneração. Por sua vez, os prestadores de serviços credenciados também

apresentavam reclamações semelhantes. Já o consumidor, o cidadão que possuía plano de saúde individual, queixava-se permanentemente aos órgãos de defesa do consumidor e, muitas das vezes, ingressava com ações no Judiciário, quanto ao não atendimento por parte das empresas de muitas de suas demandas por serviços de saúde. A alegação corrente por parte das empresas era a não cobertura contratual de muitos procedimentos que não podiam ser contemplados, em virtude do alto custo da medicina, e que não estavam previstos nos cálculos incidentes para a determinação do valor das mensalidades dos planos de saúde. Esse conflito entre empresa, médicos, hospitais, demais serviços credenciados e o consumidor é que motivou a regulamentação. Porém, as queixas de ambos os lados ainda persistem, apesar das regras e normas instituídas pela legislação e fiscalizadas pela ANS.

Nesse contexto, praticamente todos os entrevistados apontaram o elevado custo da medicina decorrente do desenvolvimento tecnológico dos meios de diagnóstico, e o envelhecimento da população como sendo as grandes ameaças à atividade da cooperativa.

A ameaça hoje é o envelhecimento da população, o aumento do custo da medicina, a dificuldade da população pagar um plano de saúde, pelo alto custo do médico no mercado e a cooperativa não conseguir filiar todos médicos. (Entrevista 2)

A maior dificuldade é o custo da medicina que ficou muito caro, principalmente, porque os exames e os aparelhos estão cada vez mais modernos e requerem um preço alto. Administrar uma cooperativa onde o paciente tem uma mensalidade não muito alta não é fácil. Porque eu acho que é o brasileiro que recebe mal, e não o custo da mensalidade é que é alto. Minha opinião é que o custo da medicina encareceu muito. Antigamente tinha poucos exames complementares. Antigamente não existia uma tomografia, ressonância magnética, cirurgia endoscopia, etc. A medicina de 20 e 30 anos para cá ficou muito cara. E como a administração vai segurar isso se a população está envelhecendo mais, os idosos estão vivendo muito mais e com isso estão gastando mais. (Entrevista 4)

Outro aspecto relevante no contexto das ameaças refere-se à concorrência, presente em diversas perspectivas. No caso das operadoras que são estruturadas como seguradoras, em regra, agrava o problema o fato de pertencerem a grupos econômicos com grande poder de capital e, conseqüentemente, com uma capacidade de influenciar os poderes públicos.

O ponto principal é a concorrência da seguradora, do poder de barganha que as seguradoras têm juntado ao governo. Se você for à Câmara, ao Senado você vê que eles têm uma presença continua nos gabinetes. E só agora há um ano e

meio atrás é que o sistema UNIMED viu isso. Agora é que o CRM e o CFM viram que a bancada passar de ser a 5ª dentro do Congresso, o médico não tem nenhuma influencia lá dentro. (Entrevista 1)

Outro tipo de concorrente que constituiu-se em grande ameaça são as operadoras que competem pelo preço oferecendo serviços de menor qualidade, porém de custos mais baixos. Levando-se em conta a situação econômico-financeira das empresas e, principalmente, das pessoas, agravada pelo baixo nível de renda dos últimos anos, esse tipo de concorrente representa uma grande ameaça.

Tem que levar em conta a concorrência com outros planos de saúde. Têm muitos com menos assistência de saúde, custo inferior, que não pode ser comparado ao que a UNIMED oferece. Então, isso ajuda para a UNIMED e com isso, para Cooperativa, é uma concorrência que ela vivencia. E ela tem tentado minimizar esse efeito com o Unifácil e outros planos que possa competir de uma maneira mais profissional e oferece uma medicina mais econômica, com mais qualidade. (Entrevista 5)

A persistência desse conflito de interesses, principalmente dos consumidores que ainda possuem planos antigos não abrangidos pela regulamentação, o qual tem ocasionado o ingresso de inúmeras ações judiciais, também se apresenta como uma ameaça à cooperativa. A UNIMED BH, freqüentemente, é obrigada a cobrir procedimentos que não estão previstos nos contratos destes planos por força de decisão judicial, o que aumenta seus custos além do previsto. Tais decisões são motivadas, principalmente, por desconhecimento por parte dos juízes do que de fato vem a ser um plano de saúde, sua dinâmica operacional, seus custos que tem impacto no cálculo atuarial, que é determinante para se estabelecer o preço das mensalidades. Essa percepção ficou também muito clara para vários entrevistados. O depoimento a seguir ilustra esse fato:

A grande ameaça da UNIMED hoje é o excesso de liminar que os juízes dão baseado nos contratos anteriores à lei. O juiz dá uma liminar para a pessoa fazer o que não tem direito. E essa, com certeza, é a grande ameaça. (Entrevista 6)

Outra ameaça relevante é a inexistência de linhas de crédito específicas para as cooperativas, principalmente para aquelas que atuam no setor Saúde, que as possibilitem fazer investimentos necessários à manutenção de seu grau de competitividade. Considerando o que foi abordado anteriormente, um de seus principais concorrentes são as operadoras de

seguradoras, muitas vezes, pertencentes a conglomerados financeiros, que têm grande facilidade de acesso a crédito em condições bastante favorecidas.

Uma outra dificuldade, uma ameaça importante, é a falta de financiamento público ou privado para as cooperativas. Falta de investimento, a falta de possibilidade de financiamento, haja vista até o caráter da Cooperativa, por ser uma entidade, uma sociedade formada por profissionais liberais, e que não há linhas especiais de recursos para essas cooperativas. (Entrevista 6)

No tocante às oportunidades, ficou evidente que o custo elevado da medicina e a baixa qualidade dos serviços públicos de saúde em nosso país ampliam em muito o interesse das pessoas e das organizações na contratação de um plano de saúde. Nesse particular, a UNIMED por ser uma cooperativa da qual o médico é dono, pode usufruir de uma vantagem competitiva diferenciada em seu posicionamento no mercado. Os depoimentos a seguir ilustram essa realidade:

A população deseja ter plano de saúde. O custo da medicina ficou muito alto e se você não tiver uma estrutura para dar sustentação ao paciente como pessoa isolada, muitas vezes, não consegue fazer isso. Ela tendo uma cooperativa e, por outro lado, tendo os médicos como um ponto, isso facilita o relacionamento. (Entrevista 2)

A qualidade dos serviços prestados, o crescimento do sistema, credibilidade do serviço e a qualidade que o médico oferece. (Entrevista 1)

Bom, primeiro o fato do governo não cobrir a saúde, a não assistência. Por isso, a população está procurando cada vez mais os planos de saúde. Isso é bom. Tem um mercado muito grande, e a UNIMED está tendo plano mais acessível, mais barato. Com isso consegue clientela maior, um número de associados maior. A UNIMED sai na frente dos outros planos de saúde. Ela tem os melhores médicos, o atendimento é de primeira linha. Então, a oportunidade é o número de associados. (Entrevista 4)

É a decadência do sistema público de saúde, e isso faz com que todas as classes sociais, para que se sintam mais resguardadas, tenham um plano de saúde. A concentração da mídia na preservação da saúde faz a pessoa espontaneamente procurar por um check-up anual e faz com que a pessoa tenha algum vínculo com o plano de saúde. E acho que a UNIMED conseguiu abrir o lugar de ter mais clientes e mais cooperados para crescer como empresa. (Entrevista 5)

Em virtude da regulamentação, a ANS iniciou um processo mais intenso de fiscalização das operadoras. Com isso, aquelas que não conseguiram se fortalecer e cumprir as exigências legais vem saindo do mercado. Os números oficiais da própria ANS mostram claramente a diminuição de operadoras a partir da vigência da lei de regulamentação. Esse fator se configura como uma oportunidade para as operadoras que estão bem posicionadas no

mercado, levando-se em conta que estão conseguindo crescer observando todos os critérios de natureza econômico-financeira e estrutural qualitativo. A UNIMED BH tem observado essa oportunidade de redução de competidores no mercado e, conseqüentemente, tirado proveito.

A grande oportunidade é que em função das leis muitos concorrentes estão no vermelho e saindo do mercado. E a UNIMED conseguiu reduzir o desperdício e trabalha o mercado com um preço menor e com um plano que ela criou, um plano que chama Unifácil. Trabalha com uma empresa em uma faixa de mercado bem barata. Ela consegue trabalhar bem barato. Então, a grande oportunidade da UNIMED é esse povo que está saindo em função destas leis, e a UNIMED está entrando. Essa é a grande vantagem”. (Entrevista 7)

Quanto ao mercado de venda de plano de saúde, eu vejo que ele ainda não está saturado em BH, ou seja, ainda existe um espaço para a continuar crescendo, uma boa oportunidade, talvez como uma oportunidade é a dificuldade de outras operadoras de plano de saúde que agente está vendo surgir[...] (Entrevista 8)

Outro aspecto importante também apontado como uma oportunidade para o fortalecimento da Cooperativa no mercado é o fato de que ela é uma alternativa positiva para o médico no contexto do mercado de trabalho, principalmente levando-se em conta a atual legislação trabalhista brasileira que vem dificultando a ampliação do mercado de trabalho.

Neste contexto, a Cooperativa vem operando no mercado com vistas a ampliar as oportunidades de trabalho para o seu cooperado, despertando maior interesse e maior dependência em seu sucesso por parte do cooperado. O crescimento da Cooperativa, por meio da ampliação de sua presença no mercado, ou seja, conquistando mais clientes, possibilita ao médico cooperado ampliar também sua participação nesse mercado e, por conseqüência, suas possibilidades de crescimento de renda.

Bom, as oportunidades principais dizem respeito ao próprio caráter de cooperativa, a própria ideologia da cooperativa, que é uma associação inicialmente, sem fins lucrativos, que congrega profissionais de entidades com áreas afins e com claros resultados positivos para os associados ou para os cooperados, que são a redução dos custos, os ganhos em escala e a inserção nesse mercado tão competitivo. (Entrevista 6)

Outra oportunidade importante, principalmente com relação às cooperativas de trabalho é a ineficiência e o anacronismo da legislação trabalhista, o que torna

as relações de emprego muito informais, sendo que a cooperativa neste aspecto é uma alternativa importante no horizonte do ambiente de legislação trabalhista que hoje existe no país. (Entrevista 6)

Analisando o ambiente interno da UNIMED BH, um ponto fraco que ficou evidente: a relação dos médicos cooperados com a Cooperativa ainda não se apresenta como ideal, apesar de ter evoluído muito nos últimos anos. O fato de a Cooperativa ter um elevado número de cooperados, cerca de 4.500 médicos, também dificulta uma maior proximidade. Por outro lado, o elevado grau de desconhecimento por parte do cooperado sobre a doutrina e filosofia cooperativista faz com que ele ainda não consiga evidenciar com maior grau de precisão o que diferencia a UNIMED dos seus concorrentes na relação com os médicos.

Outro aspecto também relevante prende-se à enorme diversidade de interesses por parte dos médicos cooperados. Muitos são profissionais que atuam exclusivamente em seus consultórios; outros atuam em hospitais, sendo que alguns são proprietários ou sócios desses empreendimentos; e outros têm clínicas de serviços de diagnósticos. Essa diversidade, em muitos casos, gera conflitos de interesse, pois uma gestão econômica equilibrada pressupõe rígidos controles e combate aos desperdícios, aos abusos, à geração de pedidos de exames desnecessários, à redução dos dias de internação hospitalar em função da otimização de custos, compatibilizando-os com maior grau de resolutividade dos casos clínicos. Tal realidade pode ser evidenciada pelos depoimentos a seguir:

Bom, numa perspectiva interna os principais pontos fracos são: primeiro uma comunicação falha da UNIMED com seus cooperados; segundo, a falta de conhecimento dos ideais cooperativista por parte dos médicos. Acho que a UNIMED, ela tem uma oportunidade importante, que é exatamente a divulgação e a intensificação da educação cooperativista. Outro ponto fraco é a própria atitude do médico, não condizente com o seu caráter de cooperado. Ou seja, o médico, às vezes atua não em prol, mas em detrimento da Cooperativa. Esses são os pontos fracos que eu vejo que podem ser corrigidos no futuro. (Entrevista 6)

O ponto fraco da Cooperativa é que a maioria, ou uma grande parte, não vê a Cooperativa como se fosse o dono, e eventualmente ele pratica alguma coisa que é contrária à Cooperativa. Então, o próprio dono é o grande ponto fraco, e a Cooperativa ainda não investiu necessariamente nesta educação cooperativista. Ele age como o dono numa circunstância e como explorador em outra circunstância. (Entrevista 7)

Um dos pontos mais fracos da Cooperativa do ponto de vista interno é a educação cooperativista. A UNIMED avançou muito numa série de coisas, e

do ponto de vista da educação cooperativista nos estamos começando a fazê-la de fato agora. (Entrevista 8)

A relação formal do médico com a Cooperativa, uma vez que ele é cooperado, ou seja, dono da UNIMED BH, configura-se como um dos pontos mais fortes da mesma, pois a relação do médico com as operadoras concorrentes é de mero credenciado.

Na UNIMED BH, o médico cooperado tem o direito de participar das assembleias para eleger a diretoria, aprovar contas e demais deliberações de natureza institucional e estratégica. Na relação do credenciado com as demais operadoras, estas não lhe concede qualquer tipo de poder nas decisões dessas organizações. Tal diferenciação fica evidenciada pelos relatos a seguir:

O médico além de prestar serviços, é o próprio dono da cooperativa. Então ele tem interesse de servir bem. E ele não é explorado na remuneração. (Entrevista 1)

É principalmente, que é uma coisa que os próprios médicos, sendo donos e tendo a consciência como lhe falei. Acho que ela é imbatível, eu sou médico da Federação Internacional de Motociclismo, então encontro médicos do mundo todo, e quando conto para eles sobre cooperativa eles vêem algo diferente. (Entrevista 3)

Bem, os pontos fortes do ponto de vista interno são: a quase a universalidade da UNIMED, ou seja, a possibilidade dela ter um grupo de médicos cooperados muito grande que absorva grande parte do mercado; a possibilidade dela contar com profissionais de melhor inserção do mercado, haja vista que as UNIMED's tem critérios de admissão de cooperados, a maioria delas, principalmente a UNIMED BH. São critérios rigorosos e contemplam a admissão de profissionais bem informados e qualificados, e já com uma penetração boa de mercado. (Entrevista 6)

Outro ponto extremamente forte é o padrão dos seus 4.500 cooperados. Acho que este é outro ponto forte da Cooperativa. Mesmo que a gente não tenha atingido um nível de educação cooperativista razoável, a gente tem visto também uma participação maior do cooperado, talvez começando a ter uma consciência maior do que é cooperativa. Isso também é um ponto forte. (Entrevista 8)

A profissionalização da Cooperativa - ou seja, a capacitação do quadro de dirigentes e, principalmente, a formação de um quadro de executivos profissionais - e a qualificação de

seus colaboradores em geral, bem como o investimento em tecnologia da informação são fatores que se configuram como um ponto muito forte da UNIMED BH conforme evidenciaram vários entrevistados.

Profissionalização, a estrutura montada funcionando, conhecimento do mecanismo do plano de saúde, que são fatores importantes. (Entrevista 2)

A administração é muito forte, é muito organizada. Você recebe, como cooperado, uma planilha com tudo detalhado: o dia da consulta, quem atendeu, valor da cirurgia, valor da consulta, o dia e a hora que foi, tudo bem detalhado mesmo. (Entrevista 4)

Na gestão, vejo a unanimidade que ela tem pelo menos no meio médico, que vê a qualidade e apoio da administração. Você não vê ninguém querendo polarizar a administração. Então isso é uma administração que está vindo com muita transparência, que agente vê crescer. E quanto aos honorários, a empresa foi a única que manifestou interesse de equiparar aos honorários médicos. Entre médicos cooperados não vejo ninguém falar mal da empresa, e isso é muito bom. (Entrevista 5)

Outro ponto forte da UNIMED é a estrutura administrativa, em todos aspectos, seja econômico-financeiro, e ela tem uma capacidade de prever o futuro e uma capacidade de resolução dos problemas presentes e futuros muito grande. Ela conta com um nível técnico administrativo de ótima qualidade e com isso ela conseguiu profissionalizar a gestão. Hoje, pode ser gerida dentro de objetivos já delineados, dentro de planejamentos já efetuados, mesmo apesar de haver embates políticos ou entre grupos que compõe a própria UNIMED. Ou seja, a estrutura administrativa hoje implantada ela torna a administração da UNIMED praticamente independente dos aspectos político e pessoais. Acho que talvez este seja o maior ponto forte da Cooperativa hoje. (Entrevista 6)

A burocracia, a estrutura dela está montada. Então ela funciona. E se eventualmente, tiver algum problema político, pois a diretoria política não é tão profissional, ela funciona. Então, ela está muita bem profissionalizada, bem montada, o esquema com as provisões que tem que ser feito. Então está tudo enxutinho. (Entrevista 7)

A gestão profissional. Esta é talvez, hoje, um dos pontos mais fortes da Cooperativa. Outro ponto extremamente forte é o padrão dos seus 4.500 cooperados. Acho que este é outro ponto forte da Cooperativa. Mesmo que a gente não tenha atingido um nível de educação cooperativista razoável, a gente tem visto também uma participação, maior do cooperado talvez começando a ter uma consciência maior de que é cooperativa. Isso também é um ponto forte. (Entrevista 8)

No tocante aos principais problemas administrativos que se apresentam na Cooperativa, fica evidente a necessidade de formar mão-de-obra qualificada e mantê-la, levando-se em conta a

complexidade do setor, em virtude das exigências decorrentes da regulamentação do mesmo e os conflitos ainda existentes em decorrência de decisões judiciais, muitas vezes contrárias às normas estabelecidas pela própria regulamentação. Tudo isso cria um ambiente de mudanças constantes e dinâmicas, e o grande desafio é fazer com que a equipe de profissionais esteja permanente atualizada, sendo capaz de lidar com coisas novas. O depoimento a seguir ressalta esse fato:

É ter uma mão-de-obra capaz de lidar com coisas novas. Não é ter de formar uma mão-de-obra. Temos dificuldade de achar pessoas qualificadas, a legislação é muito confusa, o Judiciário faz coisas que não são de acordo com a lei. (Entrevista 2)

Outro aspecto relevante é quanto à educação cooperativista por parte dos cooperados, ou seja, a plena compreensão da sua condição de dono da Cooperativa e as implicações dessa condição. O grande número de cooperados (mais de 4.500) é um fator que dificulta uma melhor comunicação entre a administração da Cooperativa e o cooperado. A gestão, do ponto de vista dos controles e do estabelecimento das metas e objetivos, enfrenta uma grande dificuldade ainda com relação ao cooperado, apesar de ter ocorrido um significativo avanço nos últimos anos. Essa questão tem impacto nos custos operacionais da UNIMED e, conseqüentemente, vai influir em seus preços no mercado.

Também merece destaque o fato de a UNIMED BH estar em um estágio de profissionalização e de gestão (administrativa, financeira e tecnológica) mais avançado em relação a seus parceiros fornecedores de serviços, tais como hospitais, clínicas e laboratórios, entre outros.

Enquanto a UNIMED BH gerencia os custos com a ótica de reduzi-los, os fornecedores, permanentemente, buscam ter um aumento na remuneração de seus serviços, criando um conflito permanente, que tem de ser gerido com muito cuidado e equilíbrio para a preservação da imagem da Cooperativa no mercado. O crescimento acelerado nos últimos anos do número de clientes, atualmente cerca de 550 mil, configura-se como num problema, no sentido de atendê-los com qualidade. O envelhecimento geral da população, o que gera maiores custos de atendimento em face das questões intrínsecas da saúde da população idosa, e conseqüentemente, o envelhecimento dos clientes da UNIMED BH é um outro problema a ser considerado que desafia a gestão da Cooperativa. Essa realidade é evidenciada pelos depoimentos a seguir:

É ter preço razoável para os pacientes, conseguir pagar bem os médicos, os exames e tudo mais, então tem que ter uma colaboração dos associados, dos médicos em geral para economizar um pouco, tomar cuidado para não deixar de pedir um exame importante que às vezes você erra um diagnóstico com isso. A maior dificuldade é essa, de conseguir administrar o dinheiro. (Entrevista 4)

Bem, hoje eu creio que os principais problemas são a assistência médica aos pacientes de alto custo, o universo de usuário de plano de saúde, ele tem envelhecido, assim como a população de modo geral, assim como a população brasileira em geral, e isso torna a assistência médica mais onerosa. Em segundo lugar, outro ponto a ser destacado é o distanciamento em termos de qualidade de gestão da UNIMED para com os seus fornecedores de serviços, principalmente hospitais, clínicas e laboratórios. Ou seja, enquanto a UNIMED caminha para uma profissionalização evidente, essas outras empresas estão numa etapa bastante anterior a este processo. Não acompanharam este processo da UNIMED, de forma que quem acaba prestando serviço, quem é o fornecedor de serviço da UNIMED que na grande maioria das vezes são os hospitais isso acaba impactando no resultado final, que é a satisfação do cliente, que acaba ficando insatisfeito. Outra questão administrativa complicada é a ingerência do Poder Judiciário nas questões de administração dos planos de saúde. Apesar da legislação de 1999 definir claramente quais são os deveres de ambas as partes, o Poder Judiciário interrompe este contrato privilegiando o cliente. Isso também é uma questão que dificulta o processo de planejamento econômico financeiro e até da assistência aos clientes. Outra questão que é importante também são os altos custos da assistência médica, os custos crescentes da assistência médica no qual a UNIMED tem poucas possibilidades de intervir. O mercado farmacêutico e o mercado de equipamentos é um mercado com custos cada vez maiores. O ingresso de novas tecnologias aumenta substancialmente a assistência médica, e a UNIMED tem poucos recursos para normalizar o uso destas novas tecnologias, destas novas intervenções médicas. Então, se torna difícil ela intervir no mercado, torna-se difícil ela intervir nesta escala de procedimentos, porque ela tem pouca ingerência. (Entrevista 6)

Então, a grande quantidade de cliente que a UNIMED tem é um problema que gera dificuldade. (Entrevista 2)

Eu acho que o problema é a dificuldade do sistema. Se o sistema funcionasse igual ao cartão de crédito, em que você conseguisse mapear onde está o médico, você teria uma condição de acompanhar e controlar mais. E outra coisa é o crescimento da cooperativa, temos que ficar muito preocupados com o atendimento ao cliente. Porque você com quase 550.000 clientes é quase uma cidade, e você sabe que uma cidade grande tem problemas administrativos[...] (Entrevista 3)

AMBIENTE EXTERNO	AMBIENTE INTERNO
<p>Principais ameaças</p> <ul style="list-style-type: none"> -Elevado custo da medicina decorrente do desenvolvimento tecnológico dos meios de diagnóstico; -Envelhecimento da população; -Concorrência das operadoras de grandes grupos seguradores e de operadoras que competem em preço; -Elevado número de ações judiciais por parte de consumidores; -Falta de linhas de crédito específicas para cooperativas. 	<p>Principais pontos fracos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Relação do médico cooperado com a Cooperativa, decorrente do elevado número e, ainda, do elevado nível de conhecimento da doutrina e filosofia cooperativista; -Diversidade de interesses por parte dos cooperados, o que provoca conflitos.
<p>Principais oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Baixa qualidade dos serviços públicos de saúde; -Redução do número de operadoras no mercado em virtude das exigências da regulamentação; -O fato de a cooperativa ser uma alternativa para o médico atuar no mercado de trabalho. 	<p>Principais pontos fortes</p> <ul style="list-style-type: none"> -Relação formal do médico com a Cooperativa, ou seja, sua condição de dono da mesma; -Quadro de executivos profissionais; -Qualificação dos colaboradores; -Elevado investimento em tecnologia da informação.

Fonte: Dados da pesquisa - organizado pelo autor

4.3 Ações estratégicas formuladas e implementadas pela UNIMED BH a partir de 1999

Em 1998, ocorreram eleições na Cooperativa, quando foi eleito o novo Conselho de Administração. Foi uma eleição bastante disputada, polarizada entre dois grupos políticos: o grupo que estava à frente da Cooperativa há vários mandatos e o novo grupo formado a partir de alguns cooperados que já faziam parte das administrações anteriores mas que se alinhou com novas correntes que desejavam mudanças, contando para isso com um amplo apoio dos cooperados, o que lhe permitiu expressiva vitória.

O compromisso dessa nova gestão foi consubstanciado na formulação de uma política de gestão conforme consta no seu Relatório de Gestão 1998-2001:

A política de gestão da UNIMED BH, no período 1998-2001 foi baseada em fundamentos sólidos, responsáveis por sua transformação em Cooperativa capaz de competir com êxito num mercado de grandes mudanças e alta competitividade, marcado, sobretudo, pela entrada de concorrentes internacionais.

Estes fundamentos são:

- Democratização da Cooperativa.
- Gestão participativa:

- Realismo econômico e financeiro;
- Formação de reservas técnicas;
- Valorização do médico cooperado;
- Fidelização dos clientes;
- Parceria com os prestadores de serviços;
- Profissionalização da gestão da cooperativa;
- Utilização de tecnologia de informação.

Com base nesses fundamentos, a Cooperativa passou por um profundo processo de reestruturação interna. Houve a formulação de um planejamento estratégico, considerando-se que na gestão anterior não havia um processo formal de planejamento. Este foi o ponto de partida para se estabelecer uma nova forma de gerir os negócios da Cooperativa. A ausência ou o desconhecimento da existência de um planejamento estratégico na gestão anterior fica bastante evidente nas entrevistas.

Eu não sei. (Entrevista 1)

Não havia plano de ação estratégica elaborado. É claro que os tempos eram outros. (Entrevista 2)

O governante naquela época não preocupava tanto com a gestão porque o rendimento financeiro ultrapassava em muito o rendimento operacional da Cooperativa. Naquela gestão não se deu tanta preocupação na área profissionalizante. (Entrevista 3)

Não tenho nenhuma informação. (Entrevista 4)

Ouvi mais críticas da gestão anterior, que foi duramente bombardeada na eleição. Então, eu não sei falar com dados dos problemas anteriores. Eu vivi mais a gestão atual. Agora na época foi falado de mau gerenciamento mesmo. (Entrevista 5)

As ações estratégicas implementadas a partir de 1999 estavam alinhadas com os pontos estabelecidos na política de gestão. É importante ressaltar que o grupo de cooperados que assumiu a gestão da Cooperativa em 1998, cujo mandato vigorou até março de 2002, concorreu novamente às eleições na Assembleia Geral Ordinária de 2002, com vistas ao mandato relativo ao período de 2002 a 2006, sendo que houve continuidade da maioria dos dirigentes, liderados pelo presidente reeleito, o que proporcionou a continuidade das estratégias.

Abaixo apresentam-se as estratégias formuladas e implantadas a partir de 1999, constantes do Quadro 5.

Quadro 5 – Resumo das estratégias formuladas e implementadas pela UNIMED BH no período de 1999 a 2004

Estratégias Formuladas e Implementadas	Descrição resumida
-Democratização da Cooperativa.	-Ampliação da participação do cooperado nas decisões e limitação de no máximo dois mandatos para os dirigentes.
-Valorização do médico cooperado e criação de procedimentos padronizados.	-Aumento do patrimônio e remuneração dos cooperados. Redução do custo de hospitalização visando ao aumento na remuneração para atendimentos ambulatoriais.
-Plano de saúde em condições especiais para o médico cooperado e seus familiares e benefício financeiro para a	-Plano de saúde com redução de 50% no preço e redução dos prazos de carência. Benefício de R\$ 100.000,00 liberado para a família do cooperado que venha a falecer.

família do cooperado no caso de falecimento do mesmo.	
-Gestão de relacionamento com cooperados e programa de informatização de consultórios.	-Ampliação do serviço de atendimento ao cooperado, agilização do prazo de pagamento aos mesmos e implantação de caixas de coleta de sugestões e reclamações em hospitais. Agilização do fluxo de informações, visando desburocratizar os serviços da cooperativa.
-Consulta plebiscitária.	-Consulta prévia aos cooperados a respeito de assuntos polêmicos que serão debatidos e levados a decisão de assembléia.
-Café com Prosa e Diretoria itinerante.	-Evento para estreitar o relacionamento da direção com os cooperados. Visita dos dirigentes aos ambientes de trabalho dos médicos cooperados para discutir problemas e ouvir as sugestões dos mesmos.
-Comitês de especialidades.	-Reunião dos grupos de especialistas, visando ao aprimoramento técnico dos serviços médicos da Cooperativa.
-Incentivo à produção e atualização científica.	-Incentivo à participação dos cooperados em congressos médicos e trabalhos de natureza científica da medicina;
-Fortalecimento da marca, por meio de novos produtos e serviços.	-Lançamento de novos planos com novos conceitos de mercado, visando atingir novos públicos, principalmente por meio de planos mais econômicos.
-Programa de qualificação das equipes comerciais.	-Redimensionamento da estrutura comercial, por meio de equipes internas e terceirizadas
-UNIMED cidadã.	-Participação da UNIMED em campanhas de saúde pública e prevenção em saúde.
-Comunicação social.	-Realização de programas de televisão “Alô Doutor”, de cunho educativo, estreitando o relacionamento com o público consumidor.
-Constituição de reservas técnicas.	-Agilização do cumprimento das exigências do órgão regulador, a ANS, no tocante às reservas técnicas, o que fortaleceu a situação econômico-financeira da Cooperativa.
-Ampla investimento em tecnologia de informação.	-Modernização de todo o processo de informatização da Cooperativa e conectividade com os cooperados, parceiros e rede de hospitais e serviços credenciados.

Fonte: Dados da pesquisa – Organizado pelo autor.

No tocante à democratização da Cooperativa, realizou-se, logo no início da gestão iniciada em 1998, uma Assembléia Geral dos cooperados, quando foi proposta pela direção, modificação estatutária limitando a, no máximo, dois mandatos. Ou seja, o presidente e os diretores, a partir de então, somente poderiam ser reeleitos para um segundo mandato, o que foi aprovado plenamente pelos cooperados. Esta ação visou atender aos anseios dos cooperados no sentido da não perpetuação dos dirigentes na gestão da Cooperativa.

A valorização do médico cooperado iniciou-se a partir da equalização das quotas de capital dos cooperados que já integravam o quadro social da Cooperativa, sendo que o valor das quotas para admissão de novos cooperados foi elevado, valorizando o patrimônio dos cooperados que já participavam da Cooperativa. Também outras ações que visaram à valorização do cooperado foram adotadas, como a implantação da consulta bonificada junto com a política de “desospitalização”, que visou reduzir o custo das internações hospitalares e, com isso, possibilitar um aumento na remuneração da consulta médica, fato que beneficiou a maioria dos cooperados. Essas medidas fizeram com que os cooperados aumentassem sua participação na receita global da Cooperativa em relação aos prestadores de serviços, invertendo o que ocorria anteriormente. A criação de procedimentos padronizados ambulatoriais possibilitou aos cooperados receberem remuneração adequada pelo tratamento de pacientes em regime ambulatorial, contribuindo para a redução dos custos com internação.

Os cooperados e suas famílias passaram a ter 50% de desconto no custo do plano de assistência médica, além da redução dos prazos de carências. Foi também instituído um novo benefício visando atender à família do cooperado em caso de seu falecimento, consubstanciado num apoio financeiro no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

Mediante a gestão de relacionamento com cooperados, a Cooperativa ampliou os serviços de atendimento aos médicos, agilizando a troca de informações e a liberação de pagamentos, sem que, na maioria dos casos, o cooperado tenha que comparecer à sede. A instalação de caixas de coleta em hospitais também visou estreitar o relacionamento do cooperado com a administração da Cooperativa.

Implantou-se o programa de informatização dos consultórios dos cooperados e promoveu-se a informatização e automação da relação com os prestadores de serviços, visando agilizar o fluxo de informações e desburocratizar os serviços da Cooperativa. Aos cooperados foram oferecidos equipamentos em condições especiais de preços e financiamento.

Uma importante iniciativa destinada a ampliar o processo democrático da Cooperativa também foi criada em 2001: a consulta plebiscitária, que é feita com os cooperados sempre que houver necessidade de deliberação sobre temas institucionais de grande relevância. A

consulta plebiscitária é feita antes da Assembléia Geral que terá o assunto em pauta; seu resultado é levado ao conhecimento dos cooperados na referida Assembléia, que é o foro legal para a tomada de decisão.

O processo de profissionalização da Cooperativa foi implementado com a contratação de profissionais qualificados, o desenvolvimento de um amplo programa de capacitação e treinamento dos colaboradores e parceiros.

A ação estratégica “Café com Prosa” proporcionou uma oportunidade de diálogo dos cooperados com a Diretoria da Cooperativa. Essa ação teve 132 edições e contou com a presença de 2.953 cooperados no período de 1998 a 2001.

A ação estratégica “Diretoria Itinerante” fez com que a Diretoria da Cooperativa se deslocasse para dialogar com os médicos cooperados em seu local de trabalho, ou seja, nos hospitais e nas Cooperativas de Trabalho dos Médicos dos corpos clínicos dos respectivos hospitais, quando foram discutidos assuntos de interesse dos diversos grupos.

Também foram criados os Comitês de Especialidades, em número de 40, com o objetivo de permitir aos cooperados a discussão de temas técnicos de cada especialidade médica, contribuindo para o aprimoramento de normas e procedimentos adotados pela Cooperativa. Tais ações resultaram em uma maior participação dos cooperados nas assembleias da Cooperativa. O depoimento a seguir ilustra esse fato:

O cooperado é o fundamento do trabalho. Ele atende cliente, ele mantém o negócio. O cooperado é essencial para a Cooperativa. Ele é que tem que ser levado em conta, tem que trabalhar, ser ouvido. (Entrevista 2)

Outras ações estratégicas de valorização do cooperado foram: a instituição do incentivo à produção e a atualização científica para estimular o desenvolvimento científico de seus cooperados por meio da Política de Patrocínio de Eventos Médicos (Congressos, Simpósios, Jornadas e reuniões científicas) e do patrocínio da *Revista Médica de Minas Gerais*, um dos principais periódicos de divulgação científica.

As ações estratégicas para o reposicionamento no mercado e o fortalecimento da marca fizeram com que a Cooperativa lançasse um novo produto: o Plano de Saúde Participativo (Unipart). Estabeleceu-se um novo conceito de relação com o cliente, por meio do qual o cliente tem um custo fixo da mensalidade do plano reduzido. Quando utiliza o plano, participa do custo de utilização do mesmo, mediante custos preestabelecidos. Este plano visou contribuir para uma melhor equalização de custos assistenciais e, ainda, ampliar a participação da Cooperativa em um nicho de mercado ocupado pela classe média. Também, contribuiu para reduzir possíveis abusos na utilização. Foi lançado também o plano Unifácil, de nova concepção quanto à formatação, pois fez com que a Cooperativa implantasse núcleos próprios para atendimento ambulatorial exclusivo para clientes desse produto que foca as empresas por apresentar um menor custo.

O atendimento médico domiciliar juntamente e o Programa de Monitoramento de Grupos de Risco possibilitaram a redução de custos e uma melhor compreensão dos custos assistenciais, minimizando-os e também fortalecendo a relação com seus clientes.

Houve também a implementação de um programa de qualificação das equipes comerciais internas e das empresas de venda terceirizadas, alterando o foco da Cooperativa para o mercado corporativo, de modo a ampliar a carteira de clientes por meio de contratos com empresas.

Implementaram-se também ações na esfera da responsabilidade social, como a UNIMED Cidadã, quando foram realizadas campanhas de vacinação contra pneumonia para clientes com mais de 60 anos, campanhas de combate à dengue, em parceria com o Poder Público Municipal, manual de controle da asma e campanha para prevenção do câncer de mama, promovida pela Sociedade Brasileira de Mastologia.

Também foram implementadas ações de comunicação social, como programas de televisão de natureza informativa educativa, com a participação de médicos cooperados, tratando de temas de interesse da saúde da comunidade (Programa Alô Doutor). Também em parceria com os veículos de comunicação impressa, foram criados suplementos com o mesmo objetivo, como o Programa de Incentivo à Cultura, direcionando percentuais do imposto de renda a pagar por parte dos médicos cooperados para iniciativas culturais.

No tocante à questão econômico-financeira da Cooperativa, foram realizadas as inversões necessárias para a constituição das reservas técnicas exigidas pela ANS, o que fortaleceu muito a estrutura econômica da Cooperativa, além de trazer tranquilidade no tocante ao cumprimento das normas regulamentares do setor. Tais estratégias são evidenciadas nos seguintes depoimentos:

Acho que as principais estratégias são um crescimento no mercado uma melhor remuneração para os médicos cooperados uma qualificação dos prestadores de serviço principalmente dos hospitais, e uma tentativa de mudança de perfil da carteira de usuários, tornando a carteira de usuários com maior predomínio de clientes pessoa jurídicas do que pessoa física. Há alguns anos, a carteira de clientes da UNIMED era predominantemente pessoas físicas e com faixa etária elevadas e isso tem sido mudado ao longo dos últimos anos, reduzindo esta faixa etária na estatística e tornando o perfil que antes era predominantemente pessoa física para pessoa jurídica.

(Entrevista 6)

De fazer o plano Unifácil, para aumentar o número de clientes; o hospital UNIMED para baixar os custos hospitalares. Isso foi muito interessante. Acho que esta faltando o médico operar, mas lá está excelente. Então, são decisões que estão melhorando muito. (Entrevista 4)

Essa mudança de foco, jogada para cliente empresarial, ela veio de três anos para cá. Ela é mais recente. Então, essa é uma mudança que eu considero substancial, posicionamento bem diferente. A gente está vendo resultado hoje, a gente estava crescendo, mas o ritmo de crescimento hoje é melhor. A nossa carteira vem modificando o perfil em função disto, já que está entrando com empresas. A clientela é mais jovem, então isto reflete muito na Cooperativa e a própria mudança, talvez uma mudança muito mais recente, também de posicionamento. A UNIMED é uma Cooperativa voltada para prestar assistência médica por venda de plano de saúde. Nós começamos a entrar na área de promoção da saúde. Então, esse é outro posicionamento que foi fundamental. De uns anos para cá, nós começamos a esboçar o que era isto. Ninguém tem conhecimento de fato do que é promoção da saúde. Tivemos dificuldade grande para montar uma equipe, para estruturar uma equipe. Entrou gestor, saiu gestor, entrou outro gestor, e hoje nós consolidamos isto do ponto de vista de promoção da saúde. Consolidamos, não; consolidamos muito mais a estruturação, porque ainda é uma coisa muito nova. Mas que estamos com ações de fato e repercutindo, como, por exemplo, no recente convênio que acabamos de assinar com uma renomada instituição de autogestão e que é uma gestão grande, com mais de 20 mil funcionários independentes de sua carteira de plano de saúde próprio e entregou isto à UNIMED. Assinou um contrato por 10 anos, e eles não estavam procurando uma assistência médica simples, estavam procurando algo complexo, e a gente conseguiu ofertar isto para eles e fazer este acordo. Então, esta é outra mudança de posicionamento extremamente importante. (Entrevista 8)

4.4 Análise das abordagens estratégicas aplicadas à UNIMED BH

Buscou-se verificar as relações existentes entre as quatro abordagens do pensamento estratégico - (clássica, evolucionista, processualista e sistêmica) - propostas por Whittington (2002), com a forma como a UNIMED BH implementou as ações estratégicas estabelecidas em seu planejamento. Em virtude do exposto, procurou-se discutir cada abordagem de forma a verificar, de acordo com a pesquisa realizada, se existe alguma relação, ou não, do caso estudado com os modelos teóricos apresentados.

A abordagem clássica que relaciona as estratégias com o plano e as ações que serão realizadas no futuro; ações que proporcionam uma direção, um guia ou um curso de ação; um caminho para ir daqui até ali. Os resultados da pesquisa demonstram que o processo de implantação das ações estratégicas na UNIMED BH apresenta relação com essa abordagem.

Nas entrevistas, como pode ser observado nos depoimentos abaixo, ficou evidenciado que a partir de 1998, quando se iniciou a gestão do atual grupo político de cooperados que assumiu a Cooperativa, deu-se início à formulação do planejamento estratégico. Praticamente todos os entrevistados afirmaram que não havia planejamento formal até então.

Não havia plano de ação estratégia elaborado. É claro que os tempos eram outros. (Entrevista 2)

O primeiro foi feito em 1999. (Entrevista 2)

É formalizado e muito bem feito. (Entrevista 3)

Ele é formalizado. Nós temos. A UNIMED BH passou por uma definição dos seus macroprocessos. O processo da criação dos produtos, da comercialização dos produtos, da entrega do produto nacional, não tinha documento. Também dos recursos próprios e da área de suporte, isso é documentado, muito bem feito, um processo que hoje nós conseguimos caminhar sozinhos. Inicialmente, nós contratamos a consultoria [...], depois criamos uma infraestrutura própria, que consegue acompanhar isso adequadamente e trabalha na estruturação de revisão do ano e projeto do ano seguinte. E estamos hoje quase finalizando os próximos dez anos. Isto é documentado. E acompanhado, a gente usa a gestão de diretrizes do GPD. Esse GPD, cada área vê, acompanha coloca em discussão, propõe correções, é levado para cada superintendência, discutido, trabalhado, é apresentado à Diretoria e depois apresentado aos Conselhos tanto de Administração, Técnico e Fiscal, então é muito bem acompanhado. (Entrevista 8)

Sim, a Cooperativa tem um planejamento de curto, médio e longo prazo inclusive um plano de metas a serem cumpridas e com a visão até de 5 a 10 anos de futuro. E tem sido cumprido, às vezes, até com relativa folga, haja vista que no ano passado um dos objetivos era atingir os 500 mil clientes e ao final do ano a Cooperativa atingiu 510 ou 515 mil clientes, se não me engano. (Entrevista 6)

Quanto à abordagem evolucionista, na qual o foco principal é a determinação da estratégia pelo ambiente mercadológico, considera-se que a ênfase estratégica se dá pelos processos competitivos e pela adaptação da organização ao meio. Na análise dos resultados da pesquisa, podem-se encontrar elementos que possibilitam evidenciar a aplicação desta abordagem, principalmente, em virtude das alterações sofridas pelo mercado em decorrência do processo de regulamentação que obrigou a Cooperativa a adaptar-se para competir nesse novo ambiente.

Aconteceu as duas coisas. A regulamentação na área de Saúde foi fundamental. Não tem como você continuar funcionando em uma área que não esteja bem desenvolvida socialmente. Temos dificuldades com as leis. São quarenta e tantas medidas provisórias. Segundo, o despreparo do governo para montar uma agência regulamentadora e se portar, às vezes, como órgão fiscalizador e não reguladora. Ela faz de seu princípio. A vantagem é você saber que existe uma lei, um direito e deveres. O cliente tem que ter conhecimentos das leis. Fica mais fácil trabalhar. (Entrevista 2)

Sem dúvida que mexeu em alguma coisa que é muito importante, e a regulamentação na hora que ela obrigou a pagar tudo que você tinha num plano que a curva atuarial não era feito em cima disso. Você planeja que vai ter uma turma que você vai alimentar ele de arroz, feijão e bife. Aí, depois, eles falam que vai ter que ter camarão, lagosta. Então, aumenta muito o custo, e o plano não pode então servir. (Entrevista 3)

Outro aspecto importante que evidencia a aplicação da abordagem evolucionista está relacionado à questão da mobilização dos médicos, mediante a atuação das entidades de classe, do Conselho Regional, da Associação Médica e do Sindicato dos Médicos, visando à implantação da CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada dos Procedimentos Médicos, que objetiva estabelecer uma remuneração mais justa e digna para a categoria e a influência dessa questão na política de remuneração estabelecida pela Cooperativa.

A UNIMED BH assumiu o compromisso, assim como todo o Sistema UNIMED em âmbito nacional, de adotar a CBHPM como referência para remunerar o trabalho médico por intermédio da Cooperativa. Os relatos a seguir evidenciam essa realidade:

A UNIMED sendo um plano de saúde dirigido por médicos, - é que são os médicos que são donos, - é essencial que ela esteja insolúvel. O nosso trabalho precisa sempre estar de acordo com essas entidades que é hoje. O momento atual estamos em perfeita harmonia, tanto com o Conselho, o Sindicato, com

os médicos. É fundamental que as estratégias têm que levar em consideração as entidades, porque o segmento choca com você mesmo. A defesa da área médica depende da Cooperativa. (Entrevista 2)

A UNIMED hoje tem sido uma referência para essa entidade de classe, uma vez que a UNIMED é uma Cooperativa de sucesso, com todas as vantagens da cooperativa em que a riqueza gerada pelo setor de Saúde fica na saúde. Ela não migra para o setor financeiro, bancário[...]. Eu acredito que essas associações têm interesse que a Cooperativa cresça, e a Cooperativa, pelo nível de sua profissionalização, pela sua inteligência corporativa, eu acho que ela tem mais tempo de desenvolver e ter talentos contratados para trabalhar nisso. O que tem acontecido é que essas classes com relacionamento com os médicos que, na verdade, a Cooperativa faz parte dessas entidades. Nós temos tentado apoiar em tudo que pode, que é possível, e a própria entidade de classe tem nos procurado.

Influenciam, por exemplo, essa luta que estamos tendo pela implantação do CBHPM. Então, isso tem que ser uma força conjunta, e a UNIMED acho que está muito colaborativa; quer dizer, está contribuindo com o Conselho, o Sindicato, melhorou os honorários médicos, e a UNIMED você tem que lembrar que ela é o carro chefe de tudo. Tudo que acontece na UNIMED os outros copiam. Então, a força da gente está na UNIMED. E se ela não dá aumento, os outros planos não dá. Se a UNIMED não mudar, eles vão falar que ela que é a dona, não está melhorando por que os outros vão? (Entrevista 4)

A terceira abordagem foi a processualista, que apresenta uma perspectiva para as formulações estratégicas focada nos acordos internos e em comprometimentos que satisfaçam os interesses de seus integrantes. Esta abordagem estratégica está adequada ao estudo da UNIMED BH, principalmente com relação à fase inicial da atual gestão, uma vez que no primeiro ano de mandato as mudanças foram pactuadas com os cooperados por meio de uma negociação que se deu a partir da formulação da política de gestão apresentada aos cooperados e que foi determinante para a eleição dos novos dirigentes eleitos em 1998. Os dirigentes assumiram desde o início de seu mandato um compromisso com as mudanças, que foi ao encontro dos interesses dos médicos cooperados.

Ao longo da gestão, também ficou evidente a aplicação dessa abordagem em algumas estratégias, como a criação de Comitês de Especialidades, que tem como objetivo discutir novos critérios técnicos com os cooperados; as reuniões com cooperados, denominados “Café com Prosa”; e a realização de um maior número de assembléias. Os depoimentos a seguir ilustram esse fato:

O cooperado é o fundamento do trabalho. Ele atende cliente, ele mantém o negócio. O cooperado é essencial para a Cooperativa. Ele é que tem que ser levado em conta, tem que trabalhar, ser ouvido. (Entrevista 2)

A presença do médico cooperado tem melhorado a cada dia. Até que surpreendeu a gente. Antigamente, eram poucos, mas os números de médicos nas reuniões estão aumentando. (Entrevista 4)

Bem, a participação tem crescido muito ao longo dos últimos anos. Basta dizer que nas gestões anteriores tinha assembléia com número extremamente reduzido, com 30, 50, 100 cooperados, no máximo, e hoje chegamos a ter assembléias com até 1000 cooperados presentes. O motivo desse crescimento na participação são dois. Primeiro, a atitude da Cooperativa, sempre privilegiando o trabalho médico, seja através da remuneração ou do reconhecimento desse trabalho, o que faz com que ele se sinta mais integrado à Cooperativa. Segundo, o nível dos assuntos levados à discussão nas assembléias, que gera um potencial de discussão e mobilização grande da classe médica, e por isso a maior participação. A UNIMED BH hoje leva assuntos mais polêmicos, como melhoras de remuneração, mudanças no relacionamento com hospitais e fornecedores na adoção de novos critérios que beneficiam os médicos cooperados, todos para assembléia, e com isso a participação tem aumentado bastante. (Entrevista 6)

Finalmente, quanto à abordagem sistêmica, Whittington (2002) considera o contexto sociológico no qual onde a organização opera como o fator determinante da formulação e desenvolvimento das estratégias. Segundo esta abordagem, os fatores externos são determinantes nas decisões estratégicas. De fato, o ambiente sociológico no qual a organização está inserida aponta para alguns fatores externos que contribuíram para a implementação das ações estratégicas.

É a decadência do sistema público de saúde, e isso faz com que todas as classes sociais se sintam, às vezes, que, para se resguardar, tenha um plano de saúde. A concentração da mídia na preservação da saúde faz a pessoa espontaneamente procurar por um check-up anual e faz com que a pessoa tenha algum vínculo com o plano de saúde. E acho que a UNIMED conseguiu abrir o lugar de ter mais clientes mais cooperados para crescer como empresa. (Entrevista 5)

No caso da UNIMED, eu acho que a oportunidade é o fato do mercado de saúde complementar. Primeiro, ele ter sido privatizado; e, segundo, é de termos um vácuo nesse mercado, que é o fato de não existirem empresas de grande porte, empresas sólidas atuando no mercado, haja vista que as seguradoras não demonstram interesse no mercado, que as empresas privadas, a maioria delas também não tem conseguido se manter de forma adequada no mercado. Então, é uma oportunidade enorme para as cooperativas, e o exemplo principal é que grande parte das cooperativas tem crescido muito no mercado. Em relação a isso, a segunda questão é que o médico, que é

,especificamente no caso da UNIMED, ele é um profissional de muito pouca organização, de muito pouca atitude grupal, então a UNIMED vem congrega os interesses da maioria dos médicos, definindo objetivos claros, definindo perspectivas claras para estes interesses e buscando a resolução e a concepção destes objetivos. Então, o médico hoje tem na UNIMED um sustentáculo da sua profissão, que é a Cooperativa que norteia o mercado. É a Cooperativa que define remuneração no mercado; é a Cooperativa que tem como princípio a defesa dos seus interesses, não só econômico mas político e social. Então, a oportunidade no ambiente de trabalho médico ela é total para as cooperativas de trabalho médico. (Entrevista 6)

4.5 Indicadores de desempenho da UNIMED BH

O novo modelo de gestão implementado pela UNIMED BH, orientado pelo planejamento estratégico formulado em 1998 e implementado a partir de 1999, propiciou mudanças estruturais na Cooperativa, com o objetivo de garantir eficácia, eficiência e qualidade, mediante a profissionalização da gestão.

A UNIMED BH utiliza indicadores com o objetivo de mostrar o alcance das estratégias definidas como ação essencial para o êxito do seu planejamento. A Cooperativa construiu um conjunto de indicadores tendo como base metodologias de avaliação de competitividade nas seguintes perspectivas: dos cooperados, financeira, dos clientes, dos processos internos e de aprendizagem e crescimento. Do conjunto de indicadores elaborados pela Cooperativa, podem-se destacar alguns, a título de exemplificação e mensuração da aplicação das estratégias formuladas e implementadas.

A rentabilidade gerencial (Gráfico 3) revela a eficiência da gestão na geração dos resultados. O índice dimensiona, em percentual da receita bruta, o valor financeiro do lucro, aqui entendido como a diferença entre a receita total (operacional e outras receitas) e o custo assistencial somada das despesas operacionais e subtraído das contas redutoras de receita.

A UNIMED BH emprega o conceito de resultado operacional gerencial como indicador corrente da rentabilidade. Este indicador sofre a influência de decisões estratégicas tais como o valor da Unidade de Trabalho, indexador interno da Cooperativa, utilizado para definir a remuneração do cooperado e constituição de provisões.

A tendência de crescimento verificada no período (1997 a 2004) decorre da contenção do índice de utilização e das despesas operacionais, de um lado, e pelo crescimento da receita financeira, de outro.

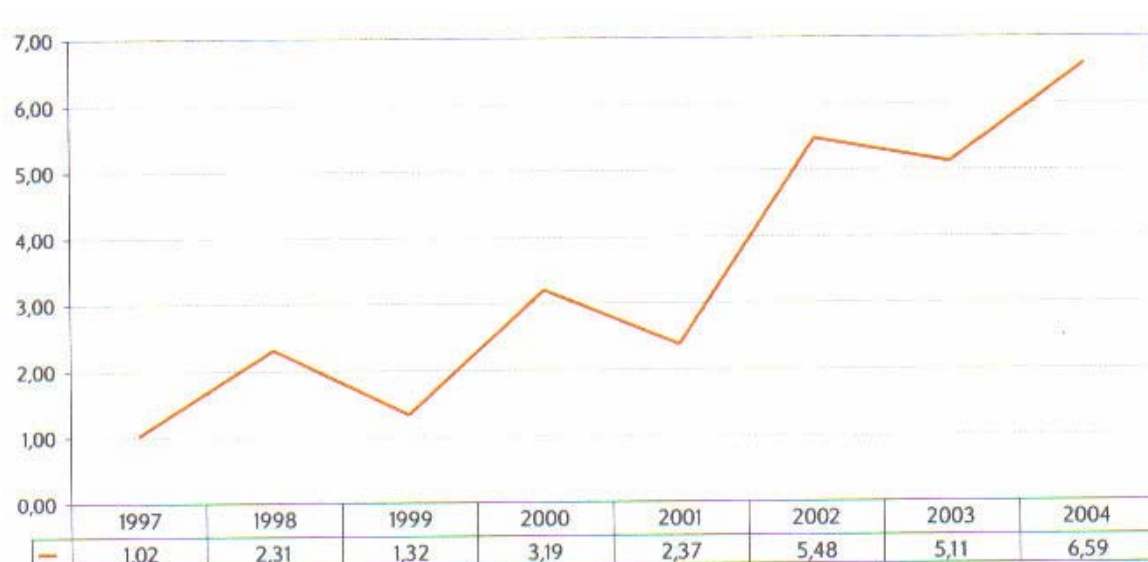


Gráfico 3 – Evolução da rentabilidade gerencial - 1997 a 2004 (% da receita bruta)

Fonte: Cadernos UNIMED BH (2005)

A evolução crescente das sobras brutas - entenda-se como sobras brutas na sociedade cooperativa o resultado financeiro positivo auferido pela mesma ao longo de um ano antes de descontar os fundos legais obrigatórios - da UNIMED BH (Gráfico 4) demonstra a aplicação das estratégias voltadas para o seu crescimento e a valorização do cooperado, a quem se destina a distribuição das sobras líquidas da Cooperativa e quem detém o poder de decisão quanto à sua destinação.

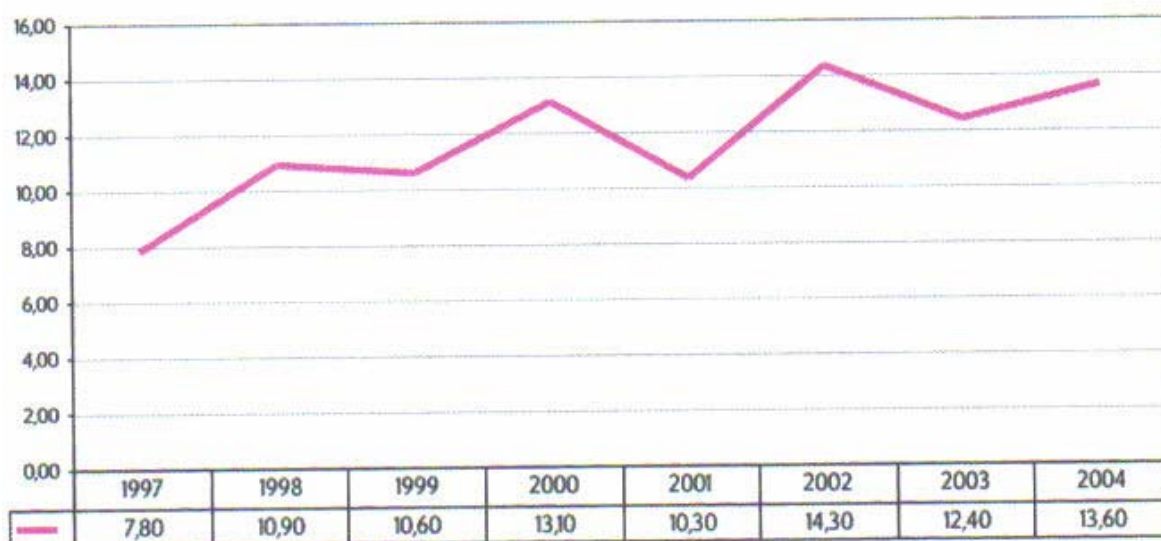


Gráfico 4 – Evolução das sobras brutas - 1997 a 2004 (% da receita bruta)

Fonte: Cadernos UNIMED BH (2005)

O crescimento da carteira de clientes vem se dando em produtos de menor preço (ainda que de maior margem de contribuição) em decorrência da implementação da estratégia de lançamentos de produtos visando atender a consumidores de menor poder aquisitivo.

Além disso, os reajustes autorizados pela ANS têm sido inferiores à inflação. Esses fatores ajudam a explicar o crescimento moderado da receita per capita (Gráfico 5). Por outro lado, esse mesmo perfil de crescimento, associado à intensificação dos esforços de regulação e promoção da saúde, contribuiu para um crescimento ainda menor do custo assistencial per capita, especialmente a partir de 2002.

Diante desse quadro, a Cooperativa tem podido competir no mercado com mais agressividade, principalmente no enfrentamento da concorrência por preço, travada com operadoras de plano de saúde de menor porte e que, conseqüentemente, não dispõem de uma rede credenciada qualificada ao nível da rede de cooperados e serviços credenciados da UNIMED BH.

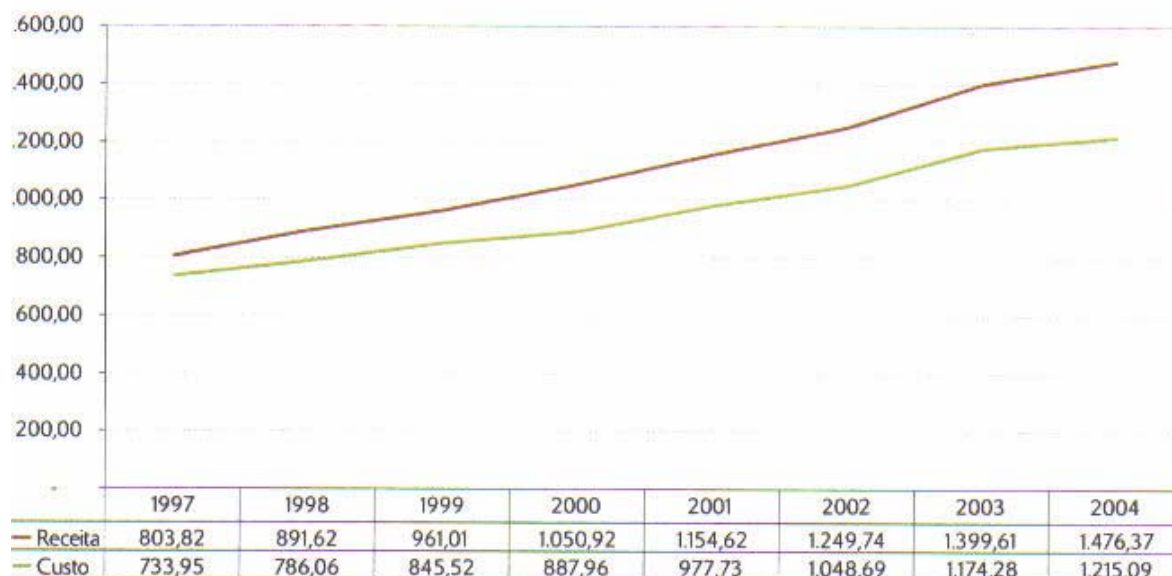


Gráfico 5 - Receita bruta e custo assistencial anual per capita - 1997 a 2004 (em R\$)

Fonte: Cadernos UNIMED BH (2005)

A evolução das despesas operacionais (Gráfico 6) indica o montante das despesas operacionais da Cooperativa em relação à receita bruta. Esse indicador mede os gastos da Cooperativa necessários a sua manutenção e como suporte para a atividade fim. A busca permanente pela eficiência explica a redução acentuada das despesas operacionais, a despeito do aumento da carga tributária ao longo dos últimos anos; e está ligada à estratégia de constituição de reservas técnicas e de fortalecimento da situação econômico-financeira da Cooperativa.

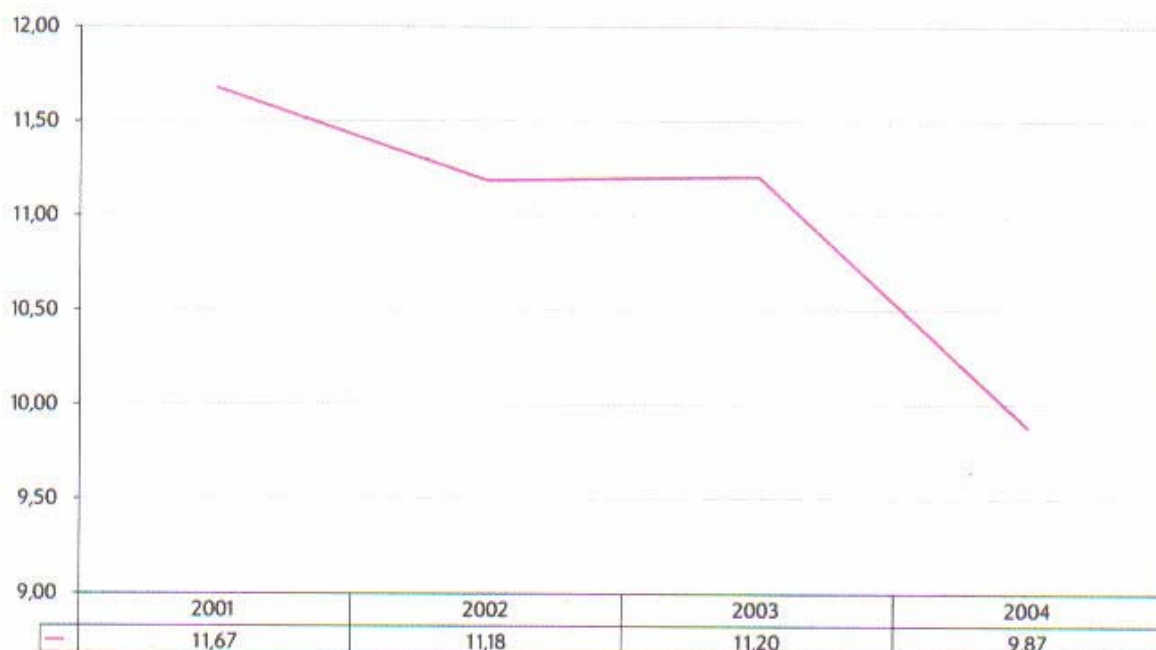


Gráfico 6 – Evolução das despesas operacionais - 2001 a 2004 (% da receita bruta)

Fonte: Cadernos UNIMED BH (2005)

Em 2004, a Cooperativa terminou de constituir todas as provisões legais exigidas pela ANS. As imobilizações contribuíram para a sua consolidação,, especialmente o empreendimento próprio Hospital Dia e Maternidade. As estratégias de crescimento da receita possibilitaram, por meio de uma melhoria qualitativa da gestão dos recursos, o fortalecimento da Cooperativa e o aumento de sua solidez financeira.

Quanto à liquidez geral (Gráfico7), a constituição integral das provisões legais, importante para a sustentabilidade da Cooperativa, refletiu negativamente neste indicador, que teve uma redução de 9% no período. Porém, o índice situa-se num patamar acima de 1, configurando uma situação equilibrada e compatível com as estratégias formuladas e implantadas.

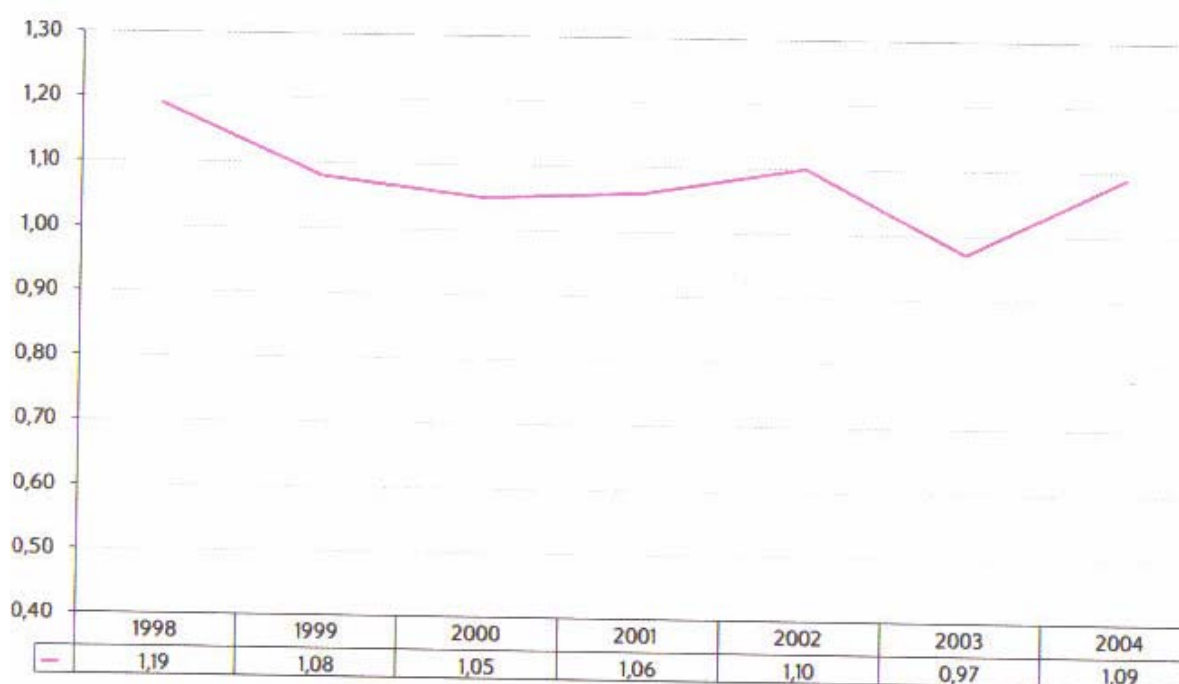


Gráfico 7 - Evolução da liquidez geral - 1998 a 2004

Fonte: Cadernos UNIMED BH (2005)

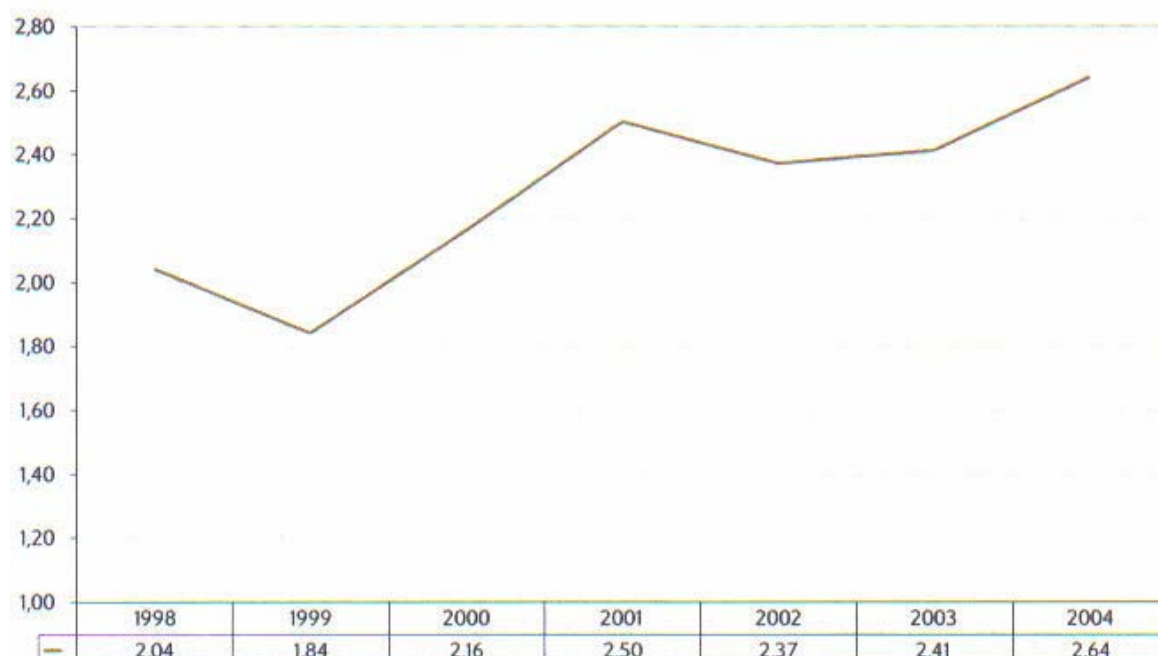


Gráfico 8 - Evolução do índice de giro de operação - 1998 a 2004

Fonte: Cadernos UNIMED BH (2005)

O índice de giro de operação (Gráfico 8) foi criado pela ANS para estabelecer um padrão mínimo de liquidez e rentabilidade das operadoras de planos de saúde. O valor mínimo é 1 (um), e as operadoras abaixo deste índice devem apresentar plano de recuperação financeira. A UNIMED BH apresenta melhora crescente do giro de sua operação, como resultado da redução das despesas operacionais e do índice de utilização dos serviços por parte dos clientes.

O grau de endividamento da Cooperativa (Gráfico 9) é um indicador estratégico, pois representa a parcela de recursos de terceiros que foi tomada em relação ao ativo. Esse indicador mede o quanto a empresa tomou de recursos financeiros de terceiros para cada R\$ 100,00 aplicados no ativo. Quanto menor a dependência do capital de terceiros, maior o grau de solvência. Esse índice traduz o grau de risco assumido pela Cooperativa. As políticas de incremento do patrimônio líquido adotadas pela UNIMED BH vêm melhorando significativamente o desempenho desse indicador.

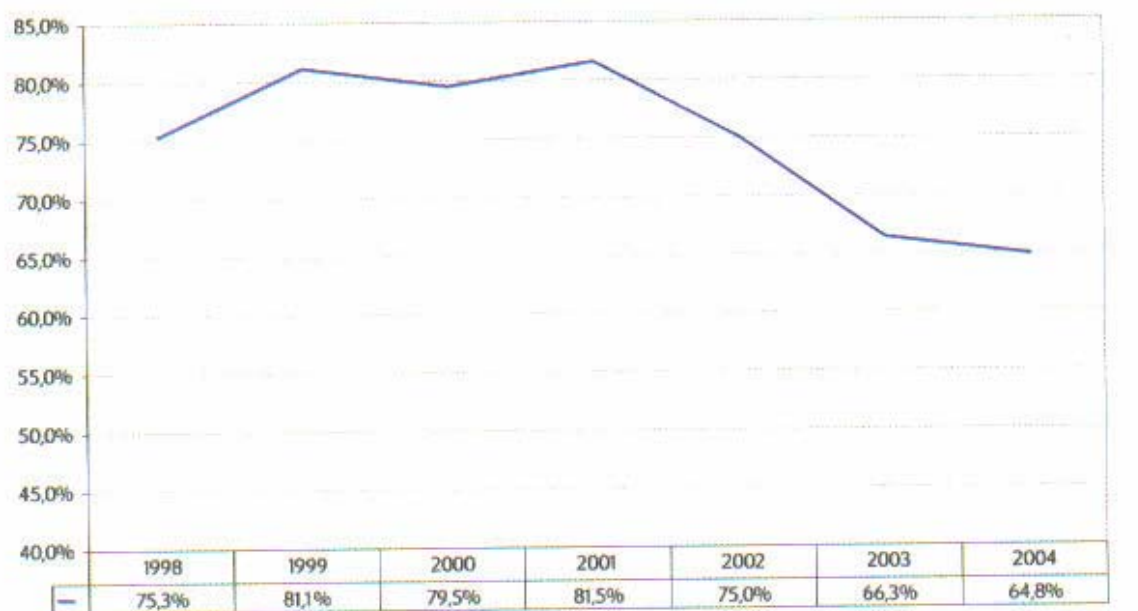


Gráfico 9 - Evolução do grau de endividamento - 1998 a 2004

Fonte: Cadernos UNIMED BH (2005)

O nível de capitalização (Gráfico 10) avalia se a Cooperativa possui recursos próprios, em grau satisfatório, para garantir a sua autonomia e segurança financeira. Esse indicador mede o quanto para cada R\$ 100,00 de recursos colocados à disposição da Cooperativa é originado do capital próprio. A retenção dos resultados de atos não cooperativos incrementou o patrimônio líquido, garantindo mais autonomia e segurança financeira à Cooperativa no período analisado.

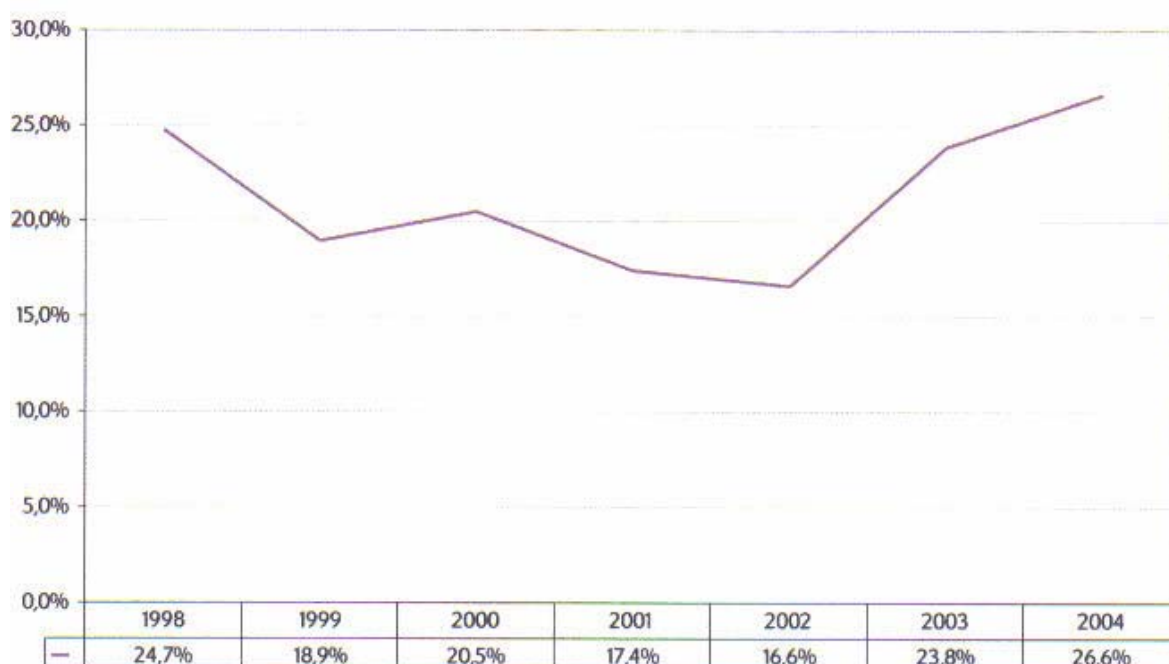


Gráfico 10 – Evolução do nível de capitalização - 1998 a 2004

Fonte: Cadernos UNIMED BH(2005)

A estratégia de reposicionamento da marca, criação e colocação de novos produtos no mercado, bem como a implementação de novos serviços, de modo a promover uma maior fidelização dos clientes, contribuiu significativamente para o crescimento da carteira de clientes: 57% ao longo dos seis últimos anos (Gráfico 11). A intensificação do crescimento da carteira empresarial, a partir de 2003 (Gráfico 12), resulta do esforço de vendas dirigido àquele mercado, principalmente por meio da comercialização de planos com preços mais baixos, possibilitando atender empresas de micro e pequeno porte, além das empresas de grande porte.

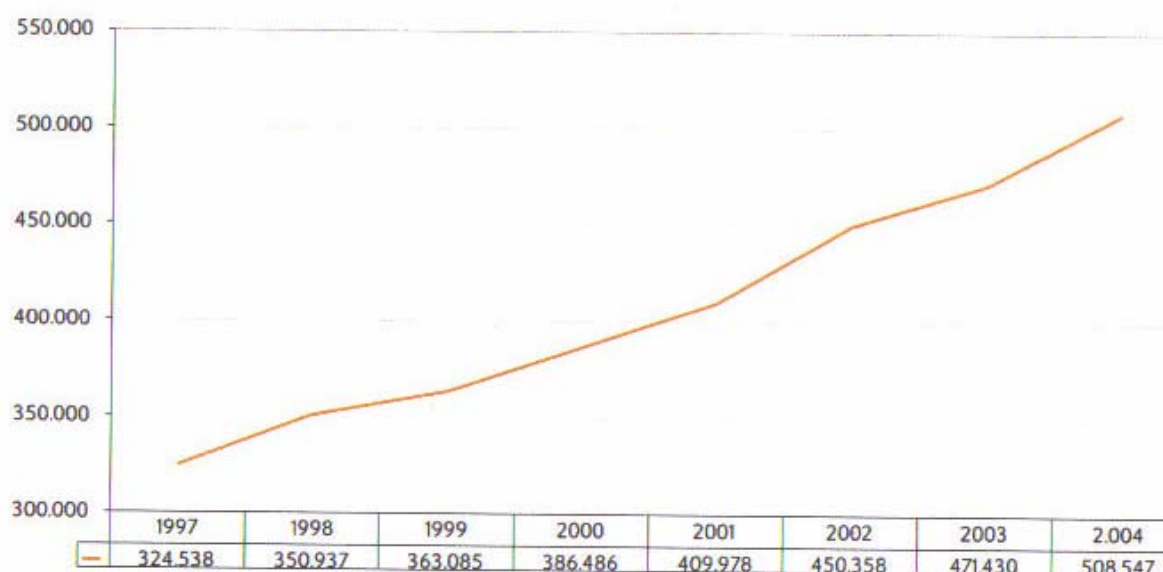


Gráfico 11 – Evolução da carteira de clientes - 1997 a 2004

Fonte: Cadernos UNIMED BH (2005)

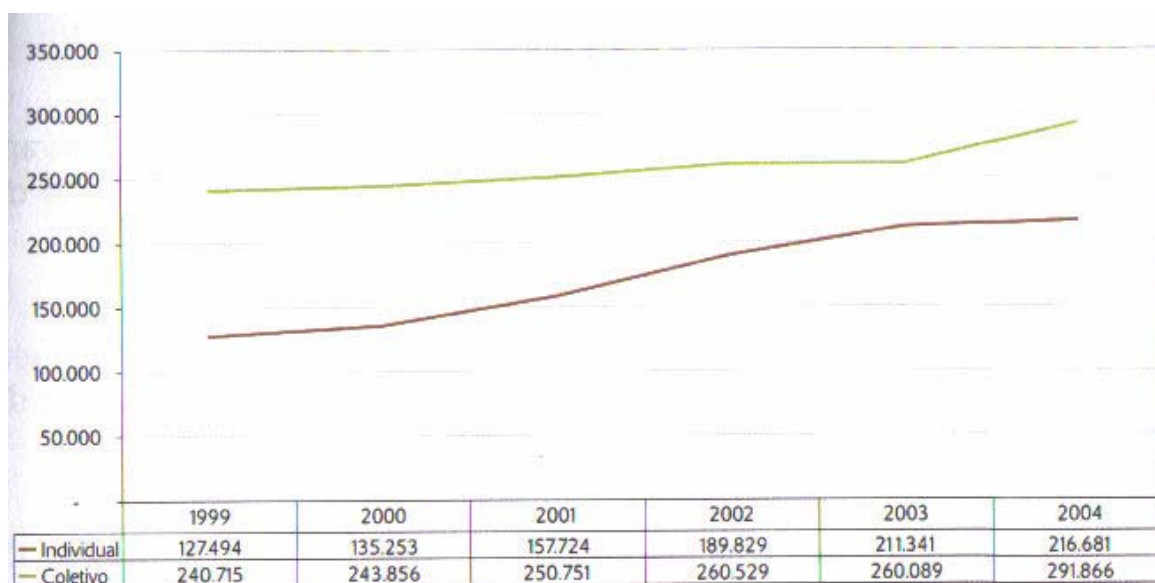


Gráfico 12 - Evolução da carteira de clientes por tipo de contratação - 1999 a 2004

Fonte: Cadernos UNIMED BH (2005)

Em decorrência da implementação da estratégia de profissionalização da gestão, a UNIMED BH também tem demonstrado uma considerável evolução quanto ao número de horas de treinamento no ano por empregado, sendo que em dois anos a Cooperativa praticamente dobrou o investimento na qualificação de sua força de trabalho, ou seja, em 2002 foram 33,91 horas; em 2004 realizou 63,49 horas.

Quanto à evolução da rotatividade de empregados, pode-se observar a consolidação da gestão estratégica da Cooperativa, com a definição e implementação de políticas adequadas de recursos humanos, o que vem contribuindo para a redução da rotatividade de empregados, uma vez que em 2002 o índice de rotatividade era de 3,2, passando em 2003 para 1,9 e permanecendo neste patamar em 2004.

Outro importante indicador que a ser analisado é o que mede os gastos com tecnologia da informação – TI sobre a receita bruta (Gráfico13), que expressa o volume dos investimentos, despesas e custos com tecnologia da informação na composição dos gastos da Cooperativa. O valor elevado em 2000 traduz o investimento da Cooperativa em seus maiores softwares, aplicativos e infra-estrutura de hardware. A partir de então, novas implantações, aliadas às consolidações e melhorias dos sistemas existentes, trouxeram os gastos para o patamar de 1,2 %. Em 2003 e 2004, foram realizados outros dois grandes investimentos em soluções de retaguarda e hospitalar, respectivamente.

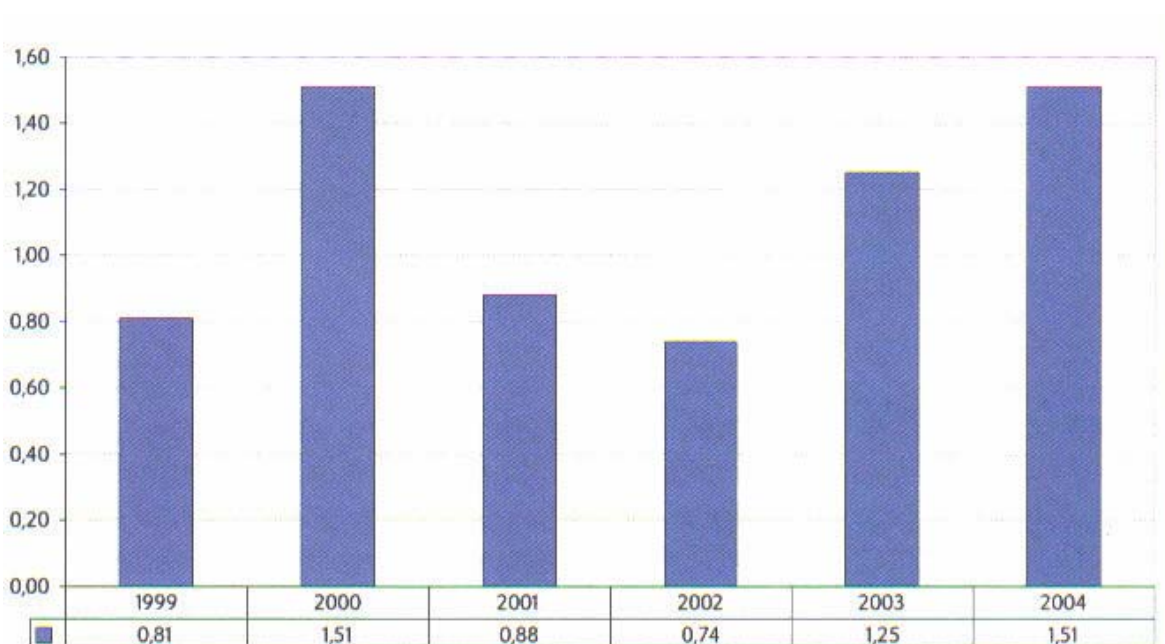


Gráfico 13 – Gastos com TI sobre a receita bruta - de 1999 a 2004 (%)

Fonte: Cadernos UNIMED BH (2005)

5. CONCLUSÃO

A análise dos resultados, amparada pela metodologia e pelo referencial teórico apresentados, permitiu a reflexão sobre as conclusões da pesquisa, no sentido de atender aos objetivos e de dar respostas às questões propostas.

Quanto ao primeiro objetivo específico, que se propôs a descrever o processo de criação da Cooperativa, ocorrido em 1971, pode-se concluir que o mesmo ocorreu como resposta da classe médica de Belo Horizonte à crescente mercantilização da medicina, seguindo o mesmo exemplo dos médicos da cidade de Santos, que fundaram a primeira UNIMED, no ano de 1966 no estado de São Paulo. Tal iniciativa possibilitou aos seus médicos cooperados fundadores e àqueles que ingressaram na Cooperativa a partir de então uma alternativa de atuação no mercado de trabalho de assistência à saúde suplementar sem ter que se submeter à condição de empregado das organizações empresariais que objetivam explorar a atividade para obtenção de lucro.

Quanto ao segundo objetivo específico, que buscou analisar o ambiente externo para identificar as principais ameaças e oportunidades às quais a Cooperativa está exposta, bem como realizar análise interna, visando a identificar os principais pontos fortes e fracos, pode-se identificar as principais ameaças às quais a Cooperativa está submetida. Destacam-se como as mais importantes: o elevado custo da medicina, decorrente do desenvolvimento tecnológico dos meios de diagnóstico; o envelhecimento da população; a concorrência das operadoras de grandes grupos seguradores e de operadoras que competem em preço; e o elevado número de ações judiciais por parte de consumidores de planos de saúde adquiridos antes da lei de regulamentação, reivindicando direitos não previstos nos mesmos. Com relação às oportunidades, destacam-se a baixa qualidade do serviço público de saúde e a redução do número de operadoras, em decorrência das exigências legais impostas pela regulamentação do setor. No tocante aos principais pontos fortes da Cooperativa, ficaram evidenciados: a relação formal estabelecida com os médicos, que são seus donos, diferentemente da relação dos mesmos com os concorrentes, em que são apenas meros credenciados; a contratação de executivos profissionais; a qualificação dos colaboradores; e o elevado investimento em tecnologia da informação. Com relação aos pontos fracos, foram identificados e ficaram evidenciados: o elevado nível de desconhecimento da doutrina e filosofia cooperativista por parte dos cooperados; a dificuldade de um melhor relacionamento

da Cooperativa com os cooperados, principalmente pelo tamanho do quadro sócio;l e a diversidade de interesses por parte dos cooperados, o que provoca conflitos.

O terceiro objetivo específico teve como propósito identificar o nível de conscientização e de participação do cooperado nas atividades da Cooperativa, em especial na definição das estratégias competitivas. Conclui-se que, a partir da gestão iniciada em 1998, foram implementados diversos mecanismos que permitiram ampliar a participação dos cooperados, que passaram a ter uma atuação mais expressiva nas decisões estratégicas. Porém, conforme foi exposto por vários entrevistados, apesar das estratégias implementadas, ainda falta um conhecimento mais amplo da doutrina e da filosofia cooperativista por parte dos cooperados.

Também é importante ressaltar dois aspectos relevantes que foram identificados. O primeiro refere-se ao fato da dificuldade ainda existente por parte administração da Cooperativa em se comunicar adequadamente com os cooperados, devido ao tamanho de seu quadro social elevado, cerca de 4500 cooperados, decorrente de um crescimento significativo ocorrido nos últimos anos. O segundo prende-se à coexistência de interesses, muitas das vezes, divergentes dentro do quadro social, por exemplo, interesses específicos no tocante a critérios de remuneração por parte de médicos cooperados que são donos de hospitais e outros serviços credenciados e médicos que atuam exclusivamente em consultórios em atividade eminentemente clínica.

Identificar as principais ações estratégicas formuladas e implementadas pela Cooperativa no período analisado foi o quarto objetivo específico. Pode-se concluir que as mesmas foram decorrentes de um processo formal de planejamento estratégico, conforme ficou evidenciado nos depoimentos resultantes das entrevistas realizadas e na análise dos documentos pesquisados.

O quinto objetivo específico foi quantificar os principais indicadores de desempenho para medir a eficácia das estratégias formuladas e implementadas pela Cooperativa para a conquista de mercado no período analisado. Mediante a análise dos mesmos, pode-se concluir que a Cooperativa ampliou significativamente sua presença no mercado, consolidando-se como a maior operadora de planos de saúde do estado de Minas Gerais e uma das maiores do país.

Quanto às questões propostas pela pesquisa, pode-se concluir que o nível de conscientização e de envolvimento do cooperado com a Cooperativa contribuiu diretamente para a ampliação da participação desta no mercado, conforme ficou bastante evidenciado nos depoimentos e também na análise das estratégias formuladas e implementadas, que objetivaram ampliar a participação do cooperado nas decisões. Porém, essa participação na perspectiva qualitativa ainda necessita ser melhorada, conforme também ficou evidenciado nos depoimentos, principalmente em razão do baixo nível de conhecimento da doutrina e filosofia cooperativista por parte dos cooperados.

No tocante à segunda questão proposta, conclui-se que a Cooperativa, no período analisado, formulou e implementou estratégias que contribuíram para a conquista de mercado, conforme foi evidenciado nos depoimentos dos entrevistados e na análise dos documentos pesquisados e dos indicadores de desempenho.

Quanto à terceira questão de pesquisa, conclui-se que a formulação e implementação das estratégias pela UNIMED BH não foram decorrentes de uma ação isolada da Direção da Cooperativa. Pois essas estratégias resultaram de uma ampla discussão e participação com os cooperados, por meio de diversas ações identificadas nos depoimentos dos entrevistados, bem como nos documentos pesquisados e preestabelecidas na política de gestão apresentada aos cooperados na Assembléia Geral Ordinária de 1998, quando foi eleito e empossado o Conselho de Administração que venceu as eleições à época¹. É importante relatar que no momento da defesa da presente dissertação, um dos membros da banca, o Prof. Mauro Calixta Tavares, comentou que participou de um trabalho de consultoria para a UNIMED BH que visou a elaboração do planejamento estratégico da cooperativa para o ano de 1992. É fundamental ressaltar que o referido trabalho não foi citado pelos entrevistados e também não consta dos documentos pesquisados.

¹ É importante relatar que no momento da defesa da presente dissertação, um dos membros da banca, o Prof. Dr. Mauro Calixta Tavares, comentou que participou de um trabalho de consultoria para a UNIMED BH que visou a elaboração do planejamento estratégico da Cooperativa para o ano de 1992. É fundamental ressaltar que o referido trabalho não foi citado pelos entrevistados e também não foi encontrado registro do mesmo nos documentos pesquisados.

Ao analisar os tipos de abordagens estratégicas propostas por Whittington (2002) e aplicadas pela UNIMED BH, foi possível concluir que as ações puderam ser explicadas pelas quatro abordagens apresentadas, uma vez que as mesmas não são excludentes. Além disso, percebeu-se que a abordagem Clássica foi a que mais se aproximou da realidade de implementação da estratégia adotada pela organização estudada. As outras abordagens contribuíram para explicar, em parte, as ações adotadas pela Cooperativa como forma de implementação das estratégias.

De forma geral, conclui-se que as ações estratégicas formuladas e implementadas para conquista de mercado adotadas pela Cooperativa de Trabalho Médico em Belo Horizonte (UNIMED BH) no período entre 1999 a 2004 estão relacionados a vários fatores. Destacam-se como os mais importantes: ampliação da participação dos cooperados nas decisões estratégicas da Cooperativa; valorização do trabalho do cooperados, por meio do aumento de sua remuneração; profissionalização da gestão; lançamento de novos produtos, principalmente a recomposição da carteira de clientes, mediante a ampliação da participação de clientes corporativos; redução do volume de planos de saúde não regulamentados; e capitalização da Cooperativa, que possibilitou a realização de investimentos significativos em sua infraestrutura e o cumprimento das exigências legais de constituição de reservas técnicas.

A pesquisa limitou-se a analisar como se deu o processo de formulação e implementação das ações estratégicas para a conquista de mercado e os impactos proporcionados na gestão da Cooperativa. Contudo, este trabalho não buscou analisar as influências no processo interno de gestão da UNIMED BH; nem buscou estudar se o sistema de gestão utilizado pela mesma está adequado à realidade da organização após a implementação das estratégias.

Como sugestões para futuras pesquisas, podem ser destacadas aquelas que estão relacionadas ao processo de estratégias e gestão das cooperativas de trabalho que atuam no setor Saúde, de forma a aprofundar e aperfeiçoar os resultados obtidos nesta pesquisa. Por meio de análises mais detalhadas dos processos de gestão, podem-se verificar outras dimensões além das contempladas neste trabalho, tais como: capacitação do cooperado para gerir as cooperativas; integração das cooperativas médicas por meio de redes intercooperativas; redes de relacionamentos e organização em cooperativas; processo de gestão de pessoas nas cooperativas; e marketing social e cooperativas.

6. REFERÊNCIAS

- ACKOFF, R. L. **Planejamento empresarial**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1974.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. ; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Thompson, 1999.
- ANSOFF, H. I. **Implanting strategic management**. Englewood Clifss, New Jersey: Prentice-HALL Inc., 1984.
- ANTONIALLI, L. M. **Modelo de gestão e estratégias: o caso de duas cooperativas mistas de leite e café de Minas Gerais**. São Paulo: FEA/USP, 2000. 163p. (Tese de Doutorado em Administração).
- BAHIA, L. **O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação**. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Oficina DIPRO/GGTAP. *Imaginando e Operando a Gestão da Atenção no Âmbito da Saúde Suplementar: textos de apoio*. Rio de Janeiro, 2002.
- BAUER, M. W., GASKELL, S. & ALLUM, N. C. **Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões**. In: BAUER, M. W. e GASKELL, N. C. (org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.
- Cadernos UNIMED BH. **Indicadores de competitividade: construindo um modelo de gestão**. Belo Horizonte, v.2, mai, 2005.
- CAPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. de O.; GONLÇALVES, C. A. **Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais**. Organizações Rurais e & Agroindustriais - Revista de Administração da UFLA, v. 5, n. 1, 2003.
- CHANDLER, A. D. Org. Mccraw, Thomas K.; Fundação Getúlio Vargas. **Alfred Chandler: ensaios para uma teoria histórica da grande empresa**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- COOPERATIVISMO NO BRASIL: **Núcleo do banco de dados/OCB** – São Paulo. Dezembro de 2003. Disponível em: < <http://www.ocb.org.br> >. Acesso em 10/10/2005.
- FLEURY, M. T. L. **Cooperativas agrícolas e o capitalismo no Brasil**. São Paulo: Global Editora, 1983.
- FRANCO, M. L. **O que é análise de conteúdo**. Texto de circulação interna. São Paulo: PUC 1986.
- GARCIA, R. M. **O requisito de um programa de treinamento em cooperativas**. Revista de Administração de Empresas, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan./mar. 1981.

HAMEL G. e PRAHADAD C. K. **Competindo pelo futuro**: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã; tradução de Outras Palavras. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HENDERSON, B. D. As origens da estratégia. In: MONTGOMERY, C. A., PORTER, M. E. **Estratégia**: a busca da vantagem competitiva. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

IRION, J. E. O. **Cooperativismo e economia social**. São Paulo: STS, 1997.

KOULYTCHIZKI, S. Dês instruments d'analyses dês ccopératives. **Revue des Études Coopérative**, Paris, n. 199, p.5-29, 1980.

MINTZBERG, H. The strategy concept I: five Ps for strategy. **California Management Review**, Berkeley, v. 30, n.1, p.11-24, Fall 1987.

MINTZBERG, H., AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico; tradução de Nivaldo Montingelli Jr. Porto Alegre: Bookman, 2000.

OLIVEIRA, D. P. R. de. **Estratégia empresarial**: uma abordagem empreendedora. São Paulo: Atlas, 1991.

PASCUCCI, L. M., ROCHA, E. E. R. B. e CASTRO, S. C. **As organizações cooperativas e o mercado** – O caso de uma cooperativa de trabalho médico, a UNIMED. XXIX ENANPAD – Encontro Científico de Administração – ANPAD – Brasília – 2005.

PERIUS, V. **Cooperativas de trabalho**: Manual de Organização. Perspectiva Econômica, volume 32, nº 97, Série Cooperativismo. São Leopoldo: Unisinos, 1997.

PESQUISA MENSAL DE EMPREGO. **IBGE**. Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em 10/10/2004.

PINHO, C. M. **Lineamento da legislação cooperativa brasileira**. In: PINHO, D.B (Org.) Bases Operacionais do cooperativismo. 2. ed. São Paulo: CNPq, 1996. (Manual de Cooperativismo, v.2.)

PRAHALAD, C. K. e HAMEL, G. 'A Competência Essencial da Corporação'. In: MONTGOMERY, Cynthia A., PORTER, Michel E. **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva**: criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro: Campus, 1990.

PORTER, M. E. Como as Forças Competitivas Moldam a Estratégia'. In: MONTGOMERY, Cynthia A., PORTER, Michel E. **Estratégia**: a busca da vantagem competitiva. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

PORTER, M. E. **Competição, on competition:** estratégias competitivas essenciais; tradução de Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, R. **O cooperativismo na globalização.** Agroanalysis, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p.10-12, ago. 1997.

FIGUEIREDO, R. **Dicionário prático de cooperativismo.** Belo Horizonte: Mandamentos, 2000.

SHULZE, E. **Estrutura e poder em cooperativas.** Perspectiva Econômica, São Leopoldo, v. 22, n.59, jun./dez. 1987. (Série Cooperativismo,22).

SINGER, P. **Introdução à economia solidária.** 1ª ed. – São Paulo: Perseu Abramo, 2002.

TAVARES, M. C. **Gestão estratégica.** São Paulo: Atlas, 2000.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas Editora, 1987.

– Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.unimedbh.com.br>. Acesso em 10/10/2005.

UNIMED – PORTAL UNIMED. Disponível em: <http://www.unimed.com.br>. Acesso em 10/10/2005,

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas Editora, 1998.

WHITTINGTON, R. **O que é estratégia.** São Paulo: Thomson. 2002.

YIN, R. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Ed. Bookman, 2ª. ed. 2001.

ANEXOS

ANEXO 1: ROTEIROS PARA ENTREVISTAS

1 - Roteiro aplicado para membros dos Conselhos da Cooperativa

NOME: _____

FUNÇÃO: _____

1. Há quantos anos você está associado à Cooperativa?
2. Na sua opinião, quais são as ameaças do ambiente atual, a que a Cooperativa está exposta?
3. Na sua opinião, quais são as oportunidades que o ambiente atual oferece a Cooperativa?
4. Numa perspectiva interna, na sua opinião, quais são os pontos fracos da Cooperativa?
5. Numa perspectiva interna, na sua opinião, quais são os pontos fortes da Cooperativa?
6. Na sua opinião, atualmente, quais são os principais problemas administrativos da Cooperativa?
7. Em função da análise, dos ambientes externo e interno, conforme seu depoimento anterior, quais devem ser as ações estratégicas da Cooperativa para aumentar sua vantagem competitiva no mercado?
8. Quais eram as principais estratégias da Cooperativa na gestão anterior?
9. E na atual gestão, quais são as principais estratégias da Cooperativa?
10. Em sua opinião ocorreram decisões estratégicas traçadas na gestão anterior que foram abandonadas pela atual gestão?
11. Você tem conhecimento de decisões estratégicas traçadas na gestão anterior que tiveram continuidade na gestão atual?
12. A Cooperativa possui um planejamento estratégico de médio e longo prazo, com objetivos e metas a serem cumpridas? Sim, não, por que?
13. Se existe um planejamento estratégico, ele é formalizado por meio de algum documento?
14. A regulamentação dos planos de saúde, na sua opinião, melhorou as oportunidades para a Cooperativa, ou ampliou as ameaças? Quais oportunidades ou ameaças?

15. Na sua opinião, a regulamentação dos planos de saúde provocou a reformulação das estratégias da Cooperativa?
16. Você acha possível que alguns dos objetivos e metas traçados na gestão atual sejam abandonados e dêem lugar a novas propostas da chapa que vencer a próxima eleição?
17. O posicionamento e atuação das entidades de classe, Conselho Regional de Medicina, Sindicato dos Médicos e Associação Médica, na sua opinião, influenciam na definição das estratégias da Cooperativa?
18. Na sua avaliação, o cooperado tem um papel relevante na definição das estratégias da Cooperativa?
19. Como você acredita que o cooperado pode contribuir para minimizar as ameaças e aumentar as oportunidades da Cooperativa no ambiente externo?
20. As eleições, a cada 4 anos, são benéficas para a Cooperativa? Sim, não, por que?
21. Qual a sua opinião sobre a autogestão, ou seja, os próprios cooperados administrando a Cooperativa?
22. Qual a sua opinião a respeito da profissionalização da gestão das cooperativas brasileiras?
23. Considerando as assembléias gerais dos últimos anos realizadas pela Cooperativa, qual a sua opinião sobre a participação dos cooperados e o conteúdo dos assuntos discutidos nas mesmas?
24. Quais foram os motivos que levaram vocês a formarem uma chapa para concorrer à última eleição na Cooperativa?
25. Quais foram as principais propostas de sua chapa?
26. Como você avalia as articulações políticas envolvidas na última eleição da Cooperativa?

2 - Roteiro aplicado para cooperado que não exerce função nos conselhos da Cooperativa:

NOME: _____

FUNÇÃO: _____

- 1- Há quantos anos você está associado à Cooperativa?
- 2- Na sua opinião, quais são as ameaças do ambiente que a Cooperativa está exposta?
- 3- Na sua opinião, atualmente, quais são as oportunidades que o ambiente oferece a Cooperativa?
- 4- Numa perspectiva interna, na sua opinião, quais os pontos fracos da Cooperativa?
- 5- Numa perspectiva interna, na sua opinião, quais os pontos fortes da Cooperativa?
- 6- Na sua opinião, atualmente, quais são os principais problemas administrativos da Cooperativa?
- 7- Em função da análise, dos ambientes externo e interno, conforme seu depoimento acima, quais deveriam ser as ações estratégicas da Cooperativa para aumentar sua vantagem competitiva no mercado?
- 8- Na sua opinião, quais eram as principais estratégias da Cooperativa na gestão anterior?
- 9- E na gestão atual, quais são as principais estratégias da Cooperativa?
- 10- Você tem conhecimento de decisões estratégicas traçadas na gestão anterior que foram abandonadas pela gestão atual?
- 11- Você tem conhecimento de decisões estratégicas traçadas na gestão anterior que tiveram continuidade na gestão atual?
- 12- A Cooperativa possui um planejamento estratégico de médio e longo prazos, com objetivos e metas a serem cumpridas? Sim, não, por que?
- 13- Se existe um planejamento estratégico, ele é formalizado por meio de algum documento?
- 14- Você acha possível que os objetivos e metas traçados na gestão atual sejam abandonados e venham dar lugar a novas propostas da chapa que vencer as próximas eleições?
- 15- As eleições, a cada 4 anos, são benéficas para a Cooperativa? Sim, não, por que?
- 16- Qual a sua opinião sobre a autogestão, ou seja, os próprios cooperados administrando a Cooperativa?

- 17- Quanto às assembléias gerais, considerando os últimos anos, qual a sua opinião sobre a quantidade, conteúdo dos assuntos discutidos e participação dos cooperados nas mesmas?
- 18- Qual a sua opinião a respeito da profissionalização da gestão das cooperativas brasileiras?
- 19- Como você avalia as articulações políticas envolvidas na última eleição da Cooperativa?