

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTRATÉGIA E ORGANIZAÇÕES
LINHA DE PESQUISA: ESTRATÉGIA E MUDANÇA ORGANIZACIONAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MUDANÇA AMBIENTAL E POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO : ESTUDO
COMPARATIVO DE CASOS EM EMPRESAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

AUTOR: MAURÍCIO REINERT DO NASCIMENTO

CURITIBA, AGOSTO DE 2000

PÁGINA FORNECIDA PELA UNIVERSIDADE

MAURÍCIO REINERT DO NASCIMENTO

MUDANÇA AMBIENTAL E POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO : ESTUDO
COMPARATIVO DE CASOS EM EMPRESAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre. Programa
de Mestrado em Administração, Centro de
Pesquisa e Pós-Graduação em Administração,
Setor de Ciências Sociais Aplicadas,
Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Clóvis L. Machado-da-Silva

CURITIBA
2000

Não te acovardes de tuas ações, não as repudies depois de consumadas,
o remorso da consciência é indecente.

Nietzsche

Aos meus pais,
Mário e Hildete

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Pesquisa e Pós Graduação em Administração (CEPPAD) da Universidade Federal do Paraná, nas pessoas de seus Professores, Funcionários e Coordenador do Mestrado.

Às organizações CLINIHAUER, PARANÁ CLINICAS, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA e SAÚDE IDEAL, nas pessoas de seus dirigentes.

Ao Professor Virgílio Balestro, pela adequação sintática de regência, concordância e colocação.

À Professora Eloise Livramento Dellagnello da Universidade Federal de Santa Catarina, por sua participação na banca examinadora.

Ao Professor Sérgio Bulgacov pelas sugestões e apoio durante a realização da pesquisa.

Aos meus colegas do mestrado, pela convivência e companheirismo durante esse período turbulento; em especial aos amigos Edson, Olga, Patrícia e Rosângela, que além do auxílio acadêmico e intelectual, serviram como apoio nos momentos difíceis.

Aos amigos que, mesmo permanecendo anônimos, contribuíram para a realização desse trabalho.

Ao Professor Clóvis L. Machado-da-Silva, pelo esmero na orientação do trabalho, e exemplo a ser seguido na dedicação e seriedade demonstrados na vida acadêmica.

À minha namorada Fabiane, que contribuiu e facilitou na minha caminhada durante esses mais de dois anos de trabalho árduo na dissertação.

Aos meus pais, Mário e Hildete, sem os quais essa realidade não seria possível, e a quem agradeço o suporte emocional e intelectual, bem como o amor dedicado e incondicional.

MUITO OBRIGADO!

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	viii
LISTA DE FIGURAS	ix
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
1. INTRODUÇÃO	01
1.1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	04
1.2. OBJETIVOS DA PESQUISA	07
1.3. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	07
2. BASE TEÓRICO-EMPÍRICA	08
2.1. MUDANÇA AMBIENTAL	09
2.1.1. MUDANÇA ORGANIZACIONAL	15
2.2. POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO	19
2.3. ESQUEMAS INTERPRETATIVOS	25
2.4. MUDANÇA AMBIENTAL, ESQUEMAS INTERPRETATIVOS E POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO	30
3. METODOLOGIA	33
3.1. ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA	33
3.1.1. PERGUNTAS DE PESQUISA	33
3.1.2. DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS ANALÍTICAS	34
3.1.3. DEFINIÇÃO DE OUTROS TERMOS RELEVANTES	36
3.2. DELIMITAÇÃO E <i>DESIGN</i> DA PESQUISA	37
3.2.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA	37
3.2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	39
3.2.3. DADOS : COLETA E TRATAMENTO	42

3.3. LIMITAÇÕES DA PESQUISA	48
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	49
4.1. MUDANÇA AMBIENTAL	49
4.2. CASOS EM ESTUDO	56
4.2.1. CASO 1: EMPRESA SAÚDE IDEAL	56
4.2.1.1. Histórico	56
4.2.1.2. Análise dos Dados	57
4.2.2. CASO 2: EMPRESA PARANÁ CLÍNICAS	71
4.2.2.1. Histórico	72
4.2.2.2. Análise dos Dados	73
4.2.3. CASO 3: EMPRESA CLINIHAUER	86
4.2.3.1. Histórico	86
4.2.3.2. Análise dos Dados	87
4.3. ANÁLISE COMPARATIVA DAS EMPRESAS	102
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	125

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Influência do ambiente técnico e institucional	
sobre diferentes setores	12
Quadro 2. Caracterização das visões sobre mudança	15
Quadro 3. Principais mudanças contidas na regulamentação	
dos planos de saúde	51
Quadro 4. Esquemas interpretativos da Saúde Ideal	58
Quadro 5. Posicionamento estratégico da Saúde Ideal	66
Quadro 6. Esquemas interpretativos da Paraná Clínicas	73
Quadro 7. Posicionamento estratégico da Paraná Clínicas	79
Quadro 8. Esquemas interpretativos da Clinihauer	88
Quadro 9. Posicionamento estratégico da Clinihauer	95
Quadro 10. Comparativo dos esquemas interpretativos	
antes da regulamentação	103
Quadro 11. Comparativo dos esquemas interpretativos	
depois da regulamentação	104
Quadro 12. Comparativo dos posicionamentos estratégicos – produtos	106
Quadro 13. Comparativo dos posicionamentos estratégicos – recursos	108
Quadro 14. Comparativo dos posicionamentos estratégicos – mercado	110

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de estratégia	20
Figura 2. Método de estudo comparativo de casos	38

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi verificar de que modo os esquemas interpretativos dos dirigentes atuaram como mediadores do posicionamento estratégico de três organizações de assistência privada à saúde, em Curitiba, quais sejam Saúde Ideal, Paraná Clínicas e Clinihauer, em face da mudança ambiental caracterizada pela regulamentação dos planos de saúde. O método que caracteriza esta pesquisa é o estudo comparativo de casos, com uso de múltiplas fontes de evidência. Os dados secundários foram obtidos mediante consulta da legislação referente à regulamentação dos planos de saúde, bem como dos contratos, relatórios, planos estratégicos, atas de reunião e material de marketing das empresas pesquisadas. Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com os dirigentes do nível estratégico das organizações objeto do estudo. A análise dos dados foi efetuada de forma descritivo-qualitativa, utilizando-se as técnicas de análise documental e de análise de conteúdo. Esses dados foram utilizados para identificar este elenco: a mudança ambiental de caráter coercitivo; os esquemas interpretativos, por intermédio dos valores e crenças do grupo de dirigentes; e o posicionamento estratégico das organizações, antes e depois da regulamentação dos planos de saúde. Os dados revelam coerência entre os esquemas interpretativos e o posicionamento estratégico. Ela ocorre tanto na manutenção desse posicionamento quanto na sua mudança. Empresas que têm diferentes esquemas interpretativos apresentam diferentes posicionamentos estratégicos; quando não ocorreu mudança nos esquemas interpretativos, o posicionamento estratégico permaneceu igual. A organização em que ocorreu maior variação nos valores e crenças modificou mais seu posicionamento estratégico. Mudanças de segunda ordem ocorreram na organização em que os esquemas interpretativos não eram congruentes com a pressão ambiental; e houve mudanças de primeira ordem nas duas organizações que não apresentavam essa discrepância, já que os valores e crenças foram apenas reforçados pela pressão institucional. Outros aspectos foram destacados na conclusão: utilização e importância da pressão coercitiva como estratégia de mudança na área de saúde; unidade entre ambiente técnico e institucional; atuação do grupo de dirigentes como agentes externos dentro da sua própria organização.

ABSTRACT

The main objective of this research was to verify in what way the directors' interpretative schemes acted as mediators of strategic positioning, when dealing with the environmental changes characterized by the regulation of health plans. The three private health assistance organizations, chosen in Curitiba, were: Saúde Ideal, Paraná Clínicas e Clinihauer. The method that characterizes this research is the comparative case study, with the use of multiple sources of evidence. The data were obtained by means of consultation of the legislation referent to the regulation. Contracts, written reports, minutes of meetings, and marketing materials of the researched companies were also consulted. Semi-structured interviews with the directors were realized as well. The analysis of the data was done in a descriptive-quantitative manner, using content and document analysis techniques. These data were used to identify: environmental change of a coercive nature; the interpretative schemes of the group of directors (using their values and beliefs) and the organizations' strategic positioning, before and after the regulation of health plans. The data reveal a coherent relation between interpretative schemes and strategic positioning. This occurs not only in maintenance of the strategic positioning but also in its change. Companies that have different interpretative schemes present different strategic positioning; when the interpretative schemes do not change the strategic positioning remain stable. And the organization where the biggest variation of values and beliefs occurred, was the one that modified most its strategic positioning. Changes of the second order occurred in the organization where the interpretative schemes were not suitable for the environmental pressure. First order changes occurred in the two organizations that did not present that discrepancy, since their values and beliefs were only reinforced by the institutional pressure. Other aspects were also emphasized in the conclusion, such as the use and the importance of coercive pressure as a strategy of change in health care sector, the unity between the technical and institutional environment, and the group of directors' performance as external agents within their own organization.

1. INTRODUÇÃO

No decorrer deste século o mundo tem passado por grande número de transformações. Principalmente a partir das décadas de 50 e 60 tem ocorrido aceleração no ritmo das mudanças ambientais (ANSOFF e McDONNELL, 1993). Dois fatores, segundo os autores, são fundamentais para essa aceleração: o primeiro é o aumento de frequência das mudanças que afetam a organização; o segundo é o aumento da velocidade com que as mudanças se difundem. Essas transformações acontecem tanto nas questões relacionadas a tecnologias e produtos, quanto na área social e política.

Na década de setenta, a expansão multinacional, os avanços tecnológicos e as mudanças estruturais na economia adquirem maior importância para as organizações, juntamente com o acirramento da concorrência (ANSOFF, 1983).

A aceleração das mudanças criou o que MORGAN (1988) chama de ambiente turbulento, ambiente que permanece em contínua transformação, trazendo constantemente novos desafios para a organização. Entre esses desafios está a globalização, a qual está fortemente baseada nos desenvolvimentos tecnológicos e sociais (LOUREIRO e SANTOS, 1991). A ruptura das barreiras existentes entre os países aumentou a complexidade do ambiente, no qual estão inseridas as organizações, por possibilitar o aumento da quantidade de competidores e fornecedores, ampliar o mercado, e levar a organização a enfrentar diferentes culturas e legislações.

Outro desafio são as novas tecnologias, as quais obrigam as organizações a realizarem atualizações cada vez mais frequentes, gerando a necessidade de novas habilidades para os membros da organização (MORGAN, 1988). O aumento do número de informações, proporcionado pelas novas tecnologias, também influenciou a complexidade do ambiente. As organizações precisam aprender a aproveitar as informações importantes e descartar outras que não são úteis.

As mudanças sociais e políticas também fazem parte desse ambiente turbulento. Entre as mudanças sociais estão o aumento do acesso da população à informação por intermédio dos meios de comunicação, o incremento da urbanização e maior facilidade de acesso à educação. Todas essas mudanças afetam as organizações. Como exemplo, ANSOFF e McDONNELL (1993) utilizam as empresas industriais, que passaram da era da produção em massa do século XIX, para a era do marketing de massa até meados dos anos 50 e, finalmente, à era pós-industrial. Mudanças políticas como a diminuição do tamanho do Estado e uma tendência de maior liberdade econômica aumentaram a concorrência no ambiente.

Esses são alguns exemplos que ilustram o quadro da evolução na rapidez com que as mudanças ocorrem. Vários autores se referem à importância dessas mudanças para as organizações; entre eles estão MORGAN (1988), PETTIGREW, FERLIE e MCKEE (1992) e WILSON (1995). Essas mudanças ocorreram e estão ocorrendo também na área de saúde.

Ao analisar historicamente o setor de assistência à saúde nos Estados Unidos, FENNELL e ALEXANDER (1993) constataam as mudanças drásticas que este vem sofrendo. Os autores constataam pelo menos três focos principais de mudança: (1) o aumento na diversificação dos tipos de organização e dos produtos que participam do setor; (2) mudança nas formas de propriedades e na gestão dessas organizações; e (3) novos padrões de relacionamento inter-organizacional e estruturas mais complexas. Forças externas são apontadas como as principais causas dessas transformações.

O setor de saúde no Brasil também tem sido afetado por esse grande número de mudanças. Segundo ROCHA (1998), acompanhando o desenvolvimento brasileiro e o desenvolvimento tecnológico dos diagnósticos e tratamentos, a saúde passou do controle do médico para o de grupos privados e do Estado.

Até os anos 30, era o médico quem fixava livremente o valor de seu trabalho, cobrando dos que podiam pagá-lo e atendendo por benemerência aqueles sem condições de fazê-lo, isto é, a maioria da população. O médico equipava seu próprio local de trabalho e mantinha um relacionamento próximo com seus pacientes; era o chamado médico da família.

Com o incremento da industrialização¹ e da urbanização² no Brasil, e o conseqüente aumento da classe operária, muitos desses pacientes se recusavam a ser atendidos por caridade e passam a ser atendidos pelas sobras de caixa dos institutos de aposentadoria e pensões. Nesse momento inicia-se a transição do médico autônomo para o assalariado. O médico perde o poder de decisão sobre os equipamentos, os quais não mais lhe pertencem, e perde também o contato com o paciente, que não tem mais a possibilidade de escolher seu próprio médico.

A criação do INPS, em 1966, foi, por um lado, modernizadora, pois ampliou o acesso à assistência médica para milhões de pessoas. Por outro lado, a centralização reduziu mais ainda a liberdade do médico e do paciente. Nessa mesma época, surgem outras três modalidades de intermediação do serviço médico: (1) medicina de grupo, empresa privada, que contrata outros médicos como assalariados, para a prestação de serviços de assistência à saúde; (2) seguro-saúde, empresas de seguro, cujo sistema utilizado é o de reembolso, em que o cliente é restituído do valor gasto com tratamento de saúde até um limite preestabelecido; e (3) sistema cooperativista, que é a união de um grupo de médicos, que formam uma cooperativa para prestar atendimento aos seus clientes; no Brasil esse sistema é representado pelas Unimeds³ (ROCHA, 1998).

Nos dias atuais, com a crise do Estado atingindo de maneira intensa o setor de saúde, a assistência privada à saúde tem crescido muito. Segundo COSTA (1998) o mercado de planos de saúde atingia em 1995, 40 milhões de pessoas, ou seja, 25% de população do país. Este dado demonstra a importância do assunto para a nação e para o governo. Devido à importância do tema, o governo tem feito intervenções freqüentes nessa área, na tentativa de proteger o direito do consumidor.

¹ A industrialização a que se faz referência é a moderna industrialização brasileira. Segundo RIBEIRO (1997), essa industrialização aconteceu a partir da década de 40, com a construção da Companhia Siderúrgica Nacional em Volta Redonda.

² Segundo RIBEIRO (1997), a população urbana passou de 31,3%, em 1940, para 67,6% em 1980.

³ Cada Unimed é uma cooperativa, e compõe uma pessoa jurídica distinta das demais Unimeds, elas se reúnem por Estados em federações de cooperativas, e nacionalmente em confederação de cooperativas.

Algumas das intervenções não foram diretas, como é o caso do Código de Defesa do Consumidor. Os consumidores passaram a ter mais direitos, facilitando-lhes as reclamações e forçando-se as empresas a melhorar a qualidade dos serviços; os contratos tiveram de ser reformulados para atender às novas normas. Neste caso, os ajustes realizados foram incrementais, visando a atender ao novo código, sem contudo trazer reformulações expressivas às empresas de planos de saúde.

Em de julho de 1998, foi aprovada a lei 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde complementar, trazendo uma série de mudanças que obrigaram as empresas desse setor a ajustes. Essa regulamentação trata de temas diversos, desde as normas de registro das empresas que pretendem ser operadoras de planos de saúde e a forma de fiscalização dessas empresas realizada pelos órgãos públicos, até a cobertura mínima obrigatória de cada tipo de plano e regras e limitações da entrada de clientes com doenças ou lesões preexistentes. Ela regulamenta praticamente toda a relação entre os clientes e as operadoras, colocando o Ministério de Saúde como agente moderador, com poder até de punir empresas que aumentarem seus preços sem sua autorização. Mudanças institucionais desse porte devem ocasionar alterações no posicionamento estratégico dessas organizações.

1.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Em face da breve discussão realizada na primeira parte da introdução, referente aos caminhos que o ambiente organizacional tem seguido no mundo e, sobretudo, no Brasil, foi proposto o seguinte problema de pesquisa.

De que modo os esquemas interpretativos dos dirigentes atuaram como mediadores do posicionamento estratégico das três organizações⁴ de assistência privada à saúde de Curitiba, Paraná, em face da mudança ambiental, caracterizada pela regulamentação dos planos de saúde⁵?

O tema mudança não é novo; todavia, com a rapidez em que ocorrem as mudanças nesse final de milênio, e o impacto destas nas organizações, seu estudo se faz cada vez mais presente, tanto na área acadêmica quanto na gerencial. Compreender como ocorre esse impacto e como administrar, se possível, essa mudança dentro da organização tem despertado o interesse de muitos consultores e estudiosos das organizações. O grande número de variáveis, que incorrem em todo o processo, e as diversas abordagens dadas tornam impossível, pelo menos por enquanto, uma resposta direta para essas perguntas. A intenção deste trabalho não é “desatar os nós” do problema, mas ampliar a sua compreensão.

Na construção de uma teoria sobre mudança, a contribuição deste estudo é acrescentar uma pesquisa empírica que ajude na acumulação de conhecimento nessa área de estudos. Busca-se clarear as explicações dos fenômenos organizacionais. Os assuntos **mudança ambiental** e **organização** são complexos e têm, como já foi dito antes, grande número de vieses, o que leva à necessidade de estudos mais aprofundados, com vistas a ampliar o conhecimento. Como afirmam JENNINGS e SEAMAN (1994), entender como a interpretação do ambiente feita pelos tomadores de decisão afeta a adaptação da organização é uma área de estudos que requer ainda muitas pesquisas.

Apontando também para a necessidade de melhora do entendimento de como funcionam os mecanismos de interpretação e resposta dos dirigentes, em relação aos estímulos do ambiente, MILLIKEN (1990) sugere que sejam realizadas mais pesquisas empíricas relacionadas com esse assunto. CHILD (1997) salienta a importância dessa mesma perspectiva de análise, ao falar da agência dos dirigentes,

⁴ A primeira é a Operadora de Planos de Saúde da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, chamada daqui por diante de Saúde Ideal; Paraná Clínicas Ltda, denominada Paraná Clínicas; e a Organização Médica Clinihauer Ltda, denominada Clinihauer.

⁵ O termo “regulamentação dos planos de saúde” será utilizado para designar as leis, as medidas provisórias e resoluções que regulamentam o setor de assistência privada à saúde, e descritas no Anexo 1.

cuja ação ocorre não só pelo determinismo externo ou pela escolha da organização, mas que elementos internos pressionam a organização para certas escolhas: por exemplo, no caso de uma interpretação de acontecimento externo direcionada para certa resposta organizacional.

As transformações rápidas e freqüentes na área de saúde, tanto no Brasil quanto no resto do mundo, necessitam ser estudadas, principalmente em sua relação com o ambiente. FENNELL e ALEXANDER (1993) sugerem que a teoria institucional é importante para a compreensão dos movimentos do setor, o qual é muito afetado pelos ambientes técnico e institucional. A pressão coercitiva, exercida pelo governo ao regular aspectos do mercado, é referida pelos autores como parte fundamental das mudanças no setor. Entender seus efeitos é parte desta pesquisa.

A justificativa prática decorre da necessidade de os gerentes encararem o dia-a-dia das mudanças ambientais e organizacionais. O ambiente tem crescido em complexidade com o aumento da globalização. Segundo BARTUNEK, GORDON e WEATHERSBY (1983), o aumento da complexidade de cognição dos gerentes contribui para melhor desempenho da administração. Este estudo pretende contribuir para o aumento dessa complexidade, por meio da melhora na compreensão de elementos, que são pouco estudados, ligados às mudanças.

Outra forma de contribuição prática deste estudo é para a implementação das mudanças. A implementação de mudanças organizacionais tem sido encarada de maneira muito simplista em modelo linear de intenção, seguida de ação e conseqüentes resultados esperados; mas vários outros fatores atuam como facilitadores ou dificultadores da mudança e não são levados em consideração (PETTIGREW, FERLIE e MCKEE, 1992). Conhecer melhor alguns desses fatores possibilita a melhora nos resultados da implementação de mudanças.

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Objetivo geral

- Verificar de que modo os esquemas interpretativos dos dirigentes atuaram como mediadores do posicionamento estratégico da Saúde Ideal, da Paraná Clínicas e da Clinihauer, em face da mudança ambiental, caracterizada pela regulamentação dos planos de saúde.

Os **objetivos específicos** são os três seguintes :

- (1) Identificar o posicionamento estratégico das organizações em estudo antes e depois das mudanças na regulamentação dos planos de saúde.
- (2) Identificar os esquemas interpretativos dos dirigentes dessas organizações antes e depois da mudança na regulamentação dos planos de saúde.
- (3) Verificar de que modo os esquemas interpretativos atuaram como mediadores do posicionamento estratégico das organizações estudadas, em face das mudanças na regulamentação dos planos de saúde.

1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Considerado o problema de pesquisa acima exposto e o objetivo geral e os específicos, esta pesquisa foi assim dividida. No primeiro capítulo apresenta-se uma introdução ao tema, abordando o contexto, onde o problema se insere, o problema de pesquisa, os objetivos e a justificativa prática e teórica.

O segundo capítulo é constituído pela base teórico-empírica que fundamenta esta pesquisa. Inicia-se pela discussão de ambiente, suas perspectivas e aspectos do ambiente institucional, seguido de breve reflexão sobre mudança organizacional. A segunda parte aborda o posicionamento estratégico, a começar pela definição de estratégia, suas diversas perspectivas e a visão utilizada neste estudo; finalmente, a definição de posicionamento estratégico. A seguir faz-se a análise dos esquemas interpretativos, indicando os estudos sobre cultura que falam sobre o assunto e conceituando valores e crenças, os quais constituem esses esquemas. Por último, interrelacionam-se ambiente, posicionamento estratégico e esquemas interpretativos.

Apresentam-se no terceiro capítulo os procedimentos metodológicos que nortearam este estudo, tendo em vista o alcance dos objetivos propostos. Descrevem-se as categorias analíticas em estudo, delimita-se a pesquisa por meio do delineamento, da população e amostragem, e descrevem-se os métodos para coleta e análise dos dados.

O capítulo quatro contém a análise dos dados coletados na pesquisa, distribuídos da seguinte forma: (1) são descritos os principais pontos da regulamentação dos planos de saúde, que constituem a mudança ambiental; (2) é apresentada a análise das empresas individualmente; e finalmente (3) é feita a análise comparativa das organizações.

No quinto e último capítulo, constam as conclusões que puderam ser retiradas do desenvolvimento desse estudo. São apresentadas também sugestões para futuros estudos e recomendações para as organizações envolvidas nessa pesquisa.

2. BASE TEÓRICO-EMPÍRICA

A mudança ambiental que afeta a organização tem sido freqüentemente encarada como relação direta e linear, isto é, o ambiente pressiona a organização, que se adapta a este. Estudos têm mostrado que esta relação não é tão direta como se pensava (MILLIKEN, 1990; PETTIGREW, FERLIE e McKEE, 1992;

WHITTINGTON, 1992; THOMAS, CLARK e GIOIA, 1993). Estas novas perspectivas apresentam-se com capacidade de resolver algumas questões, antes não respondidas, como, por exemplo, por que determinadas mudanças ambientais não eram percebidas; ou por que as ações tomadas pela organização não deram o resultado esperado. Nesta base teórico-empírica busca-se descrever ambas as perspectivas de análise, enfatizando aquelas que têm visão interpretativa.

A partir da determinação do problema faz-se agora o seu enraizamento nos estudos acadêmicos existentes. O objetivo não é a discussão exaustiva dos assuntos relacionados com o problema, mas apresentar as bases sobre as quais o presente trabalho foi construído. A base teórico-empírica está dividida em quatro partes: mudança ambiental, posicionamento estratégico, esquemas interpretativos e a interrelação desses elementos.

2.1. MUDANÇA AMBIENTAL

Dentro do estudo da administração nem sempre o ambiente foi visto como parte importante nas definições dos caminhos tomados pela organização. Inicialmente, como aponta MORGAN (1996), as organizações eram tratadas como sistema fechado, no qual a ênfase recaía sobre o planejamento interno e aperfeiçoamento do processo de produção. O ambiente começa a receber importância, quando a organização passa a ser vista como sistema aberto, em que existe processo contínuo de troca com o ambiente.

Na década de 60, com a Teoria dos Sistemas e a Teoria Contingencial, a relação entre o ambiente e a organização passa a ser preocupação fundamental dos pesquisadores, para quem a combinação entre fatores estruturais internos e condições externas vão facilitar a estabilidade e crescimento das organizações (MORGAN, 1996; REED, 1999).

Essa visão do ambiente não é homogênea. BURRELL e MORGAN (1994), ao descreverem as dimensões subjetiva e objetiva, mostram a diferença das visões realista e nominalista acerca do ambiente. Na primeira, o ambiente é visto como concreto e tangível. O mundo social existe independente da participação do

indivíduo. Na visão nominalista, o ambiente é constituído de nomes, conceitos e rótulos utilizados para estruturar a realidade. Essas duas visões são explicadas como extremos de um *continuum*, isto é, são visões dependentes e entre elas aparecem visões intermediárias.

MORGAN (1988) demonstra uma visão mais objetiva do ambiente, quando aponta a possibilidade de leitura dele por parte dos dirigentes das organizações. “Aqueles que guiam nossas organizações necessitam olhar externamente, ‘ler’ o que está acontecendo no mundo em geral, e identificar as principais mudanças” (p. 16). Ele trata a antecipação das mudanças como habilidade do dirigente.

Entre as visões intermediárias estão BERGER e LUCKMANN (1998), para quem “a vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente” (p. 35). Os autores descrevem a relação essencial entre três momentos na realidade social. O primeiro momento é a exteriorização, na qual a ação humana constrói a realidade social por meio da atividade diária e sua conseqüente rotinização. O segundo momento é a objetivação, cuja rotina é institucionalizada. A realidade social torna-se objetiva, pois ela possui uma história que antecede a biografia do indivíduo. As instituições estão influenciando este ser-humano, são percebidas por ele como objetivas, no entanto essa objetividade é construída e produzida pelo homem.

O terceiro momento é o da internalização, em que o mundo objetivo passa a ter sentido, torna-se subjetivamente dotado de significado para o indivíduo por meio da socialização. Este último momento é o responsável pela compreensão do outro e da realidade. É importante frisar que esses três momentos possuem relação dialética. **“A sociedade é um produto humano. A sociedade é uma realidade objetiva. O homem é um produto social.”** (BERGER e LUCKMANN, 1998, p. 87, grifo no original). Esses momentos não encontram separação temporal, eles acontecem simultaneamente.

Outra visão intermediária é a teoria da estruturação. Com essa teoria, GIDDENS (1989) procura furtar-se ao dualismo entre o objetivismo e subjetivismo, e transformá-lo em dualidade. Para ele, “as atividades sociais humanas, à semelhança

de alguns itens auto-reprodutores na natureza, são recursivas” (p. 2), isto é, o ator não cria, mas recria essas atividades. Esse caráter recursivo, segundo o autor, “...designa a recriação constante das propriedades estruturais da atividade social – via dualidade de estrutura⁶ – a partir dos próprios meios que as constituem.(p. XIX)”. O sistema social, ao mesmo tempo que vai sendo produzido, reproduz as suas características, é simultaneamente meio e fim.

A separação em técnico e institucional é outra diferenciação que se faz do ambiente. O ambiente técnico se caracteriza pela busca de recursos e *know-how* tecnológico (SCOTT, 1995), e a competição entre as organizações acontece na busca da eficiência na produção (SCOTT, 1992; MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1996). O ambiente institucional tem como característica a busca pela legitimação social (SCOTT, 1987), que ocorre por meio da conformidade da organização com as normas e regras socialmente estabelecidas (SCOTT, 1992). Inicialmente a ênfase era dada ao ambiente técnico como o principal influenciador da organização; entretanto a teoria institucional trouxe nova perspectiva, apontando a importância do ambiente social e cultural (SCOTT, 1995). Apesar da separação, utilizada apenas para fins de pesquisa, os dois ambientes são na realidade as duas faces da mesma moeda, eles constituem o contexto ambiental.

Estudando a indústria de hardware, mais especificamente a produção de chips para computador, GARUD e KUMARASWAMY (1995) confirmam esta interação entre os dois ambientes. Os autores sugerem que esses ambientes interagem de forma dualística, um ajudando na configuração do outro. Na indústria estudada, as organizações tanto competiam para baixar custos de produção (ambiente técnico), quanto para legitimar seus produtos em face do mercado, tornando-os compatíveis para que sua utilização alcance maior número de usuários (ambiente institucional).

Outro ponto observado por SCOTT (1992), e MACHADO-DA-SILVA e FONSECA (1996) é o impacto diferenciado que organizações de setores distintos sofrem dos ambientes institucional e técnico (Quadro 1). Por exemplo, organizações

⁶ Segundo GIDDENS (1989) a estrutura é “...o conjunto de regras e recursos implicados, de modo recursivo, na reprodução social.”(p. XXV).

do ramo industrial tendem a valorizar mais o ambiente técnico, enquanto universidades enfatizam o institucional (SCOTT, 1995). O setor de saúde, segundo FENNELL e ALEXANDER (1993), sofre pressões fortes dos dois ambientes. No ambiente técnico, esta pressão advém das demandas técnicas da medicina moderna, cada vez mais ligadas ao desenvolvimento de novos equipamentos, à busca de mais qualidade no tratamento dos pacientes, e à necessidade de baixar custos. No ambiente institucional, a pressão está vinculada às ações regulatórias do governo, às expectativas dos profissionais de saúde, e às mudanças de normas e valores ligadas ao setor.

Quadro 1 – Influência dos ambientes técnico e institucional sobre diferentes setores

		Ambiente Institucional	
		Forte	Fraco
Ambiente Técnico	Forte	Serviços de Utilidade Pública Bancos e Hospitais	Empresas Industriais
	Fraco	Escolas, Agências Legais e Igrejas	Restaurantes e Assistência Social

Fonte: SCOTT (1992, p. 133).

Além da diferença entre a valorização dos ambientes técnico e institucional, as organizações tendem a perceber o ambiente diversamente com relação ao contexto ambiental de referência⁷. Esse contexto pode variar entre os níveis local, regional, nacional e internacional (MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1996). Sendo assim, organizações que se mantêm no contexto local, têm dificuldades de perceber

⁷ Os autores MACHADO-DA-SILVA e FONSECA (1996), no artigo, utilizam o termo ambiente institucional de referência. O termo engloba tanto o ambiente técnico quanto o ambiente institucional percebido pelos dirigentes. Como o termo contexto institucional de referência poderia causar confusão com o ambiente institucional, deixando de fora o ambiente técnico, optou-se neste trabalho por usar o termo contexto ambiental de referência.

mudanças nos outros contextos; todavia organizações que trabalham com o contexto internacional conseguem agir em face de mudanças em todos os níveis.

A institucionalização e, como consequência, a busca de legitimação decorrem da criação da realidade social pelo homem (BERGER e LUCKMANN, 1998). Segundo MEYER e ROWAN (1977), as organizações, em maior ou menor grau, procuram entrar em conformidade com seu ambiente institucional, e acabam moldando a sua própria estrutura formal a esse ambiente. Esse ajustamento, contudo, pode proporcionar conflitos com os critérios de eficiência e eficácia desenvolvidos pela organização. Os autores dizem que as organizações que incorporam uma estrutura formal mais adaptada ao seu ambiente institucional alcançam maior legitimação e capacidades de sobrevivência.

O ambiente institucional é apoiado em três pilares: o regulativo, o normativo e o cognitivo. O primeiro pilar, o regulativo, é legalmente sancionado, formado pelas leis, normas, punições e recompensas. O segundo, o normativo, é moralmente governado, constituído por valores e normas. O terceiro é o pilar cognitivo, seu suporte é cultural e os pressupostos básicos dão a legitimidade (SCOTT, 1995).

As pressões ambientais para a mudança estão relacionadas tanto com o ambiente técnico, quanto com o institucional. As pressões são de três tipos: mimética, coercitiva e normativa (DiMAGGIO e POWELL, 1983).

Segundo esses autores, os mecanismos institucionais pressionam as organizações em direção ao isomorfismo. As pressões miméticas derivariam das incertezas do ambiente que forçam as organizações a se modelarem de acordo com organizações consideradas mais bem sucedidas, não sendo necessariamente a eficiência utilizada como definição de bem sucedida. O isomorfismo coercitivo resulta das pressões formais ou informais que as organizações recebem de outras organizações, com as quais mantenham relação de dependência. É o caso de um fornecedor que é obrigado a ajustar a sua forma de produção, para atender as exigências de um comprador poderoso, ou para atender as novas leis de preservação do meio ambiente ditadas pelo governo. Pressões normativas surgem da profissionalização, cuja especialização acaba por criar normas de atuação, que condicionam o funcionamento das organizações.

A adoção de mudanças pode variar entre motivos relacionados com o ambiente técnico ou institucional de acordo com o tempo. TOLBERT E ZUCKER (1983) encontraram três diferentes motivos para a adoção de mudanças. Primeiro, quando pressões para as mudanças são coercitivas, elas ocorrem com mais presteza; caso contrário, a adoção ocorre de maneira gradual. Quando a adoção ocorre gradualmente, os primeiros adotantes a fazem por motivos ligados ao ambiente técnico, como eficiência ou solução de um problema específico. Os demais acabam mudando, para satisfazer a necessidade de legitimação, criada após grande parte do grupo já ter adotado a mudança, mesmo que tecnicamente ela não seja necessária, o que caracteriza a influência do ambiente institucional.

Relacionado ainda com as pressões institucionais para a mudança, EDELMAN (1990) afirma que modificações legais trazem um dilema para a organização. Por um lado, elas são obrigadas a cumprir, ou pelo menos aparentar cumprir, a lei para que mantenham a sua legitimidade; por outro lado, elas precisam minimizar os efeitos negativos das mudanças em suas atividades, pensando na eficiência. Outro aspecto apontado importante pelo autor é a criação, em decorrência da mudança legal, de uma nova expectativa da sociedade em relação a atuação da organização. Quando a lei adquire suporte na sociedade, independente das sanções legais, o não cumprimento dela trás a perda de credibilidade da organização perante o público, transformando a pressão coercitiva em normativa.

Muitos são os autores que têm relacionado a mudança ambiental com a mudança organizacional (TOLBERT E ZUCKER, 1983; MORGAN, 1988; HININGS e GREENWOOD, 1989; PETTIGREW, FERLIE e McKEE, 1992; RAJAGOPALAN e SPREITZER, 1996). Eles enfatizam a necessidade de identificar aspectos externos que explicam mudanças internas. Este estudo trata de uma pressão coercitiva no ambiente institucional, que afeta o posicionamento estratégico da organização, isto é, uma força externa que pressiona a organização para a mudança do seu posicionamento interno; portanto faz-se necessário caracterizar a mudança organizacional, para que uma mudança de posicionamento estratégico possa ser compreendida como tal.

2.1.1. MUDANÇA ORGANIZACIONAL

A mudança organizacional traz à tona um leque muito amplo de visões e perspectivas. WILSON (1995) faz uma tentativa de síntese ao dispor as formas de pensar a mudança sobre duas dimensões (Quadro 2). A primeira dimensão é um *continuum* que tem como extremos a mudança planejada e emergente. A mudança planejada é caracterizada pelo voluntarismo, ou seja, “ênfatisa o papel da agência humana” (p. 25). Os gerentes têm a capacidade de dirigir as mudanças, seja pela implementação de receitas prontas, tais como TQM (Total Quality Management), seja pelo treinamento e condicionamento de pessoal.

Quadro 2 – Caracterização das visões sobre mudança

	Processo da mudança	Implementação da mudança
Mudança planejada	Incrementalismo lógico: Através de sequência de passos atinge-se o objetivo	Reduzir resistência a mudança
Mudança emergente	Característica da decisão estratégica: modelos do processo político	Contextualismo: implementação é uma função de fatores antecedentes e processos

Fonte: WILSON (1995, p. 10)

No outro extremo, o das mudanças emergentes, encontra-se o determinismo, cujas forças internas e/ou externas traçam o caminho das mudanças, sem que os dirigentes tenham total controle sobre elas. Dentro desta visão estão as correntes que abordam a organização como sistema aberto e o ciclo de vida da organização.

A segunda dimensão tem como extremos o processo e a implementação da mudança. Entender a implementação seria focar no gerenciamento da mudança. Implementação é colocar em ação modelos preconcebidos de mudança, com o intuito de alcançar uma série de resultados esperados, desejados ou predeterminados (WILSON, 1995). “Entender o processo é examinar criticamente o contexto, os antecedentes, o movimento e a história das mudanças, mantendo ao mesmo tempo um olho analítico nas teorias atuais da organização que possibilitam essa análise” (p. 48).

Com um olhar mais voltado para a mudança como processo, PETTIGREW, FERLIE e McKEE (1992) busca uma análise mais holística e dinâmica. Tanto na teoria quanto na prática, segundo os autores, a pesquisa sobre mudança deveria envolver a interrelação de três aspectos: o conteúdo, o contexto e o processo da mudança. O conteúdo refere-se às áreas de transformação que estão sendo estudadas. Pode ser classificado como conteúdo a mudança radical, quando ela ocorre de maneira brusca e abrange toda, ou quase toda, a organização; a mudança é incremental, quando esta é mais lenta e tem menor expressão. O contexto da mudança deve ser analisado externa e internamente. Como contexto externo têm-se as políticas nacionais e internacionais, o contexto social e demais fatores que influenciam a organização. O contexto interno refere-se à estrutura, à estratégia, à cultura, ao gerenciamento e processo político interno. O processo de mudança dá-se com relação às ações, reações e interações das várias partes interessadas e como eles negociam em torno das propostas de mudança. Em resumo, o conteúdo é o *O Que* vai mudar, o contexto é o *Porque* e *Quando* vai mudar e o processo é o *Como* a mudança ocorre. Dentro dessa visão de PETTIGREW, FERLIE e McKEE (1992) a mudança pode ser planejada ou emergente; entretanto sua implementação não é processo simples e linear, como resolução de um problema; ela é a consequência do processo histórico e político da organização.

Nesta análise o contexto passa a ser ponto central para a mudança. Esse contexto pode ser receptivo a mudanças ou não. É importante ressaltar que os fatores relativos à receptividade não formam uma relação linear de causa-efeito, mas uma série de relações circulares, e que seu conceito é dinâmico, isto é, o contexto receptivo pode ser construído por meio de um processo de desenvolvimento; entretanto esse processo pode reverter-se pelo acontecimento de um dado evento, tal como a saída de pessoas-chaves, uma ação precipitada, etc. Pela possibilidade de acontecer a reversão do processo, ele é indeterminado quanto aos seus resultados e implicações.

Seguindo essa mesma linha holística, mas utilizando o conceito de arquétipo organizacional e *track*, HININGS e GREENWOOD (1989) buscam compreender a mudança organizacional. Arquétipos são definidos como “agrupamentos de estruturas e sistemas prescritos e emergentes que dão ordem e coerência, sendo

sustentados por um conjunto de idéias, valores e crenças, por exemplo esquemas interpretativos” (p. 22). *Track* é o caminho que a organização percorre ao longo do tempo, mantendo-se dentro do mesmo arquétipo ou mudando de arquétipo.

Essa mudança de arquétipo implica a reorganização de sistemas e estruturas para um novo conjunto de idéias e valores, de maneira parcial ou total. Em outras palavras, é mudança de esquemas interpretativos. Existem variações de tais *tracks*; os autores apontam quatro: (a) inércia: não existe mudança de arquétipo; (b) excursão interrompida: onde começam a aparecer discordâncias nos esquemas interpretativos, entretanto o esquema antigo permanece; (c) reorientação ou transformação, quando ocorre a mudança de arquétipo; (d) excursão não resolvida, caso em que a contradição entre os esquemas se estabelece; nem o antigo esquema retorna, nem o novo é colocado no lugar.

Em artigo mais recente, COOPER, HININGS e GREENWOOD (1996) utilizam a sedimentação como metáfora para representar uma mudança de arquétipo, na qual a reorientação é dialética. O arquétipo A não se transforma em arquétipo B. Acontece a sedimentação de um sobre o outro. A resultante apresenta resquícios do arquétipo A, embora não o seja.

O ambiente tem participação fundamental na mudança organizacional; é o que sugere LAUGHLIN (1991): a organização pode ser conceitualizada como sendo formada por esquemas interpretativos (parte mais intangível), arquétipo e subsistemas (parte tangível da organização), e que existe equilíbrio entre esses três elementos. São distúrbios no ambiente que provocam desequilíbrio entre eles, obrigando-os a alguma mudança que restaure o equilíbrio. São sugeridos quatro modelos de mudança, dois de transição e dois de transformação. Os modelos de transição são o *rebuttal* e o reorientação. Esses modelos não alteram os esquemas interpretativos. No *rebuttal* somente o arquétipo sofre mudança, e mesmo assim temporária, pois passado o distúrbio, este volta ao que era antes. Na reorientação o arquétipo e os subsistemas mudam, trazendo o equilíbrio. Os modelos de transformação são a colonização e a evolução. Na colonização a mudança começa pelos arquétipos e depois é transferida aos esquemas interpretativos e subsistemas.

Na evolução, os esquemas interpretativos mudam, trazendo a subsequente mudança no arquétipo e nos subsistemas.

Os modelos de transição e transformação se adaptam, respectivamente, na classificação de mudanças de primeira ordem e segunda ordem realizada por LEVY (1986). O autor define como de primeira ordem as mudanças de ajustamento, as quais não mudam os sistemas centrais, e que ocorrem como consequência do desenvolvimento e crescimento natural da organização. As mudanças de segunda ordem atuam no sistema central da organização e são irreversíveis.

Os termos mudança incremental e mudança estratégica são utilizados por NADLER e TUSHMAN (1990) para designar mudança de primeira ordem e de segunda ordem, respectivamente. Para ampliar o conceito de mudança, os autores acrescentam à dimensão mudança incremental – estratégica, uma outra que é a dimensão reativa – antecipatória. Esta segunda dimensão refere-se ao tempo da mudança em relação ao evento externo. A mudança reativa é aquela realizada em resposta a um evento externo, o qual força a organização a um movimento. Caso a mudança seja realizada pelos dirigentes como forma de antecipar eventos que estão por vir, ela é chamada de antecipatória.

Unindo as duas dimensões, eles criaram quatro quadrantes que representam tipos de mudança. O primeiro quadrante é a sintonização, que é composto de mudanças incrementais e antecipatórias. O segundo é chamado de adaptação, são mudanças incrementais e reativas. O terceiro, mudanças estratégicas que antecipam eventos ambientais, é chamado reorientação. Por último é a recriação, mudanças estratégicas reativas a eventos externos.

Como pôde ser visto nesta breve abordagem, mudança organizacional é assunto amplo. O estudo de mudança passa tanto pela sua implementação, numa abordagem mais prescritiva, quanto pelo estudo do processo de mudança, numa abordagem analítica. A mudança em si também abrange diversas formas, desde a mudança incremental até a estratégica. Neste estudo, a mudança organizacional pode ser caracterizada pela mudança de posicionamento estratégico; contudo é preciso ainda definir o que é posicionamento estratégico para que a sua identificação possa ser feita.

2.2. POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO

Para fazer a conceitualização de posicionamento estratégico, sua posterior identificação e caracterização como mudança, é preciso iniciar pelo conceito de estratégia. Diversas perspectivas são utilizadas para apresentar o assunto estratégia. A maior parte das abordagens é feita por uma visão funcionalista. Diversos autores, tais como CHAFFEE (1985), WHIPP, ROSENFELD e PETTIGREW (1989) e MACCRIMMON (1993), têm buscado outras visões. Nesta parte do trabalho será feita uma exposição de diversas visões, buscando enfatizar aquela efetivamente utilizada no estudo.

O conceito de estratégia é antigo. Como é apontado por QUINN (1991), estratégias diplomático-militares existem desde a pré-história. Com o passar dos tempos este conceito foi sendo aprimorado. Nos dias atuais, vários conceitos são utilizados.

A estratégia é “o padrão ou plano que integra os principais objetivos, políticas e seqüência de ações da organização num todo coeso. Uma estratégia bem formulada ajuda a ordenar e alocar os recursos da organização em uma única e viável postura, baseada na suas próprias competências e defeitos, na antecipação de mudanças no ambiente e em possíveis movimentos dos oponentes”. (QUINN, 1991, p. 5)

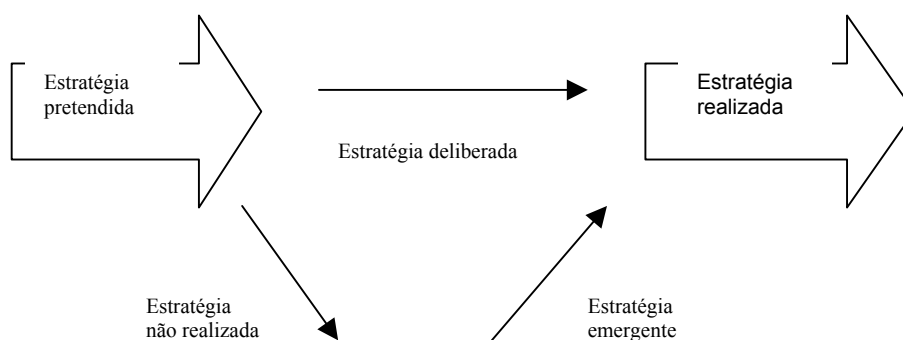
Este autor sugere, primeiro, que a estratégia deve conter três elementos essenciais: (a) objetivos a serem atingidos, (b) políticas que guiem ou limitem a ação e (c) seqüência de ações ou programa para realizar os objetivos dentro das limitações. Segundo, seja desenvolvida em torno de alguns conceitos chaves, que dêem foco, equilíbrio e coesão. Terceiro, que construa uma postura forte mas flexível, permitindo alcançar os objetivos ao mesmo tempo que pode adaptar-se às mudanças no ambiente. Por último, que permita que a organização tenha diferentes estratégias para diferentes níveis organizacionais, sem que seja perdida a coesão.

Outra maneira de conceituar estratégia foi proposta por MACCRIMMON (1993). Ao fazer a pergunta sobre a existência ou não de estratégia, ele propõe três

conceitos. (1) A estratégia é vista como ações coordenadas, ou seja, ações relacionadas, que envolvem disponibilização de recursos e direcionada para objetivos, os quais servem para coordenar a ação. (2) A estratégia como ações coordenadas e inteligíveis, seria o primeiro conceito (ações coordenadas) acrescido de uma coerência no tempo e espaço. (3) No último conceito, a estratégia é vista como ações coordenadas, inteligíveis e condicionadas ao ambiente, ou seja, são os dois primeiros elementos, mais a ligação condição-ação. Isto implicaria uma ação antecipatória da estratégia em relação ao ambiente e o reconhecimento de que a estratégia influencia e é influenciada pela ação de outros fatores ao longo do tempo.

A estratégia tem sido muito estudada como a formulação de um plano e sua posterior implementação. A partir do estudo de estratégias pretendidas e realizadas, MINTZBERG e WATERS (1985) passam a distinguir entre estratégia deliberada e emergente (Figura 1). Elas são extremos de um *continuum*, sendo quase impossível encontrá-las em suas formas puras.

Figura 1 – Tipos de estratégia



Fonte: MINTZBERG e WATERS (1985, p. 258).

Para uma estratégia perfeitamente deliberada, três condições precisam ser satisfeitas: (a) intenção clara e detalhada para que não haja dúvidas do que foi pretendido antes da ação; (b) tem de ser compartilhada por todos na organização; (c) precisa ser realizada exatamente como foi pretendida, isto é, forças externas não podem interferir.

Já a emergente precisa de um padrão de ação comum, pois sem isso não fica caracterizada a estratégia, e esta não pode ter sido pretendida de maneira nenhuma. Entre esses extremos estão tipos de estratégias encontradas em muitas organizações; por exemplo, estratégias planejadas, as quais são formalmente constituídas: existe a intenção, entretanto não conseguem ser realizadas em seu todo por influência de outros agentes. Ou ainda, estratégias impostas, são aquelas originadas do ambiente que determina, direta ou indiretamente, os padrões de ação das organizações.

O entendimento de estratégias deliberadas e emergentes ajuda na compreensão das cinco definições de estratégias propostas por MINTZBERG (1987). Estratégia pode ser compreendida como **plano**, **manobra**, **padrão**, **perspectiva** e **posição**. A estratégia entendida como **plano** é um curso de ação pretendido para atuar em uma situação, é perspectiva mais deliberada. Quando é uma ação específica, ela pode ser compreendida como **manobra**: por exemplo, para enfrentar uma promoção realizada por um competidor direto. A perspectiva mais emergente é a estratégia como **padrão**, onde esta é uma consistência no comportamento, podendo ou não ser pretendida. Na estratégia como **perspectiva**, ela é forma de perceber o mundo compartilhada entre os membros da organização e expressa por meio de suas intenções ou ações. A estratégia como **posição** é localizar a organização dentro do ambiente, ou seja, a estratégia serve de mediadora entre o contexto e a organização.

A livre utilização do termo estratégia traz confusão, pois definições diferentes acabam sendo utilizadas como um único modelo mental (CHAFFEE, 1985). Ao analisar as maneiras como as definições de estratégias vêm sendo utilizadas, CHAFFEE (1985) apresenta três modelos de utilização que constam da literatura. O primeiro é o modelo linear, que é caracterizado por decisões integradas, ações e planos para atingir os objetivos. A estratégia pode ser implementada pela alta administração em todas as partes da organização; o ambiente é razoavelmente previsível.

O segundo modelo é o adaptativo, baseado na metáfora orgânica, na qual a organização é vista como sistema vivo (MORGAN, 1996). Nesse modelo o ambiente

é monitorado sempre; em caso de mudança, a organização se adapta a esse. A ênfase dos gerentes recai nos meios; os objetivos são representados pelo alinhamento com o ambiente. A estratégia é menos centralizada na alta administração, ocorrendo então integração menor do que no modelo linear. O ambiente é considerado mais complexo e a organização precisa mudar com ele (adaptação).

A estratégia interpretativa é o último dos modelos apresentados pela autora. Pode ser definida como o quadro de referência que permite a compreensão do ambiente e da organização pelos seus membros. Pressupõe-se que o ambiente é socialmente construído e a legitimação é enfatizada, tanto quanto o lucro ou a eficiência. O foco são os atuais e potenciais participantes da organização. A relação com o ambiente não é de adaptação, como na adaptativa, nem de ajuste instrumental por meio da ação, como na linear, mas mediante a ação simbólica e a comunicação. A proposta da autora ao descrever esses métodos, é contribuir para o desenvolvimento de um constructo de estratégia que seja mais abrangente que os atuais.

A escolha estratégica, que surgiu como oposição à visão de que a estratégia era determinada somente pelas forças do ambiente (CHILD, 1997), também vem sendo influenciada, hoje, por uma perspectiva mais interpretativa. WHIPP, ROSENFELD e PETTIGREW (1989) afirmam que a estratégia deve ser encarada como influenciando e sendo influenciada pela cultura das organizações, demonstrando a importância de uma visão não racional de estratégia para a compreensão das suas mudanças.

Apesar dos estudos na área ainda serem incompletos, NARAYAN e LACHMAN (1998) sugerem que valores organizacionais influenciam mudanças estratégicas. Esses valores podem influenciar os diagnósticos que precedem as tomadas de decisão, determinar quais assuntos receberão mais atenção por parte da organização, ou ainda institucionalizar procedimentos adotados primeiramente por motivos técnicos. Dependendo da congruência entre os valores organizacionais e a estratégia adotada, os valores atuaram como restritivos ou impulsionadores da estratégia.

Em todas essas visões de estratégia apresentadas até o momento, pouca ênfase tem sido dada à diferenciação do tipo de organização objeto de estudo. NORMANN e RAMÍREZ (1993) argumentam que tradicionalmente se pensou na estratégia para as organizações industriais, onde adicionar valor ao produto está relacionado com a posição ocupada pela empresa na cadeia de valores; entretanto é cada vez mais importante ampliar esta forma de enxergar o assunto, ou seja, pensar em estratégia para organizações que não sejam industriais. Para eles as organizações, no geral, precisam atuar em um sistema de criar valor, isto é, estarem continuamente desenhando e redesenhando um complexo sistema de negócio.

Nesta mesma proposta de ampliação da discussão sobre estratégia, STABELL e FJELDSTAD (1998) sugerem a mudança da análise da cadeia de valor para a análise da configuração de valor. São criados três grupos: cadeia de valor, negócio de valor e rede de valor. O primeiro é composto por organizações de transformação ou industriais, nas quais o valor é criado na transformação de insumos em produtos: tem orientação para os custos.

O segundo grupo é o do negócio de valor, o qual é composto por organizações que têm como função resolver problemas dos seus clientes; por exemplo, empresas de serviços profissionais, tais como, arquitetura e engenharia, e assistência médica. A criação de valor está na passagem do estado atual para um mais desejado; é o que ocorre quando uma pessoa doente vai ao médico para passar de um estado atual de doença, para um estado de saúde. Os problemas são normalmente padronizados; entretanto a criação de valor ocorre em cada caso, de forma particular. A redução do custo não está diretamente relacionada com a criação de valor, já que atividades de pouco custo podem ter alto impacto no valor final: a sua orientação é para o valor.

Por último está o valor de rede, formado por organizações que trabalham como mediadoras dos clientes: é o caso de empresas seguradoras, bancos e empresas telefônicas. A criação de valor ocorre na organização e na facilitação de intercâmbio entre os clientes: orienta-se tanto para custos quanto para valor, pois é necessário manter equilíbrio entre ambos. STABELL e FJELDSTAD (1998) dizem ainda que muitos tipos de organização são uma mescla dos tipos propostos acima.

Dando destaque às transformações produzidas pela tecnologia no setor de serviços, QUINN e PAQUETTE (1991) apresentam as diferenças entre as estratégias das organizações deste setor e as industriais. A primeira é a possibilidade de trabalhar ao mesmo tempo com o baixo custo e a alta personalização dos serviços. Segundo, o aumento das responsabilidades e da autonomia dos trabalhadores dos níveis mais baixos, pois eles serão os responsáveis pelo contato com o cliente. E finalmente, diminuição da burocracia, tornando a organização mais flexível. Os pilares da estratégia estão na dependência dos membros da organização que fazem a ligação entre o cliente e esta, e no grau de dispersão geográfica dos pontos de produção e entrega do serviço.

Pode-se conceituar o posicionamento estratégico como padrões que integram os principais objetivos e políticas da organização em um todo coeso, em face do ambiente ou contexto externo (MINTZBERG, 1987; QUINN, 1991). Os padrões são expressos pela disposição de recursos, produtos e mercados (QUINN, 1991; STABELL e FJELDSTAD, 1998). Para este estudo será utilizada a visão de estratégia como perspectiva (CHAFFEE, 1985; MINTZBERG, 1987).

O posicionamento estratégico adotado pelas organizações não recebe a influência direta do ambiente, isto é, não de maneira racional. Entre o ambiente e o posicionamento estratégico estão os esquemas interpretativos, que atuam como mediadores do processo. Segundo MACHADO-DA-SILVA, FONSECA e FERNANDES (1998), "...cada organização trabalha com determinada construção mental do ambiente, levada a efeito por pessoas-chaves. Tal evidência, aliada às pressões institucionais exercidas em seu contexto de referência, estabelece a base sobre a qual ocorrem os processos de mudança organizacional." (p. 13). Esta construção mental do ambiente é realizada com base nos esquemas interpretativos dos dirigentes: é preciso compreender os esquemas interpretativos para entender as mudanças no posicionamento estratégico.

2.3. ESQUEMAS INTERPRETATIVOS

Atuando como mediadores entre o ambiente e as organizações, os esquemas interpretativos são fundamentais para a compreensão das mudanças organizacionais realizadas em face às pressões externas. Para iniciar esse tópico é preciso inicialmente abordar a temática de cultura organizacional.

O conceito de cultura surgiu inicialmente na antropologia, derivado da palavra cultivo (MORGAN, 1996). “Ao falar-se de cultura, refere-se tipicamente ao padrão de desenvolvimento refletido nos sistemas sociais de conhecimento, ideologia, valores e rituais quotidianos” (p.115). Esse uso da palavra advém de observações de sociedades primitivas no século XIX.

Os estudiosos das organizações tomaram esse conceito emprestado: hoje, ele está extremamente ligado a essa área. Segundo SCHEIN (1991), cultura pode ser entendida como conjunto de pressupostos básicos e crenças compartilhadas pelos membros da organização que operam no nível do inconsciente, e que são aprendidos a partir do confronto da organização com problemas externos e internos, formando a visão que ela tem do mundo e dela mesma.

Como na antropologia, onde o conceito de cultura não apresenta uniformidade, na área de organizações ele também não é unânime. SMIRCICH (1983), em um artigo sobre os conceitos de cultura, propõe que essas diferenças se baseiam nos pressupostos que os pesquisadores têm em relação ao que seja organização e cultura. As linhas de pesquisa dividem-se, *a priori*, em duas grandes áreas: cultura como variável e cultura como metáfora.

Na primeira forma de ser compreendida, a cultura como variável está mais ligada ao paradigma funcionalista (BURREL e MORGAN, 1994). Duas linhas de pesquisa estudam cultura sob esse prisma. Na primeira, a cultura é considerada variável independente. Ela é importada para a organização por meio de seus membros: é a cultura de um país agindo sobre a organização. Na segunda, a organização é vista como instrumento social que produz bens e serviços e também artefatos culturais, tais como ritos, lendas e cerimônias. A cultura é mais maleável e

receptiva à mudança, para que possa ser moldada aos propósitos gerenciais (SMIRCICH, 1983).

A cultura vista como metáfora abandona a perspectiva de que a organização tem uma cultura e assume o princípio de que a organização deva ser entendida como cultura. A organização não é mais olhada somente em seus aspectos materiais e econômicos, mas são levados em consideração os aspectos simbólicos e subjetivos desta. A organização passa a ser considerada como forma particular da expressão humana. O ambiente não é mais considerado objetivo e independente, impondo-se ao ser humano. Ele passa a existir somente por meio de padrões simbólicos e de significados sustentados através do contínuo processo de interação humana.

Três são as abordagens sob esse ponto de vista. A primeira é a abordagem cognitiva, cujo foco é determinar quais são as regras, para que possa entender como os membros dessas organizações vêem e descrevem o mundo. Considera-se a organização uma estrutura de conhecimento que auxilia a entender e agir no mundo, "... é uma rede de significados subjetivos e quadro de referência compartilhados que os membros da organização dividem em vários graus e que, para um observador externo, parecem funcionar como regras ou regras gramaticais" (SMIRCICH, 1983, p. 349).

Na perspectiva simbólica, a organização é concebida como padrão de discurso simbólico. Para explicar o sistema de significados que estão arraigados nas atividades, procura-se explicar como os símbolos estão ligados em rede de significados e como estão relacionados com as atividades das pessoas no grupo. É preciso interpretar a organização entendendo como determinadas experiências adquirem significado.

A última das perspectivas é a da cultura como expressão do inconsciente. "As formas e práticas organizacionais são entendidas como projeções do processo inconsciente e são analisadas com referência à dinâmica de interação do processo não consciente e sua manifestação consciente" (SMIRCICH, 1983, p. 353).

Utilizando-se de uma abordagem cognitiva da cultura e partindo do princípio de que as informações do ambiente precisam ser obtidas, filtradas e processadas

em um sistema nervoso, em que as escolhas são realizadas, DAFT e WEICK (1984) apresentam a organização como um sistema de interpretação. Quatro são os pressupostos que norteiam o estudo dos autores: (1) a organização é sistema aberto que processa informação de um ambiente que tem certo nível de incertezas; (2) o sistema de interpretação da organização é compartilhado; (3) a interpretação é realizada pelos dirigentes do nível estratégico; (4) organizações diferentes interpretam o ambiente de diferentes maneiras e essa interpretação afeta a estratégia, a estrutura e a tomada de decisão. Interpretação é definida como “...processo de traduzir eventos e desenvolver entendimento compartilhado e esquemas conceituais entre os membros da alta gerência. A interpretação dá significado aos dados, mas ela ocorre antes da aprendizagem e ação organizacional.” (p. 286).

Dentro desse conceito de organização como sistema de interpretação, faz-se necessário identificar o que é utilizado para traduzir os eventos, e desenvolver entendimento compartilhado e esquemas conceituais. É justamente neste ponto que entra o conceito de esquemas interpretativos. Segundo MACHADO-DA-SILVA e FONSECA (1993), “entende-se por esquemas interpretativos os pressupostos resultantes da elaboração e arquivamento mental de percepções de objetos dispostos na realidade, que operam como quadros de referência, compartilhados e freqüentemente implícitos, de eventos e comportamentos apresentados pelos agentes organizacionais em diversas situações.”(p. 151).

Esses esquemas interpretativos atuam como mantenedores dos padrões passados da organização ou como impulsionadores das mudanças. Na teoria da estruturação de GIDDENS (1989), apesar de que as atividades sociais humanas são recursivas, isto é, estão sendo recriadas através do tempo e espaço pelo ator social, existe uma estrutura, ou seja, um conjunto de regras e recursos implicados na reprodução desses sistemas sociais. Para RANSON, HININGS E GREENWOOD (1980), esses esquemas possibilitam a continuidade em situações de mudança ou turbulência, e dão sentido a situações novas ou inesperadas. São reconhecidos por meios de valores e crenças que dão ordem e coerência às organizações (HININGS E GREENWOOD, 1989; MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1993).

Os esquemas interpretativos são parte do intangível da organização: segundo LAUGHLIN (1991), são eles que levam para as partes mais tangíveis (arquétipos e subsistemas) os valores e as crenças. BARTUNEK (1984, p. 355) descreve-os como sendo “o esquema cognitivo que mapeia nossas experiências de mundo, identificando aspectos relevantes e como nós os entendemos. Esquemas interpretativos funcionam como pressupostos fundamentais compartilhados sobre o porquê de os eventos acontecerem e como as pessoas agem em diferentes situações.”

Um ponto importante para se identificarem os esquemas interpretativos da organização são os diferentes tipos de conhecimento presentes nas organizações. SACKMANN (1992) aponta esses conhecimentos culturais como: (1) conhecimento de dicionário – são as definições de palavras, rótulos e significados dentro de uma organização específica; (2) conhecimento de diretório – refere-se às práticas, às relações de causa e efeito dentro da organização; (3) conhecimento de receita – são prescrições de ações recomendadas, baseadas em julgamento, receitas de sobrevivência e sucesso; (4) conhecimento axiomático – são razões e explicações do *porquê* das coisas e dos eventos que acontecem. “Juntos esses conhecimentos formam o mapa cognitivo cultural.” (p. 142). É o mapa cognitivo que vai revelar os esquemas interpretativos.

Vale ressaltar a existência de diferença entre os esquemas interpretativos e mapas cognitivos feita por MACHADO-DA-SILVA, FONSECA e FERNANDES (1998). “Os mapas cognitivos manifestam valores e crenças, mas estes não pertencem ao conceito de mapa cognitivo em si: não compõem uma das notas do conceito. Nos esquemas interpretativos, pelo contrário, a referência aos valores e às crenças é essencial.” (p. 9).

Para falar de esquemas interpretativos é preciso passar pelo conceito de valores e crenças. Segundo SCHEIN (1991), existem três níveis de cultura, o primeiro e mais superficial são os artefatos, que não são assunto desta pesquisa. O segundo são os valores, os quais são conceituados como princípios sociais, filosofias e padrões de como as coisas deveriam ser. Eles estão entre os artefatos e os pressupostos básicos. E finalmente, os pressupostos básicos que são crenças

sobre a realidade e a natureza humana, aceitas como verdadeiras, sem necessidade de comprovação. Estão no nível mais profundo da cultura organizacional (SCHEIN, 1991; HATCH, 1993).

Valores são considerados padrões de preferências ou fins desejados do que a organização percebe que deveria ser ou fazer (RANSON, HININGS e GREENWOOD, 1980; ENZ, 1988). São sistemas de preferências racionalizados, para determinados cursos de ação e certos objetivos (BEYER, 1981). Os valores compartilhados na organização independem dos valores individuais dos membros do grupo (SACKMANN, 1992). Este é o conceito de valores que será utilizado neste estudo.

As crenças estão dispostas no nível dos pressupostos básicos, e são aceitas como verdade. Não é possível confrontá-las ou debatê-las. As premissas que estão em desacordo com as crenças são consideradas inconcebíveis (SCHEIN, 1991). A crença "...excluiria a dúvida sem contudo ter o caráter intelectual e logicamente comunicável do saber." (LALANDE, 1996, p. 218). As suas bases podem até mesmo ter motivos válidos ou comunicáveis, mas não tem, realmente, relação direta com o fato em si.

Partindo da discussão feita até o momento, faz-se a definição de esquemas interpretativos como "...os pressupostos resultantes da elaboração e arquivamento mental de percepções de objetos dispostos na realidade, que operam como quadros de referência, compartilhados e freqüentemente implícitos, de eventos e comportamentos apresentados pelos agentes organizacionais em diversas situações." (MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1993, p. 151). São reconhecidos por meio de valores e crenças que dão ordem e coerência às organizações (HININGS e GREENWOOD, 1989; MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1993).

A seguir serão apresentados juntos os três assuntos, discutidos separadamente até agora. É da relação entre eles que foi gerado o problema de **pesquisa em que o presente estudo está baseado**. Uma mudança ambiental institucional, de caráter coercitivo, pressionando a organização a adotar um novo posicionamento estratégico, mediada pelos esquemas interpretativos do grupo de dirigentes da organização.

2.4. Mudança Ambiental, Esquemas Interpretativos e Posicionamento Estratégico.

Nesta última parte da base teórico-empírica será feita a relação entre os três elementos que a integram. Segundo CHILD (1997), em artigo que reavalia o papel da escolha estratégica nos dias atuais, a formação da estratégia deve ser avaliada em três tópicos : (1) no papel da agência⁸ e da escolha na análise organizacional; (2) na natureza do ambiente organizacional; e (3) na relação entre agentes organizacionais e o ambiente. O autor sugere: essa formação se dá tanto pela ação dos dirigentes, quanto pela ação do ambiente, seja este técnico ou institucional.

Na tentativa de ampliação da visão da mudança estratégica, surge a perspectiva multilentes. Sob esse viés, poder-se-ia enxergar a mudança, ao mesmo tempo através da lente racional, da lente da aprendizagem e da lente cognitiva (RAJAGOPALAN e SPREITZER, 1996). A lente racional mostra a mudança como a possibilidade de atingir adaptação ótima com o ambiente mediante o plano. O plano abrange as melhores soluções para os problemas por meio de objetivos que visam a alcançá-las.

Na lente da aprendizagem, o processo de mudança é visto como mais interativo, pois é acrescido das ações gerenciais. O ambiente já não é considerado estático, como na lente racional, é mais instável e dinâmico. A mudança estratégica é definida como a mudança no conteúdo da estratégia, tal qual na lente racional, acrescentando as mudanças no ambiente e na organização, trazidas pelas ações dos gerentes no processo de mudança. A linearidade do processo de mudança estratégica dá lugar à continuidade (evolução ou mudança incremental) e a descontinuidade (transformação ou revolução). (RAJAGOPALAN e SPREITZER, 1996)

Sob a lente cognitiva aumenta a complexidade da mudança, pois a cognição dos atores é levada em consideração; portanto as mudanças no conteúdo da

estratégia são afetadas pelo ambiente e condições organizacionais, pelas ações dos gerentes e cognições. O ambiente passa a depender da interpretação dos gerentes. As ações gerenciais são influenciadas e influenciam a cognição, criando assim percepções compartilhadas, e os resultados das mudanças afetam, também, a cognição.

Também na tentativa de integrar eventos externos (ambiente) com internos (esquemas interpretativos), que afetam a organização, PETTIGREW, FERLIE e McKEE (1992) desenvolvem o conceito de contexto interno e externo da organização. Este contexto interno é construído, é dinâmico: pode ser receptivo ou não a mudanças. Essa noção de contexto acrescenta um filtro entre a mudança ambiental e o impacto que ela causa na organização.

Em estudo empírico, MILLIKEN (1990) constata a influência da percepção dos dirigentes nas reações a uma mudança no ambiente. A pesquisa sugere que a dependência que a organização tem de recursos interfere na interpretação de mudanças no ambiente por parte dos seus dirigentes: quanto maior a dependência de um determinado recurso, maior a insegurança em relação a qualquer mudança que possa ocorrer em relação a ele. Também as características da organização, percebidas pelos dirigentes, influenciam a interpretação de mudanças: se a organização é percebida como tendo efetividade, a insegurança em relação às mudanças é menor.

Seguindo a linha do trabalho de MILLIKEN (1990), THOMAS, CLARK e GIOIA (1993) reforçam a relação entre interpretação da mudança ambiental e ação tomada nas organizações em face dessas mudanças, incluindo na relação o desempenho. No estudo foi possível verificar a relação existente entre busca de informação realizada pelos dirigentes, interpretação do ambiente, ações estratégicas tomadas e desempenho.

Nessa tentativa de integração entre os sistemas sociais (ambiente) e a agência dos dirigentes, muitos autores têm buscado resposta na teoria da estruturação de Giddens. Segundo WHITTINGTON (1992), o trabalho de Giddens é

⁸ Agência é utilizada no sentido dado por GIDDENS (1989), isto é, "...diz respeito a eventos dos quais um indivíduo é o perpetrador, no sentido de que ele poderia, em qualquer fase de uma dada sequência de conduta, ter atuado de modo diferente."(p. 7).

importante também para a teoria gerencial, por englobar forças voltadas para a eficiência e eficácia (produção capitalista), e assuntos sociais, tais como etnicidade, conhecimento e estado. Esta junção possibilita abrir espaço para a agência humana dentro da organização, pois os dirigentes são movidos não somente por elementos racionais. A agência é possível, pois utiliza as regras e recursos estruturais como fonte de ação: com base na ação de produção e reprodução dos sistemas, os dirigentes recursivamente constróem suas ações. Nesta situação, tanto o sistema social, quanto a agência humana estão em ação, criando uma posição que não é voluntarista nem determinista.

A mudança ambiental caracterizada neste estudo, regulamentação dos planos de saúde, é de caráter institucional coercitivo, e pressiona a organização. Esta pressão leva a uma avaliação do posicionamento estratégico adotado, a qual pode resultar na mudança desse posicionamento ou não. Segundo DiMAGGIO e POWELL (1983), a pressão direcionaria ao isomorfismo, forçando as organizações a adotarem mudanças semelhantes. Esta visão institucionalista apresenta, segundo WHITTINGTON (1992), uma visão determinista da influência do ambiente sobre a organização.

A literatura demonstra, todavia, que existe uma influência da interpretação que os dirigentes fazem das mudanças ambientais sobre a ação tomada (DAFT e WEICK, 1984; MILLIKEN, 1990; THOMAS, CLARK e GIOIA, 1993). Neste momento está presente a agência humana (GIDDENS, 1989), contudo não de maneira totalmente voluntarista (WHITTINGTON, 1992). Essa interpretação é feita por meio do esquema interpretativo compartilhado pelo grupo de dirigentes do nível estratégico (RANSON, HININGS E GREENWOOD, 1980; DAFT e WEICK, 1984; MACHADO-DA-SILVA, FONSECA e FERNANDES, 1998). Assim, esses esquemas interpretativos atuaram como mediadores entre a mudança ambiental e o posicionamento estratégico.

Na base teórico-empírica, aqui apresentado, procurou-se fazer uma revisão da literatura, que enfoca os conceitos de mudança ambiental, o posicionamento estratégico e os esquemas interpretativos, e a relação que existe entre eles. Este

referencial foi utilizado como base para a pesquisa realizada. A seguir será feito o detalhamento da metodologia utilizada.

3. METODOLOGIA

Dando seguimento ao presente trabalho, passa-se agora a apresentar a metodologia de pesquisa utilizada. Essa metodologia é coerente com o problema de pesquisa apresentado na introdução, com o objetivo geral e os específicos do estudo e com o quadro de referência conceitual estabelecido na base teórico-empírica.

3.1. ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Este estudo partiu do pressuposto de que a legislação dos planos de saúde constitui mudança ambiental de caráter coercitivo, que pressiona a organização a rever seu posicionamento estratégico. Esta mudança ambiental não atua diretamente sobre a organização. Os esquemas interpretativos dos dirigentes agem como mediadores entre a mudança e o posicionamento estratégico adotado. A partir desse pressuposto, faz-se agora a especificação do problema de pesquisa.

3.1.1. PERGUNTAS DE PESQUISA

O trabalho verificou as seguintes perguntas de pesquisas :

- (1) Qual o posicionamento estratégico das três organizações de assistência privada à saúde em estudo, antes e depois das mudanças na regulamentação dos planos de saúde?

- (2) Quais os esquemas interpretativos dos dirigentes dessas três organizações de assistência privada à saúde, antes e depois da mudança na regulamentação dos planos de saúde?
- (3) De que modo os esquemas interpretativos do grupo de dirigentes atuaram como mediadores do posicionamento estratégico dessas três organizações de assistência privada à saúde, em face da mudança ambiental caracterizada pela regulamentação dos planos de saúde?

3.1.2. DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA (DC) E OPERACIONAL (DO) DAS CATEGORIAS ANALÍTICAS

As seguintes categorias analíticas fazem parte do problema de pesquisa :

Mudança Ambiental

DC: Eventos ocorridos no contexto ambiental que pressionam a organização para movimentos de adaptação, em face de novas circunstâncias relacionadas à eficiência e à legitimação social (SCOTT, 1995; MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1996). A mudança ambiental, representada pela regulamentação dos planos de saúde, é de caráter institucional coercitivo, e assim foi considerada neste estudo.

DO: A mudança ambiental foi verificada com base na regulamentação dos planos de saúde, a qual está descrita no anexo 1. Esses dados foram tratados por meio de análise documental.

Esquemas Interpretativos

DC: “Entende-se por esquemas interpretativos os pressupostos resultantes da elaboração e arquivamento mental de percepções de objetos dispostos na realidade, que operam como quadros de referência, compartilhados e freqüentemente

implícitos, de eventos e comportamentos apresentados pelos agentes organizacionais em diversas situações.” (MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1993, p. 151).

A operacionalização se deu por meio da verificação dos valores e crenças dos dirigentes das organizações, objeto deste estudo, conforme as definições apresentadas a seguir.

Valores

DC: São considerados padrões de preferências ou fins desejados do que a organização percebe que deveria ser ou fazer, racionalizados para determinados cursos de ação e para certos objetivos. Eles são compartilhados pelos membros da organização (RANSON, HININGS e GREENWOOD, 1980; BEYER, 1981; ENZ, 1988; SACKMANN, 1992).

DO: Foram identificados por meio da análise documental e de conteúdo dos dados secundários (vide Anexo 5) coletados nas empresas pesquisadas. Com base nessa análise de conteúdo foi elaborado o roteiro para a entrevista semi-estruturada que foi realizada com os dirigentes do nível estratégico das organizações estudadas. A análise de conteúdo dessas entrevistas foi utilizada para confirmar e complementar os valores identificados.

Crenças

DC: Estão no nível dos pressupostos básicos e são aceitas como verdade; suas bases podem ter motivos válidos ou comunicáveis, entretanto não têm explicação de caráter intelectual. Elas influenciam os pensamentos, os sentimentos e as percepções, que vão, por fim, orientar as ações organizacionais (SCHEIN, 1991; MACHADO-DA-SILVA e FONSECA, 1995; LALANDE, 1996; CRUBELLATE e MACHADO-DA-SILVA, 1998).

DO: Foram identificadas por meio da análise documental e de conteúdo dos dados secundários coletados (vide Anexo 5) nas empresas pesquisadas. A partir dessa análise de conteúdo, foi elaborado o roteiro para a entrevista semi-estruturada que foi realizada com os dirigentes do nível estratégico das organizações estudadas. A análise de conteúdo dessas entrevistas foi utilizada para confirmar e complementar as crenças identificadas.

Posicionamento Estratégico

DC: São padrões expressos pela disposição de recursos, produtos e mercados, que integram os principais objetivos, políticas e ações da organização em um todo coeso, para fazer frente ao ambiente ou contexto externo. (MINTZBERG, 1987; QUINN, 1991; STABELL e FJELDSTAD, 1998).

DO: A verificação se deu por intermédio: (a) da análise documental e de conteúdo dos dados secundários (vide Anexo 5) coletados nas empresas pesquisadas; (b) a partir dessa análise de conteúdo, foi elaborado **o roteiro das** entrevistas semi-estruturadas que foram realizadas com os dirigentes do nível estratégico das organizações estudadas. Estas entrevistas confirmaram e complementaram as informações obtidas na análise dos dados secundários.

3.1.3. DEFINIÇÃO DE OUTROS TERMOS RELEVANTES

Estratégia

Quadro de referência ou forma de perceber o mundo, compartilhado na organização, que permite a compreensão do contexto externo e interno pelos seus membros. É expressa pelas suas ações ou intenções em relação a produtos, mercados e alocação de recursos, e também na busca de legitimação social

(CHAFFEE, 1985; MINTZBERG, 1987; QUINN, 1991; STABELL E FJELDSTAD, 1998).

Regulamentação dos Planos de Saúde

É o conjunto de leis, medidas provisórias e resoluções que regulamentam o setor de assistência privada à saúde, as quais estão descritas no anexo 1.

3.2. DELIMITAÇÃO E DESIGN DA PESQUISA

3.2.1. DELINEAMENTO DE PESQUISA

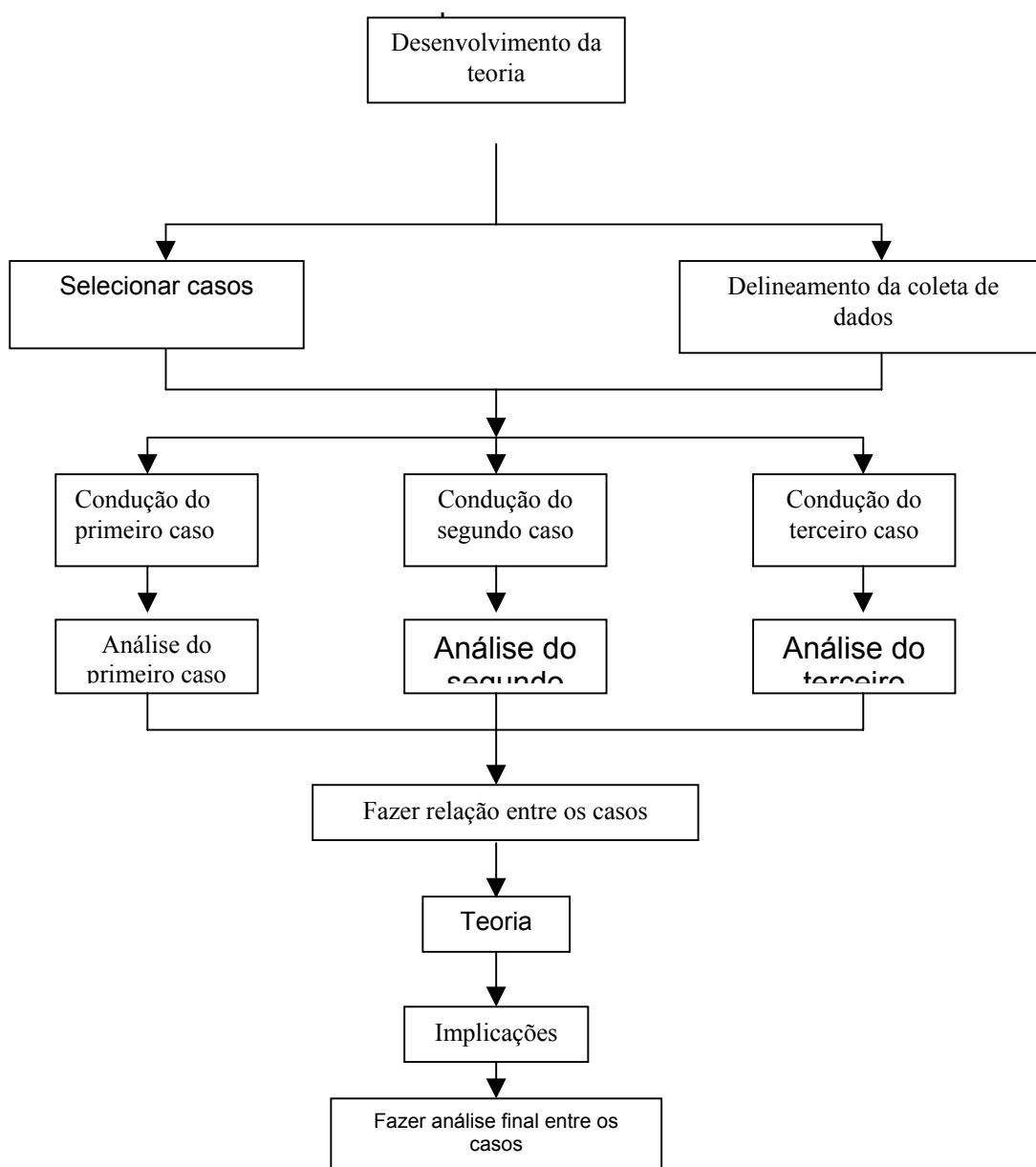
Esta pesquisa configurou-se como estudo comparativo de casos *ex-post-factum* seccional com avaliação longitudinal, e se valeu de abordagem descritivo-qualitativa. O nível de análise é o organizacional e a unidade de análise é o grupo dirigente do nível estratégico das organizações estudadas.

Segundo GODOY (1995), os pesquisadores preferem o estudo de caso quando as perguntas a serem respondidas são **como e por que** ocorrem certos fenômenos, quando o controle sobre os eventos estudados não é possível e quando o interesse é sobre fenômenos atuais, só podendo ser analisados dentro do contexto de vida real. De acordo com YIN (1989, p. 23), o estudo de caso “é uma forma de se fazer pesquisa empírica que investiga fenômenos contemporâneos, dentro de seu contexto de vida real, em situações em que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente estabelecidas, onde se utilizam múltiplas fontes de evidência”. Para GODOY (1995, p. 25), “O estudo de caso se caracteriza como um tipo de pesquisa, cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Visa ao exame detalhado de um ambiente, de um simples sujeito ou de uma situação em particular”; portanto, tratando-se de uma pesquisa que analisa o efeito da implementação de uma legislação atual nas estratégias da organizações, ou seja,

eventos que não podem ser controlados, o delineamento escolhido foi apropriado para o estudo.

Na realização deste trabalho optou-se pelo estudo comparativo de casos. “Quando o estudo envolve dois ou mais sujeitos, duas ou mais instituições, podemos falar em casos múltiplos.” (GODOY, 1995, p. 26). Segundo YIN (1989), a lógica desse tipo de estudo é de replicação, ou seja, realizar dois ou mais estudos de casos separadamente, e compará-los, buscando avaliar se os resultados encontrados seguem mesmo um padrão, como pode ser visto na Figura 2.

Figura 2 – Método de estudo comparativo



Fonte: YIN (1989, p.51)

A pesquisa qualitativa foi realizada por causa de suas características, relacionadas por TRIVIÑOS (1987, p. 128) :

- tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave;
- é descritiva;
- mantém o pesquisador preocupado com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto ;
- os dados tendem a ser analisados indutivamente;
- o significado é a preocupação essencial desta abordagem.

Tendo em vista o objetivo deste trabalho, foram realizadas entrevistas com os dirigentes do nível estratégico das organizações em estudo. Para amenizar as dificuldades encontradas na busca de um informante adequado, TRIVIÑOS (1987, p. 144) relacionou algumas condições ou requisitos mínimos, que foram utilizados como diretrizes no processo de escolha dos dirigentes estratégicos que foram entrevistados : (a) antigüidade na organização e envolvimento no fenômeno; (b) conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias envolvidas na questão de pesquisa; (c) disponibilidade adequada de tempo; (d) capacidade para exprimir a essência e o detalhe para a compreensão do fenômeno.

3.2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

As organizações estudadas foram escolhidas intencionalmente. O critério de escolha foi a diferença no tipo de constituição e a disposição em participar da pesquisa. Com relação ao primeiro critério de escolha, foi utilizada a lógica da replicação descrita por YIN (1989), na qual a intenção pode ser buscar resultados semelhantes, replicação literal, ou buscar resultados contrários, lógica da replicação teórica. Neste estudo foram escolhidas duas organizações privadas, uma familiar e a outra não, e uma entidade filantrópica, com a intenção de fazer a replicação literal;

pois, apesar de existirem diferenças, elas atuam num mesmo setor e foram afetadas da mesma maneira pela regulamentação dos planos de saúde.

Quanto ao segundo critério, outras três empresas foram contatadas para participar da pesquisa, mas não foi possível a presença delas no trabalho. A primeira, uma empresa seguradora, não aceitou participar logo no primeiro contato, alegando problemas internos para o fornecimento dos dados. A segunda empresa, uma cooperativa de usuários, desistiu por problemas internos, de continuar na pesquisa na fase de coleta dos dados secundários. A terceira organização, uma cooperativa médica, pela demora na coleta de dados, não pôde ter seus dados analisados até a conclusão dessa dissertação.

A primeira organização estudada foi a Saúde Ideal, que é uma operadora de planos de saúde pertencente à Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, que tem por objetivo a assistência social. A segunda organização é a Paraná Clínicas, uma empresa de medicina de grupo, pertencente a dois sócios que são pai e filho, portanto uma organização familiar. A terceira operadora participante é a Clinihauer, também uma empresa de medicina de grupo, na qual participam três sócios.

A população foi composta por dirigentes do nível estratégico das três organizações em estudo. A amostra foi intencional, composta por pelo menos três dirigentes do nível estratégico de cada uma das organizações objeto do estudo, de acordo com os requisitos mínimos para a escolha de um bom informante elaborados por TRIVIÑOS (1987), anteriormente descritos. Na Saúde Ideal foram entrevistados os quatro dirigentes desse nível atualmente no cargo; são eles: o Presidente, o Diretor Técnico e o Gerente Administrativo do plano Saúde Ideal, e o Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, que é a entidade controladora do plano. Foi necessário entrevistar todos os dirigentes com base em dois motivos principais: o primeiro foi a falta de documentos do período anterior à lei, que poderiam ser analisados; o segundo motivo foi a alta rotatividade dos dirigentes do plano Saúde Ideal. Essa rotatividade foi compensada pelo fato de que o atual Presidente do plano tem participado como procurador da Santa Casa no período anterior à lei, estando ligado diretamente às decisões estratégicas do plano, o Provedor da Santa Casa

tem participado do conselho administrador do plano antes da legislação, e de que o Gerente Administrativo é funcionário do plano desde 1994. Os coordenadores dos períodos anteriores à regulamentação não puderam ser contatados devido à empresa não se dispor a divulgar os dados desses ex-dirigentes. Como as entrevistas com os quatro dirigentes atuais, sendo que alguns participaram das gestões anteriores, não apresentaram discrepância, o pesquisador considerou os dados suficientes para a realização da pesquisa.

Na Paraná Clínicas foram entrevistados três dirigentes do nível estratégico, que é composto de quatro dirigentes. Foram entrevistados o Diretor Executivo, sócio da empresa e no cargo há mais de 20 anos; o Diretor Comercial, que está no cargo há seis anos, e o Assessor da Diretoria, no cargo desde 1998 e foi contratado por causa das mudanças na regulamentação, já que é um profissional da área de seguros. O único diretor que não foi entrevistado foi o Diretor Médico, e este fato ocorreu por dois motivos: primeiro devido aos interesses da pesquisa estarem voltados para a área administrativa como um todo, não se limitando aos assuntos médicos, com isso optou-se por entrevistar primeiro os dirigentes ligados mais à área de administração em geral; segundo, devido a que as três primeiras entrevistas não apresentaram diferenças significativas, o que indicou que, para os fins desta pesquisa, os dados coletados já se apresentavam suficientes.

Três foram os dirigentes do nível estratégico entrevistados na Clinihauer. De acordo com o organograma da empresa, seis são os cargos desse nível, três membros do conselho e três integrantes da diretoria administrativa. Estes foram os entrevistados: um dos membros do Conselho Diretor, e sócio da empresa, o Diretor Executivo, e o Gerente de Controladoria. O primeiro, membro do conselho, fazia parte da administração direta da empresa até o momento da profissionalização, em 1995, quando passou para o Conselho Diretor que, junto com o Diretor Executivo, discute semanalmente os direcionamentos tomados pela empresa. O Diretor Executivo é o responsável pela administração do dia-a-dia da empresa, bem como de fazer a ligação do Conselho com o restante da direção da organização e, por isso, tornou-se informante essencial. O Gerente de Controladoria, como responsável pela parte financeira da empresa, que foi muito afetada pela regulamentação, foi escolhido para ser entrevistado antes do Diretor Médico. Como as três primeiras

entrevistas não apresentaram discordância, o pesquisador considerou suficientes os dados coletados, não entrevistando assim mais nenhum dirigente da organização.

3.2.3. DADOS: COLETA E TRATAMENTO

A coleta dos dados se deu por meio de :

- Fontes secundárias

Os dados secundários referentes à mudança ambiental foram coletados ao longo de 1999 e 2000, na página do Ministério da Saúde – Agência Nacional de Saúde Complementar na *internet* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Devido à série de mudanças ocorridas na regulamentação durante esse período, optou-se por utilizar como últimas referências a medida provisória e as resoluções editadas até março de 2000⁹.

Os dados secundários das empresas estudadas foram obtidos de acordo com a existência deles e disposição das empresas em permitir a sua consulta pelo pesquisador. Na Saúde Ideal foram analisados: informativos da empresa, material de marketing, organograma, modelos dos contratos dos planos de saúde, correspondências enviadas para os usuários dos planos e atas de reuniões realizadas pelos dirigentes. Na Paraná Clínicas foram analisados: informativos da empresa, material de marketing, modelos de contratos de planos de saúde e as propostas de venda. Na Clinihauer foram analisados: informativos da empresa, material de marketing, planejamento estratégico, contratos dos planos de saúde, *Book Clinihauer* e o organograma. Vide Anexo 5, o qual contém a lista detalhada dos documentos analisados nas três organizações em estudo.

⁹ É importante ressaltar metodologicamente que a mudança ambiental foi definida como sendo concretizada em janeiro de 1999, por causa da obrigatoriedade das operadoras de vender o novo plano. As atualizações posteriores foram realizadas, pois elas continuavam a influenciar as empresas, e os entrevistados as citavam nos diálogos.

Esses dados foram utilizados para verificar as crenças e valores dos dirigentes das três organizações em estudo e identificar o seu posicionamento estratégico. Com base nos dados obtidos na análise das fontes secundárias, elaborou-se o roteiro da entrevista semi-estruturada que foi utilizada como fonte primária.

- Fontes primárias

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas com os dirigentes do nível estratégico, visando a confirmar e complementar os dados obtidos por meio das fontes secundárias. De acordo com TRIVIÑOS (1987, p.146), a entrevista semi-estruturada “parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, ademais, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo, à medida que se recebem as respostas do informante” e se desenvolve, em interação dinâmica do informante e pesquisador. Ao permitir levantamento mais amplo, dada a sua flexibilidade adaptativa às circunstâncias e percepções, às opiniões e interpretações da realidade organizacional, a entrevista semi-estruturada constitui instrumento adequado para este estudo. O roteiro das entrevistas encontra-se no 4.

Por ter sido utilizada a entrevista semi-estruturada, um roteiro básico foi seguido, sendo acrescido de questões relativas a cada uma das empresas, ou inseridas questões, que o pesquisador considerou pertinentes no momento da entrevista. As questões relativas às diferentes empresas foram retiradas da análise dos dados secundários.

Na Saúde Ideal as entrevistas foram realizadas dentro da sede da empresa, nos escritórios dos respectivos dirigentes. Somente a entrevista com o Provedor da Santa Casa de Misericórdia aconteceu no escritório da provedoria. As entrevistas duraram em média uma hora, variando de 50 minutos a entrevista mais rápida, até uma hora e 20 minutos a mais demorada. Elas foram gravadas com a permissão do entrevistado. Não existiu nenhuma dificuldade maior para a realização das

entrevistas, a não ser a espera da marcação do horário por parte dos entrevistados e algumas interrupções sem muita gravidade.

As entrevistas na Paraná Clínicas foram realizadas na sede da empresa, nos escritórios dos respectivos entrevistados. Elas duraram em média uma hora e 10 minutos, tendo a entrevista mais rápida a duração de 50 minutos e a mais demorada uma hora e 30 minutos. Foram gravadas com a autorização dos entrevistados. A demora no agendamento das entrevistas também foi a única dificuldade na realização das entrevistas.

Na Clinihauer, duas entrevistas aconteceram na sede da organização, nos escritórios dos respectivos entrevistados; a outra foi realizada em uma entidade de classe, da qual o entrevistado é o Diretor. Elas duraram entre 50 minutos e uma hora e 40 minutos, tendo a duração média de uma hora e 25 minutos. Foram gravadas com a autorização dos entrevistados, sendo que um dos entrevistados pediu uma cópia da fita para arquivo, o que foi providenciado. Como única dificuldade pode ser apresentada a ocorrência de um problema técnico que impossibilitou a gravação nítida dos últimos três minutos de uma das entrevistas, tendo o pesquisador que anotar o que foi falado pelo entrevistado.

- Dificuldades e facilidades na coleta dos dados

Para que outros pesquisadores, passando pelo mesmo processo de aprendizagem, possam ter facilitado seu caminho no decorrer da feitura de uma pesquisa de dissertação, é importante ressaltar algumas facilidades e dificuldades na coleta dos dados.

Nas facilidades de coleta dos dados podem ser destacados dois pontos: (1) acesso a toda a legislação referente à regulamentação dos planos de saúde na página do Ministério da Saúde na internet, e (2) a disposição dos funcionários das organizações pesquisadas em colaborar com as informações solicitadas. O primeiro ponto facilitou sobremaneira a coleta de informações, pois é possível encontrar nessa página todas as leis, medidas provisórias e resoluções referentes à

regulamentações, bem como a restante legislação ligada à saúde, tais como os artigos da Constituição Federal que versam sobre o assunto. Com isso não foi preciso uma procura exaustiva no Diário Oficial, para estar informado quanto à regulamentação. O segundo ponto foi ter encontrado pessoas, funcionários das empresas, dispostas a ajudar na coleta de dados, abrindo espaço para que o pesquisador pudesse realizar seu trabalho.

Entre as dificuldades encontradas podem ser destacados três pontos: (1) as mudanças ocorridas na regulamentação durante o período da pesquisa; (2) a resistência de algumas empresas em repassar informações; e (3) a falta de dados secundários nas organizações pesquisadas. A primeira dificuldade é decorrente da quantidade de medidas provisórias e resoluções lançadas após a aprovação e sanção da lei 9.656/98. Depois de junho de 1998, data da aprovação da lei, foram lançadas mais de 27 medidas provisórias, 52 resoluções do CONSU e da ANS, a lei 9.961/00, que regulamentou a ANS, e mais portarias e decretos e circulares, formando um emaranhado de difícil compreensão, até mesmo para as empresas pesquisadas, a julgar pelas respostas das entrevistas.

A segunda dificuldade ocorreu durante a coleta dos dados nas empresas. Algumas organizações ficaram reticentes em apresentar certos dados secundários, os quais elas julgavam confidenciais; isto acabou trazendo algumas limitações para a pesquisa, pois alguns dados não puderam ser analisados e também ocorreu uma demora na coleta; em média foram necessários de dois a três meses para conseguir um mínimo necessário de dados. Quanto aos dados primários, na maioria das empresa os dirigentes se dispuseram a atender a entrevista solicitada, mesmo que as vezes com alguma demora; contudo, uma das empresas acabou sendo excluída dos casos analisados, pois até junho de 2000 não tinha sido concluída a coleta dos dados primários, na qual os primeiros contatos para a marcação das entrevistas foram realizados no início de fevereiro de 2000.

Como última dificuldade aponta-se a escassez de dados secundários para serem trabalhados. Como regra, as empresas objeto de estudo não têm, ou não mantêm arquivos, com os seus dados históricos. Apesar da boa vontade dos

funcionários, foi um trabalho exaustivo de “garimpo”, para que pudesse ser feita a coleta dos dados autorizados.

- Tratamento dos dados

Os dados coletados foram analisados de forma descritivo-qualitativa. Segundo RICHARDSON (1989, p. 39), os procedimentos qualitativos visam a “descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos”.

Os dados secundários foram analisados pela técnica de análise documental, definida por BARDIN (1979, p. 45) como “uma operação ou um conjunto de operações visando a representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência”. Posteriormente foi realizada a análise de conteúdo. Segundo BARDIN (1979, p. 42), a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações 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 (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Para a análise da regulamentação dos planos de saúde, o procedimento utilizado foi o seguinte: (1) foi feita a leitura de toda a regulamentação (vide Anexo 1); (2) foi reescrito cada um dos artigos em forma de texto para facilitar a leitura, sendo que as modificações feitas por medidas provisórias e resoluções, posteriores a essa primeira análise, eram acrescentadas aos textos; (3) foi construído um quadro (vide Anexo 3) com o resumo das mudanças que poderiam afetar a organização; (4) o quadro passou por uma avaliação de dois profissionais da área e do orientador da presente dissertação para sua validação; (5) as

modificações realizadas na regulamentação até março de 2000 foram incluídas no quadro.

Os dados secundários coletados nas empresas foram analisados da seguinte forma: (1) foi realizada a organização dos dados; segundo BARDIN (1979), ela “tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais”(p. 95); (2) realizou-se a escolha das categorias, classificando e agregando as partes dos textos; (3) foi utilizada a análise categorial (BARDIN, 1979), na qual foram identificados os valores e crenças, e os posicionamentos estratégicos.

Os dados primários foram analisados pela técnica de análise de conteúdo categorial. O procedimento seguido para cada uma das análises é o seguinte: (1) as entrevistas realizadas eram transcritas e foi feita uma revisão de cada uma das transcrições para que não ocorressem erros devido a eventuais incorreções; (2) foi realizada a organização dos dados; (3) foi feita a classificação e a agregação dentro das categorias escolhidas em cada uma das entrevistas; (4) foram construídos quadros a partir do agrupamento, um com os valores e crenças, e outro dos posicionamentos estratégicos, para cada uma das entrevistas; e (5) os itens referentes as entrevistas eram comparados; aqueles que aparecessem em pelo menos duas das entrevistas eram colocados no quadro de valores e crenças, e posicionamentos estratégicos de cada uma das organizações, concluindo assim a análise categorial.

Finalmente, para concluir a análise, foi feita a triangulação entre os dados secundários e dados primários. A técnica de triangulação é utilizada na análise de dados para obter maior abrangência na descrição, explicação e compreensão do foco de estudo (TRIVIÑOS, 1987). Para tanto os dados coletados foram comparados, utilizando-se os dados primários como os processos e produtos centrados no sujeito, os dados secundários referentes as organizações como elementos produzidos pelo meio do sujeito, e os dados secundários referentes à legislação e à estrutura sócio-econômica como os processos e produtos gerados no macro-organismo social no qual o sujeito se insere. Da interrelação deles é possível obter melhor compreensão do fenômeno estudado.

O quadro com a análise dos dados primários foi comparado com os dados secundários, os valores e crenças, e o posicionamento estratégico encontrados em sua análise, para que pudesse ser feita a complementação e confirmação do quadro desenvolvido. Como resultado final, apresentou-se para cada empresa um quadro com os esquemas interpretativos (valores e crenças) e outro com o posicionamento estratégico, antes e depois da regulamentação.

3.3. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Esta pesquisa apresenta algumas limitações, apesar do rigor científico utilizado na coleta e análise dos dados. Elas serão discutidas a seguir como forma de melhorar o acompanhamento do trabalho realizado.

A primeira limitação é inerente ao delineamento de pesquisa escolhido, que foi a análise comparativa de casos. Apesar de esse delineamento se mostrar adequado à pesquisa e seus objetivos, ele não visa à generalização dos resultados para além dos casos estudados. A noção aplicada aqui é a de transferibilidade, que segundo GUBA e LINCOLN (1994), equivaleria ao entendimento de validade externa nas pesquisas quantitativas.

Uma segunda limitação é decorrente da coleta dos dados: devido a eventos já comentados anteriormente, tais como recusa de apresentação de dados considerados confidenciais ou não arquivamento de dados históricos, os dados avaliados nas diferentes empresas nem sempre puderam ser iguais. Para tentar diminuir a influência dessas diferenças utilizou-se intensamente da técnica de triangulação dos dados secundários e das entrevistas semi-estruturadas.

Outra limitação advém da própria regulamentação dos planos de saúde. Apesar de passar a vigorar a partir de janeiro de 1999, sofreu diversas alterações durante todo o processo de pesquisa. Como não existiu a possibilidade de realização das entrevistas em um curto período de tempo (elas ocorreram entre os meses de março e maio) algumas mudanças, que aconteceram entre esses períodos, podem ter causado viés em alguma resposta dos entrevistados.

Por último, a análise qualitativa dos dados está sempre sujeita à interpretação e à subjetividade do pesquisador; contudo esta limitação é minimizada pela observação dos processos técnicos e métodos na realização da análise documental e de conteúdo (BARDIN, 1979).

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo, os dados coletados na pesquisa são apresentados e analisados, seguindo a metodologia descrita anteriormente. Dividiu-se o capítulo em três partes. Na primeira parte é apresentada a mudança ambiental, representada pela lei da regulamentação dos planos de saúde. A descrição e análise dos dados de cada uma das empresas é mostrada na segunda parte do capítulo. Finalmente é feita a relação entre os casos analisados, como requer a metodologia utilizada para esta pesquisa.

4.1. MUDANÇA AMBIENTAL

Partindo do problema de pesquisa, o corte utilizado nesse trabalho adotou a regulamentação dos planos de saúde como a mudança ambiental que causa uma pressão sobre as empresas de assistência privada. Assim, as alterações provocadas pela lei serão aqui apresentadas e discutidas.

Anterior a essa lei não existia nenhuma regulamentação específica que pudesse dar ordem ao setor de assistência privada à saúde. As empresas que nele atuavam, medicina de grupo (empresa geralmente formada por médicos, que contrata outros médicos como assalariados), entidades filantrópicas, seguro-saúde e sistema cooperativista médico, eram regidas de acordo com as leis específicas das suas características de constituição. As medicinas de grupo seguiam a legislação das empresas limitadas, tendo como única condição especial terem um responsável técnico o qual deveria ser médico. As seguradoras eram obrigadas a seguir a

regulamentação dos seguros e estavam subordinadas a SUSEP. As cooperativas médicas atendiam à lei do cooperativismo¹⁰.

A primeira mudança significativa no setor foi a aprovação do código de defesa do consumidor, lei nº 8.078/90 (BRASIL, 2000a), cuja publicação acabou afetando as empresas de assistência à saúde. Os consumidores passaram a utilizar essa lei para reivindicar seus direitos, obrigando as empresas a melhorarem a qualidade de seus produtos e atendimentos, e a reformularem seus contratos.

Apesar dos avanços com o código, o setor ainda se mantinha desorganizado. Segundo um dos entrevistados, “... anterior a 99 existiam mais de 500.000 tipos de planos...”¹¹, eram vários planos diferentes, com preços diferentes para cada empresa. Era praticamente impossível fazer comparações entre os planos e seus preços, o que provocava desorientação do consumidor. Aproveitando-se dessa situação, diversas empresas entravam no mercado oferecendo produtos a um preço muito baixo, mas com uma cobertura altamente limitada, o que gerava grande número de reclamações ao PROCON¹² e insatisfação da sociedade.

Por pressão de diversos setores dessa sociedade, e após alguns anos de discussões e tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada e publicada a lei que regulamenta a assistência privada à saúde no Brasil. Apesar de começar a vigorar apenas em janeiro de 1999, em seguida à sua publicação começaram a surgir as medidas provisórias e resoluções que regulamentavam a lei (vide Anexo 1).

A regulamentação versa sobre praticamente todos os assuntos referentes aos planos, desde a parte burocrática para registro, até as doenças que precisam ser obrigatoriamente cobertas, como pode ser visualizado no Quadro 3. A análise documental, que é, segundo BARDIN (1979), uma operação que visa a escrever o documento em uma forma diferente da original, tornando mais fácil a sua compreensão e análise, foi utilizada neste caso. Serão apresentadas a seguir as principais modificações que a regulamentação trouxe para o setor.

¹⁰ Lei nº 5.764/71

¹¹ Os textos entre aspas foram retirados das entrevistas realizadas com os dirigentes das empresas pesquisadas.

¹² No Paraná, os planos de saúde são os que recebem mais reclamações nos anos de 1997, 1998 e 1999, dentro da área de saúde (PROCON, 2000).

Primeiramente foram definidas quais as empresa que estão submetidas à lei, classificando-as em operadoras de planos de assistência à saúde, quando oferecem tal serviço mediante pagamento, com atendimento próprio ou terceirizado¹³, e reembolsar serviços realizados por terceiros e pagos pelo cliente. Para poderem funcionar elas precisam do registro nos CRMs¹⁴ e CROs¹⁵, descrição: dos serviços oferecidos, discriminando quais são próprios e de terceiros; dos equipamentos; dos recursos humanos qualificados; e da responsabilidade técnica e administrativa. É preciso também demonstrar a capacidade de atendimento e viabilidade econômico-financeira, de acordo com o número de usuários, e especificar a área geográfica de cobertura. As entidades filantrópicas precisam transformar-se em empresas de sociedade civil, perdendo a qualidade de não ter fins lucrativos, assumindo todos os deveres de uma empresa privada comum. Antes da regulamentação todos esses dados não precisavam ser comprovados; com isso empresas que não tinham condições de dar atendimento acabavam por entrar no mercado.

Quadro 3 – Principais mudanças contidas na regulamentação dos planos de saúde

Regulamentação
Definição das empresas que poderão atuar no mercado como operadoras e obrigações burocráticas a serem cumpridas.
Controle externo dos órgãos governamentais: Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU.
Pagamento de taxa mensal por usuário para a manutenção da ANS
Tipo de plano: as operadoras são obrigadas a disponibilizar cinco tipos de planos – Referência, Ambulatorial, Hospitalar sem obstetrícia, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológico.
Reajuste por faixa etária: a lei define a política de reajustes por faixa etária.
Obrigatoriedade de aceitar qualquer cliente.
Obrigaçao de atender clientes inadimplentes com até 60 dias em atraso no pagamento.
Doença e lesões preexistentes(DLP): a lei define o que são e como deve ser tratadas as DLP, limitando a decisão da operadora.
Carências: as operadoras são obrigadas a respeitar os prazos de carência estabelecidos na lei.
Obrigatoriedade de manutenção no plano empresarial de demitidos e aposentados.
Foi permitida a entrada do capital externo no setor.
Ressarcimento ao SUS por procedimentos realizados por este nos clientes das operadoras.

Fonte: dados secundários da pesquisa

¹³ Outras duas classificações são estipuladas, mais por estarem fora do escopo deste trabalho serão apenas comentadas, as quais são: operadoras de seguro saúde e empresas de auto-gestão.

¹⁴ Conselho Regional de Medicina.

¹⁵ Conselho Regional de Odontologia.

A regulamentação também cria e define uma fiscalização externa. São criadas a Agência Nacional de Saúde Complementar - ANS e o Conselho Nacional de Saúde Complementar – CONSU. A primeira tem “...por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, mesmo quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.” (BRASIL, 2000b). A ANS é uma autarquia que funciona como agência reguladora do setor. O CONSU é um órgão colegiado integrante do Ministério da Saúde que delibera sobre questões relacionadas aos serviços de saúde complementar. É criada uma Câmara de Saúde Suplementar, de caráter consultivo, que integrará a ANS, na qual representantes das entidades ligadas à saúde suplementar tomam parte. Desta feita, a ingerência do Estado no setor passa a ser mais direta, todavia possibilita a participação das operadoras como influenciadores no processo.

A criação da ANS trouxe consigo a introdução de mais uma taxa a ser paga pelas operadoras, que é a Taxa de Saúde Suplementar. Ela foi criada, pela lei 9.961/00 (BRASIL, 2000c), para a manutenção da agência e é cobrada no valor de dois reais por usuário. Esta taxa corresponde a um acréscimo de 1%, em média, nos valores dos planos de saúde.

A instituição do plano referência é outra medida que veio organizar o mercado. A partir de janeiro de 1999 as operadoras foram obrigadas a oferecer cinco tipos básicos de planos com exigências mínimas de cobertura (vide Anexo 2). Anteriormente cada empresa oferecia o plano que quisesse, impondo as limitações que lhe convinham. Um dos entrevistados comenta “... com a regulamentação nivelou-se o tipo de atendimento, e aí a concorrência passou a ser mais honesta; porque vence quem oferece a melhor qualidade pelo menor preço; antes vencia quem oferecia a pior qualidade ou oferecia menos serviços para poder baixar o preço...”. Abre-se agora a possibilidade de comparar os produtos e preços, pois o mínimo dos produtos é igual.

Ocorreu que o mínimo estabelecido pela regulamentação é muito mais que o máximo oferecido anteriormente. Uma gama muito grande de patologias que não

eram atendidas passaram a fazer parte dos contratos, por exemplo, a AIDS e o câncer. Foi ainda estabelecida a impossibilidade de limitar dias de internamento em enfermaria ou em UTI. As operadoras precisaram adaptar-se rapidamente às novas regras; caso contrário, estavam impedidas de comercializar seus planos.

Foram estabelecidos pela lei as faixas etárias em que é permitido o aumento de preço. Elas são sete, nas quais o valor da prestação pecuniária da última não pode ultrapassar seis vezes o valor da primeira. O cliente que participar do plano por mais de dez anos não pode sofrer aumento por faixa etária depois dos sessenta anos de idade. Essas medidas impedem aumentos como os que aconteciam antes de 1999, em que o preço de um mesmo plano variava em mais de 500% da faixa inicial até a última¹⁶.

Outra mudança que a lei trouxe foi o impedimento de recusar a entrada no plano por qualquer motivo, bem como a exclusão de cobertura por doença ou lesão preexistente à data da contratação. Os planos podem somente instituir um prazo de carência para o atendimento dessas doenças ou instituir um agravo, aumento do valor pago, cuja planilha deverá ser examinada e aprovada pelo Ministério da Saúde. Sem a regulamentação, cada operadora definia se aceitava ou não o cliente, dependendo da doença preexistente, ou ainda excluía aquela determinada doença da cobertura daquele plano. A empresa passa agora a assumir o risco da entrada de cada cliente em sua carteira. A questão da inadimplência também foi contemplada pela lei, pois a partir dela o cliente não pode deixar de ser atendido se o período da falta de pagamento for inferior a 60 dias.

Nos planos empresariais, a lei obriga que aposentados e demitidos tenham o direito de permanecerem no mesmo plano que era oferecido à empresa, contanto que esses assumam o pagamento. Os demitidos podem permanecer por até dois anos depois de sua saída, e os aposentados indefinidamente.

A regulamentação abriu também a possibilidade de empresas estrangeiras participarem do capital de empresas nacionais de assistência à saúde. Com isso, foi aberto um mercado que antes pertencia somente às empresas brasileiras.

¹⁶ Encarte de propaganda de uma operadora de plano de saúde, antes da regulamentação.

Finalmente, como último aspecto importante a ser ressaltado, dentre as mudanças propostas pela legislação, está a obrigatoriedade de ressarcimento do Sistema Único de Saúde (SUS) pela realização de qualquer atendimento realizado por este em clientes das operadoras. Com isso acaba com uma prática constante de algumas operadoras que era oferecer a cobertura contratual ao cliente, contudo a conta acabava debitada no SUS, ficando o bônus para a operadora e o ônus para o Estado.

Quando a lei foi publicada em junho de 1998 (BRASIL, 2000b), ela previa a migração de todos os planos do modelo antigo para o atual modelo em dezembro de 1999; entretanto a medida provisória nº 1908-17 (BRASIL, 2000d) tornou essa migração facultativa. Assim, somente os planos novos recaem na cobertura proposta pela regulamentação, o que diminui a intensidade da mudança, tornando seus reflexos visíveis, mas a longo prazo.

Pelo exposto acima, pode-se caracterizar a regulamentação como sendo uma mudança ambiental que pressiona as organizações do setor de saúde complementar. Essa mudança está associada ao mecanismo coercitivo de pressão institucional, a sua base de submissão é a obediência, e seus indicadores são as leis e regras. Segundo DiMAGGIO e POWEL (1983), uma pressão coercitiva levaria as organizações do setor ao isomorfismo.

Após a apresentação da lei, e de sua caracterização, faz-se agora a identificação de como a legislação afetou as empresas pesquisadas de maneira geral. O primeiro aspecto a ser comentado, e o mais fácil de ser observado, foi o da padronização do produto que a regulamentação acabou trazendo. Ao trazer, como especificação mínima de produto, uma cobertura quase que total, os produtos tendem a ficar parecidos, pois todo o código internacional de doenças já está inserto no plano referência; não é possível colocar limites nas internações e os exames de alta complexidade também são obrigatórios.

O segundo aspecto foi o aumento dos custos decorrente das mudanças, e conseqüente acréscimo dos preços. Segundo dados coletados nas empresas pesquisadas, a variação é de 10 a 40% do preço dos planos de saúde, dependendo da empresa e do tipo de plano. O exemplo de uma das empresas pesquisadas

ilustra esse fato: um plano, com os mesmos padrões de hotelaria no hospital, para uma pessoa de 25 anos, que custava R\$ 63,13, no período anterior à lei, passou a R\$ 75,56. Ao contrário do que apresentam FENNELL e ALEXANDER (1993), neste caso o aumento de custos está atrelado ao ambiente institucional, pois decorre da necessidade de legitimação.

A quantidade de planos vendidos caiu devido principalmente ao preço, e possivelmente se relaciona às incertezas geradas com a regulamentação. Segundo um dos dirigentes "... foi um baque muito grande para todo o mundo (...) nós vendíamos 2.000 (planos/mês) passamos a 1.000...". Em uma das empresas pesquisadas, ao calcular o número total de entradas nos planos menos o número total de saídas, resultou, em 98, uma média de 711 usuários a mais a cada mês, já em 99 esse número caiu para 50 usuários a mais, em média, por mês.

As exigências burocráticas também acabaram afetando a quantidade de usuários de planos de saúde nas organizações. Uma das empresas ficou impossibilitada de vender seus planos nos três primeiros meses de 99, por não estar preparada para atender às determinações legais da regulamentação. Um dos entrevistados comenta que tiveram problemas internos para se adaptar "... as operadoras em 99 tinham de ter um produto novo, tinham de registrar esse novo produto no Ministério da Saúde, tinham de ter o responsável técnico e administrativo; então a gente teve um atraso nas vendas de três meses...".

Após essa visão geral da mudança ambiental causada pela regulamentação dos planos de saúde, analisaram-se as empresas caso a caso; em seguida foi feita a comparação entre os casos, seguindo a metodologia dos estudos comparativos de caso.

4.2. CASOS EM ESTUDO

Seguindo a metodologia dos estudos comparativos de casos, descrita no capítulo anterior, apresenta-se agora a análise das empresas pesquisadas individualmente. A Saúde Ideal é a primeira empresa apresentada, sendo seguida pela Paraná Clínicas e Clinihauer. A análise inicia com um histórico, passando em seguida para os dados de pesquisa. Posteriormente à fase individual, analisar-se-ão comparativamente as três organizações.

4.2.1. CASO 1: EMPRESA SAÚDE IDEAL

4.2.1.1. Histórico

A Saúde Ideal foi fundada em 1992, e nasceu da parceria de três entidades hospitalares: a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, a Maternidade Nossa Senhora de Fátima e a Fundação Raul Carneiro, que congrega os hospitais Pequeno Príncipe e César Pernetá. O consórcio formado por estas instituições tinha o objetivo de aproveitar suas estruturas para prestar assistência à população e arrecadar fundos, por intermédio do plano de saúde, para financiá-las, visto que as três são entidades filantrópicas. A Santa Casa é que detinha a maior participação.

O plano era administrado por um coordenador que, ao reunir-se uma vez por semana com o conselho formado pelas instituições, saía de lá com as determinações a serem cumpridas; era pouca a autonomia dada a ele. Durante o período de 92 a 98, a administração foi marcada por diversas mudanças de coordenador.

A empresa iniciou suas atividades com uma carteira de 500 usuários e cresceu rapidamente até 96, quando atingiu o total de 18 mil usuários. A partir desse período a empresa entrou em crise e acabou perdendo usuários até alcançar a quantidade de 14 mil no final de 98. No ápice da crise, na mesma

época da aprovação da regulamentação, duas instituições hospitalares resolveram sair do consórcio, a Maternidade Nossa Senhora de Fátima e a Fundação Raul Carneiro. A Santa Casa então assumiu sozinha o controle da empresa de plano de saúde.

Em dezembro de 1998, inicia-se um processo de mudanças administrativas na organização, paralelamente com sua profissionalização. Cria-se o cargo de Diretor Presidente, que é assumido por um profissional que compunha a administração da Santa Casa; era seu procurador e, portanto, tinha contato com a gestão anterior. Segue-se a contratação de outros profissionais especializados para assumirem funções específicas na organização, e é feita a terceirização da área de vendas. Com isso dá-se início a recuperação, com a empresa alcançando ao final de 1999 um total 17 mil usuários. Ao final deste mesmo ano, começa a expansão do plano para outras cidades do Estado, iniciado por uma parceria com a associação dos servidores da prefeitura do município de Foz do Iguaçu, o que possibilitou a incorporação de mais 1.100 usuários em apenas um mês.

4.2.1.2. Análise dos Dados

Após o pequeno histórico da empresa, inicia-se a análise dos dados coletados durante a pesquisa, seguindo a metodologia prescrita. A análise ocorreu da seguinte forma: primeiro foram analisados os esquemas interpretativos encontrados antes e depois da regulamentação; em seguida o posicionamento estratégico antes e depois da legislação; finalmente a relação entre eles.

Esquemas Interpretativos

Como foi apresentado na definição operacional das categorias analíticas, não será feita nenhuma distinção entre valores e crenças. O Quadro 4 apresenta os valores e crenças da Saúde Ideal, antes e depois da regulamentação. Os valores e crenças não estão dispostos em grau de importância, a apresentação foi feita para facilitar a comparação do antes e depois.

Quadro 4 – Esquemas interpretativos da Saúde Ideal.

Valores e Crenças	
Antes da regulamentação	Depois da regulamentação
• Privatização de saúde • Parceria • Filantropia • Suporte financeiro das organizações de saúde controladoras do plano • Atendimento ao cliente • Valorização da estrutura hospitalar das organizações controladoras do plano • Honestidade e ética • Desorganização do setor • Amadorismo administrativo	• Privatização da saúde • Parceria • Filantropia • Suporte financeiro da organização de saúde controladora do plano • Atendimento ao cliente • Valorização da estrutura hospitalar das organizações controladoras do plano • Honestidade e ética • Organização do setor • Profissionalização • Custos • Concorrência – capital externo • Crescimento • Risco

Fonte: dados primários e secundários da pesquisa

O primeiro valor que integra os esquemas interpretativos do grupo de dirigentes da Saúde Ideal foi denominado **privatização da saúde**. Ele advém da

certeza dos dirigentes de que o Estado, apesar de ter a obrigação constitucional¹⁷ de zelar pela saúde, não é capaz de fazê-lo para toda a população. Cabe à iniciativa privada assumir uma parcela do atendimento à população, preferencialmente aquela que dispõe de recursos para arcar com os custos desse tipo de assistência. “ O governo tem suas limitações. Eu acho que nós temos de encontrar também na área privada, na área desses planos de saúde, algumas soluções viáveis para esses doentes que procuram”. Segundo os dirigentes da empresa, “ ...ela (empresa privada de assistência à saúde) se tornou um refúgio das pessoas que não querem ser atendidas muito pelo SUS, que acham o atendimento muito ruim e que preferem um atendimento melhor (...) e procuram o plano privado”.

Este aspecto é reforçado pelas críticas feitas à qualidade do atendimento prestado aos doentes e aos valores pagos aos médicos e hospitais pelo SUS, bem como à má gerência dos recursos arrecadados. “ ... uma consulta médica é remunerada pelo Sistema Único de Saúde por R\$ 2,55, não é remuneração, é simbólico e até acintoso”.

Este valor não mudou com a regulamentação, ele até foi reforçado, pois a regulamentação possibilitou a abertura desse setor até para empresa de capital estrangeiro. “ As últimas medidas que o governo está tomando indicam que o SUS deva atender àquela camada da população sem privilégio nenhum, carente de tudo, e deixando para a iniciativa privada o atendimento médico das classes média baixa, média, e as classes altas”.

O segundo valor é a **parceria**, que pode ser identificado pela importância dada pelos dirigentes ao relacionamento com organizações afins. Neste caso, a parceria não é meramente um relacionamento comercial, ela está ligada a outros tipos de afinidade, como, por exemplo, o fato de serem entidades filantrópicas ou estarem unidas por um vínculo religioso. Esse valor foi um dos impulsionadores da criação da empresa. A idéia da criação da empresa foi da Santa Casa, a qual foi buscar em entidades com as quais já possuía um relacionamento de afinidade, a complementação dos serviços médicos de que precisava. “Nós aqui por exemplo

¹⁷ Constituição Federal (BRASIL, 2000e) de 1988 - Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

não temos obstetrícia, não temos pediatria; então foi necessário buscar parceria com outras instituições”.

A parceria realizada com a Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR, que envolveu um trabalho de três anos e meio de negociações, também pode ser usada como exemplo. “... a Santa Casa pertence à comunidade, e agora junto com a PUC, que também pertence à comunidade; então veja que nós temos essa união; foi uma união difícil, eu acho que foi uma grande conquista, eu qualifico como o acontecimento do século...”.

Após a regulamentação, o valor permanece, tanto que todo o plano de expansão da empresa está baseado nela. “A Santa Casa tem um privilégio: tem Santas Casas em quase todas as cidades do Paraná. Então, isso nos ajuda sobremaneira. Daí a razão de nós buscarmos essa interiorização”.

A **filantropia** é o terceiro valor. A organização acredita fazer um trabalho, cujo resultado final não é voltado para alguns indivíduos, mas para a sociedade. A sua função não é o lucro, mas a captação de recursos para as entidades filantrópicas controladoras da empresa. “... ela (a Saúde Ideal) corre atrás do lucro, só que o nosso lucro quanto maior melhor, porque não vai ficar para uma pessoa, numa entidade privada, e sim vai para uma entidade que é filantrópica, que vai dar mais benefícios a comunidade”.

O valor continuou presente na organização após a regulamentação. Mesmo quando a pressão para a obtenção de resultados entra em conflito com a filantropia. “Mas hoje em dia não se pode mais fazer filantropia sem dinheiro. Não existe mais caridade sem dinheiro. Para se fazer caridade, tem de ter dinheiro. E a Santa Casa está justamente buscando no seu plano de saúde esses recursos para continuar fazendo caridade” . O conflito ficou mais evidente:

E agora, nós estamos sabendo que as filantrópicas, e aqui é um plano filantrópico, que é a Santa Casa, a partir de março, não especificamente março, elas vão ter que se readaptar como uma empresa privada. E com isso vai aumentar o nosso gasto, os gastos sociais, PIS, Confins. Porque daí é uma empresa particular. Você perde a qualidade de filantropia. Agora então, em função disso, se nós vamos gastar mais de 15% nós temos de achar recursos de mais quinze por cento para fazer frente a isso aí.

Mas, mesmo nessas condições a afirmação é que com ou sem o status de instituição filantrópica “...a nossa causa é respaldar a Santa Casa, e ela é uma associação filantrópica”.

O próximo valor é o **suporte financeiro** das entidades controladoras. Ele está intimamente ligado ao valor anterior. Ele baliza as tomadas de decisão em relação aos investimentos: antes de pensar no bem-estar financeiro do plano, é preciso repassar recursos às controladoras.

Com a regulamentação, mesmo sofrendo com o aumento dos custos e com a crise que fez com que perdesse quase 20 % dos seus usuários, o plano sempre auxiliou a entidade controladora com recursos. “ ...o plano sempre deu à Santa Casa, ajudou com recursos a entidade, ele sempre ajudou”.

O **atendimento ao cliente** é outro valor encontrado nos esquemas interpretativos da organização. Esse valor aponta para o atendimento médico como sendo realmente o que importa no plano; e a empresa preza que este atendimento seja feito da melhor maneira possível. “...O plano Saúde Ideal tem todas as condições para se constituir num grande plano, objetivando, sobretudo, a participação de toda essa estrutura (da Santa Casa e demais entidades), em benefício do plano e do atendimento dos clientes desse plano”.

Esse valor também não sofreu modificações com a lei. Ao ser perguntado sobre os objetivos da empresa, o dirigente respondeu que “realmente tenta dar uma melhoria, uma boa qualidade de atendimento médico-hospitalar e odontológico”.

O sexto valor identificado é **valorização das estruturas** das entidades controladoras. O termo estrutura, aqui empregado, sugere não somente a estrutura física, mas também a imagem das organizações, o corpo clínico e demais profissionais; em suma, todos os recursos dos hospitais. Todos os dirigentes, ao comentarem a qualidade de atendimento dado ao paciente apontavam as entidades controladoras como responsáveis por isso. O diferencial era apontado como: “aquilo que as três entidades poderiam oferecer como característica. Então, a Santa Casa oferecia aquilo que sua estrutura podia oferecer. Então era o atendimento médico-hospitalar, e uma casa secular ..., era a escola de medicina mais antiga do Paraná...”. O valor manteve-se após as mudanças ambientais. Todo o material de

divulgação promove o atendimento na Santa Casa, dando ainda mais ênfase a ela do que ao próprio plano.

Os valores **atendimento do cliente** e **valorização da estrutura** também estão ligados; eles trabalham juntos ao direcionar os recursos mais para a estrutura hospitalar do que para a estrutura administrativa. Um dos dirigentes comenta que é preciso a qualidade de atendimento interno (parte administrativa), mas faltam verbas para esse tipo de investimento.

Ética e honestidade foi outro valor encontrado, e que não se modificou ao longo do processo. “ O nosso plano é um plano ético ”. “Por isso eu digo: o plano tem de ser ético (...) vender um produto bom e dar na hora em que ele precisa”.

O valor denominado **desorganização do setor** demonstra como o grupo de dirigentes percebia o mercado em que a organização atuava. Antes da regulamentação, por não existir uma pressão externa para a formalização, qualquer empresa podia entrar no mercado, oferecendo qualquer coisa e provavelmente não teria problema algum. Isto passava um sentimento de desorganização que acabava por indicar alguns cursos de ação. A visão de um dos dirigentes serve como exemplo: “...entrava todo o mundo, era um tiroteio, foram criados planos a torto e a direito; houve gente que nem sabia o que era um plano e criou, muita gente saiu prejudicada”. Outro dirigente faz um comentário em relação ao mercado: “Por que era muito fácil: antes, você montava um plano, tinha um lucro X e que se dane o atendimento”. Este valor não mais aparece após a lei.

O que pode ser percebido após a regulamentação é o surgimento do valor **organização do mercado**, que substitui a noção do mercado desorganizado. Agora, na percepção dos dirigentes dessa empresa, o mercado pode ser encarado mais seriamente.

Ela (a regulamentação) deu um sentido eminentemente profissional aos planos. Ela trouxe aquilo que estava faltando: um direcionamento fiscalizado, dentro de leis já existentes, de leis a serem criadas e que tornaram... . Os planos de saúde deixaram de ser tentativas amadorísticas de obtenção de riquezas fáceis. Hoje ela tem que ser olhada como uma atividade eminentemente profissional e ligada

diretamente à saúde, com todas as responsabilidades que se impõem nesse sentido.

Com isso a noção de concorrência muda, ela passa de uma concorrência predatória, as vezes desleal, para uma concorrência forte, mas honesta. “Os bons ficam, os bem administrados acho que não terão problemas. Agora, os outros, realmente eu acho que não tem oxigênio suficiente para continuar”.

O último valor encontrado antes da regulamentação foi o **amadorismo administrativo**. Ele reflete a falta de cuidado para com a administração do plano. “Então anteriormente aqueles produtos que nós tínhamos, podemos dizer que eram feitos nas coxas, digamos assim...”. A própria forma de administrar por intermédio de um coordenador, que tinha pouca autonomia, e a sua troca constante são reflexos disso. A falta de profissionais especializados também era uma indicação: “Anteriormente não é que não tivéssemos pessoas competentes, tínhamos pessoas que não eram dessa área, digamos um administrador ia fazer venda, o outro que era de informática elaborava um produto...”.

Este valor já não é encontrado tão fortemente após a lei; entretanto ele ainda aparece, por exemplo em alguns relatórios administrativos na forma de centralização, onde é preciso que o Diretor-Presidente seja consultado para resolver qualquer assunto. A mudança parece acontecer, mas ainda ficam resquícios do valor antigo, é um momento de transição. Parece haver coerência com o que apontam HININGS e GREENWOOD (1989), quando no caminho (*track*) da reorientação ainda convivem valores conflitantes.

O valor da **profissionalização**, somente encontrado nos esquemas interpretativos depois da mudança, é antagônico ao valor anteriormente analisado. Nesse valor, não só é dada ênfase à contratação de profissionais especializados; os processos começam a ser formalizados; a administração como um todo toma caráter mais profissional.

Pelo menos eu que acompanhei desde o início posso assegurar que essa.. esta iniciativa de qualificar as pessoas que atendem foi realmente implantada a partir de 1998 quando nós ficamos com exclusividade do plano, porque claro que

havia gente competente, mas não havia essa preocupação de selecionar os responsáveis pela administração, contábil, atuarial e mesmo supervisão médica.

Custos é um valor que apareceu também após a regulamentação. Ele refere-se à preocupação em saber e reduzir os reais custos da empresa. Ele está sobremaneira ligado às imposições feitas pela legislação, que obriga as operadoras a apresentar as suas planilhas de custos de cada produto para a aprovação da ANS. Esta preocupação está expressa na contratação de um profissional especializado em cálculo atuarial, mesmo depois de ter seus produtos aprovados pelo Ministério da Saúde com o auxílio de uma consultoria atuarial. Outro exemplo é a auditoria implantada após a regulamentação, que passou de uma simples formalidade, para uma possibilidade de redução de custos, ao impedir o pagamento de determinados procedimentos que não precisariam ter sido efetuados naquele determinado caso:

...então hoje temos uma auditoria que trabalha o dia inteiro em cima de contas hospitalares, vendo se realmente aquele medicamento era necessário naquele procedimento (...) Nós tínhamos o departamento de auditoria, mas era muito baseado em documentação. Então eles não tinham uma auditoria que se preocupava com o hospital, preocupava com detalhes médicos alguma coisa. Nós tínhamos médicos que trabalham conosco, só que anteriormente eles pegavam o contrato, viam se o contrato cobre ou não, e iam liberando; então tinha o cuidado mínimo com isso, atualmente é bem melhor.

Antes da legislação não aparecia o **crescimento** como valor; ele foi surgir após a mudança. Os dirigentes passam a perceber a necessidade de aumentar a empresa, para que ela se mantenha com competitividade no mercado, não somente técnica, mas institucional (MEYER e ROWAN, 1977). “O ideal mesmo é que se tenha uma carteira hoje, em nível de Estado, em torno de umas vinte e cinco mil vidas¹⁸; isso realmente é uma boa carteira”. As atas de reunião com o setor de vendas denunciavam que alguns contratos não são fechados porque o plano não oferece atendimento em outras regiões.

O último valor, e que foi encontrado somente depois da regulamentação, é o **risco**. Ele significa a percepção de que é inerente ao negócio de assistência à saúde o risco financeiro e técnico no caso de uma ocorrência que estava fora das

¹⁸ A empresa possuía nesta época em torno de 17.000 vidas (usuários).

previsões da empresa. Antes da legislação esse risco era atenuado pela participação do SUS na divisão dos prejuízos, pois o usuário de plano de saúde poderia ser atendido pelo Estado sem prejuízo para a empresa. A empresa praticamente excluía o risco com as limitações de atendimento.

Mas para nós, na nossa empresa, tivemos muito problema com isso porque anteriormente tínhamos geralmente alguns limites para procedimentos, incluindo UTI, quimioterapia, fisioterapia essas coisas. Só que como nós somos da Santa Casa, que é uma empresa filantrópica, se o cliente nosso estava na UTI, nunca, não íamos, nós nunca tiramos o cliente da UTI porque encerrou o prazo da liberação de acordo com o contrato dele, então até mesmo pela Santa Casa, que é uma entidade filantrópica, a gente dava, ou quando não tivesse um 'jeitinho' de colocar pelo SUS a gente continuava avançando...

O **risco** entra em cena a partir do momento em que não são mais possíveis certas limitações, não só de cobertura, mas de escolha dos pacientes pela existência de doenças e lesões preexistentes, nem a exclusão de clientes por utilização excessiva do plano. Ele é identificado com as preocupações relacionadas à perícia médica antes da efetivação da venda, e ao cálculo do valor do agravo ou à carência a ser exigida dos pacientes com doenças preexistentes.

Chegava um doente com doenças de pressões, doenças preexistentes, ele vendia. Vendia e muitas vezes já liberava a própria carteirinha para que o doente não... Vendia e dois dias depois o doente chegava e baixava no hospital. Então, nós criamos aqui uma perícia médica que nós fazemos aqui. (...) Constatadas doenças preexistentes de risco, ele vai entrar no plano, porém com carência. (...) Um cardíaco, tudo bem, mas se ele tem um risco muito grande, ele vai ter que ter uma carência de 180 a 720 dias (...) Nós não podemos negar a inclusão do doente. Podemos, isso sim, colocar certos obstáculos para nos proteger amanhã ou depois. Senão, depois, ele entrou e não tem essas observações; daí, realmente, o plano tem de cobrir.

Não é possível precisar a causa das mudanças de valores, se foi a regulamentação ou o fato de uma entidade ter assumido sozinha o controle da empresa, causando uma transformação administrativa na organização. Aparentemente essas duas forças de mudança interagiram para causar a transformação. O fato é que alguns valores mudaram e outros permaneceram, indicando que a organização está passando por um momento de transição. O resultado da mudança ainda não pode ser previsto, pois alguns valores estão em conflito.

As mudanças que ocorreram no nível dos valores e crenças foram bastante significativas, o que caracteriza uma mudança estratégica, ou de segunda ordem (LEVY, 1986; NADLER e TUSHMAN, 1990). Segundo LAUGHLIN (1991), o fato de as mudanças iniciarem nos esquemas interpretativos, principalmente com a substituição dos dirigentes, sugeriria o modelo da evolução, no qual primeiro as transformações ocorrem na parte mais intangível da organização, esquemas interpretativos, para em seguida atingirem as demais partes.

Posicionamento Estratégico

Depois de identificar os valores e crenças, faz-se a apresentação do posicionamento estratégico da organização estudada. Como foi mostrado na metodologia dividiu-se o posicionamento estratégico em três partes: (1) produto; (2) recursos; e (3) mercado. Cada uma delas será apresentada, analisando o antes e depois, e comentando-se as mudanças que porventura possam ter ocorrido. No Quadro 5 é possível visualizar os resultados encontrados nessa empresa.

Quadro 5 – Posicionamento estratégico da Saúde Ideal.

Posicionamento Estratégico					
Produto		Recursos		Mercado	
Antes	depois	antes	depois	Antes	Depois
Preço baixo	Preço baixo	Financiar entidades	Financiar entidade	Atuação regional	Expansão para mercados fora de Curitiba
Qualidade de atendimento	Qualidade de atendimento		Redução de custos	Buscar parcerias com organizações afins	Buscar parcerias com organizações afins
	Criação de diferencial no produto		Investimento em prevenção		
			Contratação de pessoal especializado		

Fonte: dados primários e secundários da pesquisa

- Produto

Quanto ao produto, foi analisado que diferenciais eram utilizados pela empresa para posicioná-lo em relação aos concorrentes. Na Saúde Ideal, o primeiro aspecto encontrado foi o preço. Para os dirigentes o preço é fator preponderante no setor de planos de saúde, tanto antes quanto depois da regulamentação. Mesmo quando não possuía uma análise mais profunda dos seus custos, a empresa ia buscar no mercado, por meio de comparação, um preço que fosse competitivo. Após a lei, a empresa passa a utilizar não só a comparação, mas o cálculo de seus custos para poder manter a competição pelo preço. Comparando a Saúde Ideal com as demais empresas pesquisadas, ela aparece com um preço médio de seus produtos muito competitivo.

O segundo aspecto identificado, que também permaneceu o mesmo após a lei, foi a qualidade de atendimento. Assim como o preço, ela é identificada pelos dirigentes como um dos pontos primordiais para se posicionar estrategicamente. É importante ressaltar que a qualidade de atendimento se refere ao atendimento médico-hospitalar ao paciente, e não o atendimento integral ao cliente; por isso a qualidade de atendimento está associada à estrutura das empresas que prestam o atendimento médico, antes da lei as três empresas controladoras e, depois, principalmente a Santa Casa, mas inclui também as credenciadas.

Após a regulamentação, aparece mais um aspecto do produto que passa a ser utilizado para posicionar a empresa, que é a criação de diferencial no produto. A identificação desse posicionamento dá-se pela implementação de um projeto de atendimento domiciliar, pioneiro em Curitiba, e com a pesquisa de projetos a serem implementados; a empresa possui sete novos produtos em fase de discussão e aprovação. Com a padronização dos produtos entre as operadoras, decorrente da regulamentação, a empresa aposta nesses novos produtos para atrair os clientes.

- Recursos

Em relação aos recursos, antes da regulamentação a única preocupação era o financiamento das entidades controladoras, todos os outros investimentos ficavam em segundo plano; eram mínimos para manter o funcionamento da empresa.

Antigamente isso era feito até de uma forma meio amadorística. Mas, assim mesmo, feito dessa forma, a empresa sempre deu à entidade controladora, ajudou com recursos à entidade controladora, ela sempre ajudou. E o que é preciso dizer é que o plano de saúde nunca recebeu ajuda de ordem financeira, os recursos de que você fala, de ninguém. Ele subsidiou, ele respondeu com recursos próprios tudo aquilo que foi feito até agora.

Depois da regulamentação, surgiram três outros fatores dentro dos recursos: (1) redução dos custos; (2) investimento em prevenção; e (3) contratação de especialistas. A redução de custos, que significa tomar mais cuidado com o dinheiro gasto, principalmente nos custos médico-hospitalares, que correspondem a mais da metade dos custos totais da empresa, é o primeiro deles. Para tanto foi feito um trabalho de cálculo atuarial, de negociação com os prestadores de serviço, e de reestruturação e aumento da rigidez na auditoria e perícia médica. O lançamento do atendimento domiciliar também foi utilizado como redutor de custos, pois diminui a quantidade de internamentos.

Com o intuito de reduzir custos, passou-se também a investir em campanhas de prevenção e vacinação. Fazer o controle de usuários que tenham doenças crônicas, tais como diabetes e pressão alta, para que diminuam as complicações decorrentes delas, também reduz custos.

É importante ressaltar que a preocupação com os custos, neste caso, ao contrário do que sugere a literatura (FENNELL e ALEXANDER, 1993), está ligada ao ambiente institucional. Preocupa-se com custos não somente para que a empresa fique mais competitiva com relação aos preços, mas para cumprir uma obrigação institucional gerada pela regulamentação, qual seja, justificar o valor cobrado dos clientes perante a Agência Nacional de Saúde Complementar e legitimar possíveis aumentos de preço. Como consequência, a empresa pode até tornar-se mais competitiva, mas essa não é a preocupação principal.

Com a profissionalização investiu-se também na contratação de especialistas que pudessem trazer uma resposta para as necessidades da organização. O que antes era resolvido por funcionários da empresa, passou para a mão desses especialistas. O melhor exemplo foi a contratação de um profissional da área de seguros para trabalhar com os cálculos atuariais.

- Mercado

Foram destacados três fatores do posicionamento da empresa no mercado. O primeiro aparece antes da regulamentação, é a organização numa atuação regional. Não havia interesse da empresa em expandir sua participação para outros mercados, principalmente porque a função de arrecadar recursos era cumprida a contento.

A partir das mudanças, a idéia de expansão passa a ser colocada em prática. Iniciam-se contatos, primeiro na região metropolitana, e posteriormente com outras cidades do Paraná, culminando no acordo com os servidores municipais de Foz do Iguaçu, que trouxe para o plano mais mil usuários no período de um mês. A intenção é se posicionar não mais como empresa regional, mas expandir os limites. Para atingir esse objetivo utiliza-se a parceria com outras organizações hospitalares parecidas, com sede nas demais cidades do Paraná.

Justamente essa parceria com organizações afins é o último aspecto, relacionado com o mercado, do posicionamento estratégico. O fato de a entidade controladora ser uma entidade filantrópica, ligada a uma religião, facilita a formação de parcerias. Um fato relevante a ser destacado é que a parceria neste caso não é somente uma questão de relacionamento comercial; ela inclui muito mais. Por exemplo, no caso da parceria firmada entre a PUC – PR e a entidade controladora, que envolveu a Saúde Ideal, ela envolve, além do credenciamento do hospital Cajuru, pertencente à PUC, ao plano da Saúde Ideal, um acordo de troca de informações para melhoria da qualidade de gestão e a utilização da Santa Casa de Misericórdia como hospital-escola junto à PUC. Esse tipo de parceria fortalece a Saúde Ideal institucionalmente; apesar de ser uma operadora de plano de saúde pequena, ela tem o apoio de uma entidade como a PUC – PR, que é reconhecidamente forte.

Relação entre os Esquemas Interpretativos e o Posicionamento Estratégico

Na intenção de alcançar o objetivo proposto pelo trabalho, que é verificar de que modo os esquemas interpretativos dos dirigentes atuaram como mediadores do

posicionamento estratégico, faz-se a relação entre essas categorias analíticas. Apesar de ser praticamente impossível isolar qual valor afetou determinado posicionamento, pois eles não trabalham isoladamente, mas em conjunto, o exercício implicará fazer relações diversas entre os dois fatores.

Pode-se perceber que existe coerência entre os dois, tanto antes quanto depois da regulamentação, como aponta a literatura (HININGS e GREENWOOD, 1989; LAUGHLIN, 1991; WHITTINGTON, 1992). Isto é mais fácil de ser identificado, ao compararmos as mudanças em alguns valores e ao serem relacionadas com o posicionamento estratégico.

O caso do aparecimento do valor **custos** acabou por modificar o tratamento dado aos recursos, ao possibilitar um investimento na redução dos custos, o que não era nem mencionado no posicionamento anterior; contudo o financiamento das entidades continuou uma prioridade para a Saúde Ideal, pois o valor **suporte financeiro** não foi alterado. Isto corrobora EDELMAN (1990), para quem as pressões institucionais trazem um dilema para a organização; pensar nos resultados, nesse caso financiar a Santa Casa, e cumprir a regulamentação, o que significa aumento de custos. Para manter sua legitimidade, a empresa foi obrigada a incorporar o valor **custo** e a adotar o posicionamento estratégico de reduzir custos, realizando ações, como o incremento no rigor das perícias, que não aconteciam antes da mudança ambiental.

O **crescimento**, valor apontado somente após a regulamentação, acabou por pressionar a organização à expansão. Ao que parece, foi escolha da organização, devido ao valor **parceria** ter permanecido, a forma de crescimento adotada, que é expandir para outros municípios, onde exista a possibilidade de realizar parcerias com entidades afins, tanto que uma proposta de filiação a uma Associação Nacional das Empresas de Medicina de Grupo, que possibilitaria o atendimento dos clientes da Saúde Ideal nacionalmente não foi interpretada como viável pelos dirigentes da organização. Aparentemente uma relação puramente comercial não vai ao encontro dos valores da organização.

A **profissionalização** também veio a influenciar a disposição dos recursos. O investimento na contratação de profissionais especializados para as áreas de

atuação pode ser identificado somente após a regulamentação. A própria preocupação com a redução dos custos está ligada à profissionalização administrativa, pois os dirigentes já não acreditam na possibilidade de competir no mercado, utilizando-se dos métodos amadorísticos de administração; mas vale ressaltar que em nenhum momento foi cogitada a possibilidade de cessar o financiamento da entidade controladora (o **valor** de suporte financeiro permaneceu), mesmo que temporariamente, para dar mais capacidade competitiva à organização, mesmo quando a empresa sabe que vai perder seu status de entidade filantrópica, e com isso ter seus custos aumentados.

A regulamentação também causou pressão para mudança mais diretamente sobre o posicionamento, pois ao padronizar o mínimo de cobertura num patamar extremamente alto, influenciou a empresa a criar diferencial; todavia a escolha do diferencial depende dos valores e crenças dos dirigentes. Ela também influenciou a mudança nos valores, já que os dirigentes percebem a regulamentação afetando a **profissionalização**.

O primeiro e fundamental impacto, eu acho que já foi conseguido. Aqueles planos que não tinham estrutura, ou tinham estrutura voltada para outros objetivos, esses não têm condição de permanecer no mercado. Eles desaparecerão, sem dúvida alguma. Permanecerão aqueles planos que estejam estruturados, que estejam fundamentados em entidades que lhes dêem respaldo, não só financeiro como técnico – no caso técnico, eu falo hospitalar, laboratorial, e tudo mais. E terceiro, um direcionamento eminentemente profissional.

É importante salientar que a organização passa por uma fase de transição. Com isso as mudanças ainda não parecem ter-se estabilizado. Segundo HININGS e GREENWOOD (1989) e PETTIGREW, FERLIE e McKEE (1992), o retrocesso pode acontecer, e a empresa voltar a atuar como antes; mas, confirmando as transformações, estas são de segunda ordem, ou estratégicas, e reativas, pois aconteceram em resposta a pressões ambientais. Segundo NADLER e TUSHMAN (1990), isto as classificaria como mudanças de recriação.

4.2.2. CASO 2: EMPRESA PARANÁ CLINICAS

4.2.2.1. Histórico

A empresa foi fundada em 1969, por um grupo de sócios de um hospital. Ela nasceu seguindo o modelo da Interclínicas, de São Paulo, que prestava assistência médica para empresas. Com a implementação da Cidade Industrial de Curitiba, a empresa teve um crescimento estrondoso no número de associados. Esse crescimento aconteceu rapidamente e de forma desorganizada até 1974, quando assumiu a direção da empresa o filho de um dos fundadores, o Sr. Hamilton Leal Júnior, cuja formação profissional é em administração de empresas, com experiência na área financeira. Com a sua entrada, a empresa reestruturou a parte administrativa e operacional, chegando a atingir a liderança de mercado. Com a saída de alguns sócios, a empresa hoje pertence ao Dr. Hamilton Leal e ao Sr. Hamilton Leal Júnior, que é o diretor executivo, sendo portanto uma empresa familiar.

Atualmente ela é a terceira maior operadora de assistência à saúde do Paraná e a segunda empresa de medicina de grupo, possuindo aproximadamente 50 mil usuários. Nos anos oitenta e início dos anos noventa, houve um crescimento do setor de assistência à saúde para pessoa física; todavia a empresa manteve-se no posicionamento estratégico de atender somente empresas; isto resultou na perda da liderança do mercado. Em 1999 foi lançado o plano de assistência à saúde pessoa física, com o intuito de recuperar mercado.

A empresa foi bastante afetada pela crise econômica dos últimos anos. Apesar de não ter perdido nenhum cliente importante, a diminuição dos postos de trabalho afetou a Paraná Clínicas, dificultando o crescimento do número de usuários. No entanto, a empresa conseguiu passar pelas dificuldades sem precisar enxugar sua estrutura e quadro de funcionários, o que para os dirigentes é uma vantagem, pois podem receber muitos usuários mantendo os atuais custos.

4.2.2.2. Análise dos Dados

Seguindo a mesma seqüência realizada com a empresa anterior, faz-se agora a análise dos dados da Paraná Clínicas. Descrevem-se primeiro os valores e crenças encontrados antes e depois da regulamentação. Na seqüência, analisa-se o posicionamento estratégico antes e depois da mudança ambiental. Finalmente faz-se a relação entre eles.

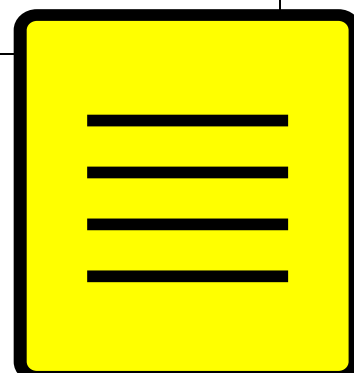
Esquemas Interpretativos

Os valores e crenças compartilhados pelos dirigentes da empresa formam seu esquema interpretativo. Como pode ser visualizado no Quadro 6, os valores e crenças são apresentados antes e depois da regulamentação, como no caso anterior; eles não estão dispostos segundo grau de importância, mas de forma aleatória.

Quadro 6 – Esquemas interpretativos da Paraná Clínicas.

Valores e Crenças	
Antes da regulamentação	Depois da regulamentação
• Privatização da saúde • Custos • Qualidade • Atendimento ao cliente • Tecnologia • Função social – preocupação com R.H. • Empresa regional • Crescimento • Apego à tradição – empresa familiar • Lucro • Criar relacionamento com cliente • Desorganização do setor	• Privatização da saúde • Custos • Qualidade • Atendimento ao cliente • Tecnologia • Função social – preocupação com R.H. • Empresa regional • Crescimento • Apego à tradição - empresa familiar • Lucro • Criar relacionamento com cliente • Organização do setor

Fonte: dados primários e secundários da pesquisa



O primeiro valor que integra os esquemas interpretativos do grupo de dirigentes da Paraná Clínicas é **privatização da saúde**, cujo significado é a certeza, por parte dos dirigentes, da incapacidade do Estado de gerir sua obrigação constitucional, que é dar assistência à saúde para toda a população. Dessa feita, a iniciativa privada deve participar do setor, desafogando o Estado do atendimento da população que tem condições de pagar um plano de saúde.

Eu acho que nós ocupamos uma brecha por causa da ineficiência do Estado, a Constituição de 1988 obrigou o governo a dar – uma utopia – dar saúde, para todo ser enfermo, uma fonte de renda para que sustente isso. Evidentemente que virou um caos assistência à saúde pública. E as empresas particulares cresceram nesse rastro de ineficiência do governo, e hoje, uma parcela grande da população que tem poder aquisitivo, tem plano de saúde.

Este valor não mudou após a regulamentação; ele permanece orientando o desenvolvimento da empresa.

Custo é o segundo valor apresentado; ele representa a preocupação dos dirigentes com acompanhamento e controle dos custos da empresa. “Se você não gerenciar os seus custos, aí... É relatório em cima de relatório”. Na Paraná Clínicas essa preocupação é antiga, segundo um dos dirigentes: “... o principal dirigente tem formação financeira; então a preocupação na gestão dele, que é de mais de 18 anos tocando essa parte da empresa, sempre foi a gestão financeira”.

A regulamentação veio apenas reforçar essa preocupação já presente na organização, à medida que os preços dos produtos tiveram aumento em decorrência principalmente da ampliação da cobertura. “... houve um acréscimo de preço em relação ao produto completo anterior do completo atual. (...) O preço (aumento de preço) foi em torno de 15% na média”. Os dirigentes acreditam que a empresa foi pouco afetada pelo aumento dos custos em relação às demais empresas do mercado; todavia a preocupação com custos é enfatizada como crescente: “... à medida que vai passando o tempo, a gente vem incorporando novos controles. Esse sistema que a gente está terminando de implantar (novo sistema de informática, mais completo que o anterior) nos ajudou bastante; mas é uma coisa constante que a gente tem o custo na empresa, aí ...trabalhando sempre”.

O terceiro valor identificado foi a **qualidade**, cujo significado é o melhoramento dos processos administrativos internos e do atendimento do cliente, de forma geral. Ele não se modificou com a entrada da lei em vigor.

Dentro desse processo a empresa já vêm investindo em programas de qualidade, que tem mais de 3 anos um programa de qualidade; há uma pessoa coordenando, então ela permanentemente está suprimindo as necessidades, identificando ou dentro de um processo contínuo de melhoria na qualidade. Trabalhando em certificação em alguns serviços próprios nossos, como é o laboratório de análises clínicas e dentro do contexto geral acompanhando em treinamento, em aperfeiçoamento de estrutura de atendimento, estrutura médica, nessa linha.

Outro valor presente nos esquemas interpretativos da organização é o **atendimento ao cliente**. Ele está ligado à qualidade, pois eles aparecem freqüentemente juntos, mas é independente dela. Esse valor diz respeito ao bom atendimento médico-hospitalar que deve ser prestado ao cliente. “Nós sempre fomos prestadores de assistência médica, nunca vendedores de planos de saúde”. A empresa acredita que o atendimento é parte importante da escolha do cliente entre diferentes planos de saúde. “Então o diferencial é o atendimento hoje, em termos de serviço, é aí. Nivelou, hoje ele nivelou na qualidade e no atendimento; isso que está, podemos dizer até com a experiência do usuário e tudo mais neste sentido”.

A **tecnologia** é outro valor que aparece nos esquemas interpretativos da organização, e está bastante ligado aos dois valores anteriores. Ele refere-se a ênfase dada à utilização de equipamentos modernos na medicina. “E na área de medicina a tecnologia é o que evidencia a evolução, a qualidade, a prestação de serviço moderna e tudo o mais; Temos laboratório próprio que têm a mais alta tecnologia em laboratório no mundo todo, a gente não perde para nenhum, temos investindo nisso”.

Os três valores anteriores aparecem sempre muito ligados, mas eles não significam a mesma coisa; atuam em conjunto, influenciando determinadas ações e comportamentos. Eles foram analisados separadamente para que pudesse ser feita melhor análise na comparação entre as três empresas no final do capítulo.

Função social apresenta-se como o sexto valor presente na organização. É a fundamentação para a política da empresa de não realizar cortes de pessoal em decorrência de crises ou como fator de redução de custos. Para os dirigentes, a preocupação com o bem-estar dos empregados e suas famílias justifica manter os

quadros. “...ela tem um papel social, a empresa quer garantir o emprego; nós temos em torno de 350 funcionários, então são 350 famílias aqui, que recebem de qualquer forma (o salário), perante a sociedade se mantém isso”. Um dos dirigentes comenta a manutenção da estrutura, mesmo após terem perdido 10 mil usuários aproximadamente, durante a crise russa¹⁹: “ ... Então isso aí fez com que nosso lucro achatasse, e o nosso custo fixo não diminuiu; diminuiria se a gente começasse a partir para demissões, mas, socialmente e para manter a qualidade do produto a gente não podia fazer isso”. Este valor não se alterou após a regulamentação.

O valor **empresa regional**, que representa a determinação de manter-se atuando somente em Curitiba e região metropolitana, é o sétimo a ser relacionado nesse esquema interpretativo. Ele manteve-se após a regulamentação. Os dirigentes acreditam que o modelo de atendimento utilizado pela Paraná Clínicas, a utilização de serviços próprios, é mais efetivo se aplicado regionalmente. Seria necessário um investimento muito grande para que a implantação em outras regiões pudesse ser concretizada. “A intenção (manter regional) é essa, porque a gente tem um plano; nossa filosofia é um plano fechado com todo o atendimento dentro de casa, ambulatorial-hospitalar dentro de casa e nós não temos condição de manter essa estrutura em cada cidade no país. Para nós partirmos para planos abertos aí muda a nossa filosofia. Então esse tipo, esse sistema de atendimento tem de ser regional, não há como expandir”.

O **crescimento** é o oitavo valor dos esquemas interpretativos. Nele os dirigentes demonstram o interesse em conquistar mercado, a fim de manter a competitividade da empresa, utilizando o reinvestimento como tática. “A empresa hoje tem trinta anos e a gente não tem idéia de parar. Então, a gente só está há trinta anos na empresa, porque nós sempre tivemos o pensamento de prestar boa assistência médica. E a fundamentação para isso é você; tem de ter resultado; você tem de ter lucro para você poder reinvestir no negócio, comprar equipamentos e

¹⁹ Crise na Rússia agravou-se em 1998, naquele ano esse país perdeu reservas e decretou moratória, tal crise afetou a economia mundial, e o Brasil (ENTENDA, 1999). Um importante cliente da empresa, que tinha uma fábrica que exportava para a Rússia sua produção, foi obrigado a fechar planta em decorrência da crise.

participar do mercado como um todo”. O valor estava presente tanto antes quanto depois da regulamentação.

Outro valor encontrado é o **apego às tradições** – empresa familiar. Ele indica certa dificuldade para realizar algumas mudanças, devido ao fato de ser uma empresa familiar. A identificação desse valor não ocorreu de maneira direta, isto é, não foi citado claramente, mas alguns indícios demonstram sua presença. O fato de ser uma empresa familiar, cujos donos são pai e filho, já é um indicativo da dificuldade de mudança, pois segundo (DAVEL e VASCONCELOS, 1997) empresas familiares brasileiras no modelo paternalista, o que parece ser o caso dessa organização, tendem a ter dificuldades em implementar transformações. Um aspecto é certa centralização em algumas decisões; por exemplo, a respeito do posicionamento da empresa em atuação regional, a resposta do Diretor Executivo foi: “Já tivemos oportunidade de ir para fora, mas eu não quero. A gente tem também outros negócios e eu não tenho interesse”. O fato da mudança de posicionamento não ter ocorrido não é o indicativo de apego às tradições, mas a explicação do por que não haver ocorrido é.

Outro fato que mostra essa postura é a entrada no mercado do plano de saúde pessoa física. O primeiro aspecto é a demora para a entrada nesse mercado, o que resultou em maior dificuldade de crescimento²⁰. O segundo aspecto é que, apesar de ser um mercado totalmente diferente do plano pessoa jurídica, a tática de ação para com o plano pessoa física parece ser a mesma do outro plano.

Mas daí, a gente não ficou fora do mercado, porque no ano passado, a gente lançou o plano individual, apesar de a gente estar com alguns anos de atraso, mas a gente está tendo um sucesso relativo. Nós estamos sendo muito criteriosos na admissão das pessoas no plano. Tenho certeza de que a maturação é lenta, porque hoje quem poderia ter um plano de saúde, já tem. Então, a gente tem de conquistar o mercado dos outros. E isso daí, hoje em dia, são diferenciais que a gente vai, e não é da noite para o dia. A gente tem de investir, se mostrar, fazer um trabalho. (...) Então, isso que a gente está mudando um pouco, porque o mercado também exige toda uma presença; você não está na mídia, tem que estar na mídia. E a gente sempre preocupado com a boa prestação de serviço médico, e não de aparecer, de mostrar, contato com cliente, e tal.

²⁰ De 1996 a 1999, a empresa passou de 56.020 usuários para 59.099 usuários, enquanto uma empresa de medicina de grupo concorrente passou de 69.889 usuários em 1996 para 87.798 em 1999. Vale ressaltar que essa outra empresa aumentou no seu plano pessoa jurídica de 40.670 em 1996 para 44.365 em 1999, 3.695 usuários apenas, sendo os demais usuários, 14.214, do plano pessoa física.

Outro valor dos esquemas interpretativos é o **lucro**. Apesar de participar do setor de saúde, onde tradicionalmente a filantropia está associada, esta empresa é uma organização privada com fins lucrativos. Assim sendo, este valor aparece antes, bem como depois da lei. “Nós não estamos aqui só para fazer caridade; nós não somos uma entidade filantrópica”. É enfatizado pelos dirigentes o lucro como o resultado honesto de um trabalho. “... Evidentemente a iniciativa privada tem lucro, não no sentido de explorar, mas o lucro inerente a função de reinvestir ou projetar a sua empresa, (...) Então a visão do empresário na gestão de um negócio que dê retorno do capital investido, que seria o lucro...”.

A empresa também tem como valor a **criação de relacionamento com os clientes**. A cada informativo, uma das grandes empresas clientes era agraciada com uma matéria na sessão empresa destaque. A Paraná Clinicas participou como patrocinadora de diversos eventos de entidades de classe de gerentes de recursos humanos, e também participando das semanas de prevenção ao acidente de trabalho. Estes exemplos demonstram uma forma eficiente de criação de relacionamento com os clientes. Depois da regulamentação este valor manteve-se, até mesmo com o cliente pessoa física.

Porque quando você atende um segmento específico você pode atuar nesse segmento sem muito alarde, sem muita propaganda, então você aplica o teu investimento nessa linha de propaganda já é menor, porque você tem um relacionamento diferente, uma estrutura de atendimento, aquela estrutura de boca a boca, de conversa com o RH das empresas, com o financeiro e tudo mais, quando você tem uma postura profissional e até de necessidade de investir em propaganda de uma forma.

Como último valor encontrado antes da regulamentação está a **desorganização do setor**; ele indica a percepção que os dirigentes tinham do mercado. Para eles existiam empresas que permaneciam atuando ao limitar extremamente os serviços e cobrando um preço mais baixo, o que dificultava a concorrência. “...Com aquelas empresas que são, entra aspas, ‘picaretas’, que limitam um monte de coisas e não dão uma assistência conveniente”.

A **organização do setor** aparece justamente após a regulamentação, a partir de um controle externo efetuado pelo Estado, por meio da ANS. “...Por causa da concorrência que oferecia preços mais baratos, produtos, menos

oferta de serviços, (...) a gente torcia para essa lei vir logo para poder competir de igual para igual”.

Na Paraná Clínicas, os valores e crenças contidos nos esquemas interpretativos permaneceram os mesmos, com pequenas alterações. Como aponta a literatura, esses esquemas tendem a se manter, pois eles são utilizados na avaliação e interpretação das mudanças, e reforçam a manutenção da estrutura (RANSON, HININGS e GREENWOOD, 1980; GIDDENS, 1989).

Aconteceu uma mudança nas crenças e valores: **organização do mercado**. Isso decorre diretamente da lei, pois toda a burocracia e o controle externo impuseram essa organização, que vinha ao encontro das expectativas dos dirigentes, o que facilitou a recepção da mudança. Como essa transformação não afetou de forma significativa os sistemas centrais da organização, ela pode ser caracterizada com de primeira ordem (LEVY, 1986).

Posicionamento Estratégico

Após a identificação dos esquemas interpretativos, verifica-se o posicionamento estratégico da organização antes e depois da regulamentação. O Quadro 7 apresenta um resumo dos dados encontrados em relação ao produto, aos recursos e ao mercado.

Quadro 7 – Posicionamento estratégico da Paraná Clínicas.

Posicionamento Estratégico					
Produto		Recursos		Mercado	
Antes	Depois	antes	depois	antes	depois
Ampla cobertura	Preço na média de mercado	Reduzir custos	Reduzir custos	Atuação regional	Atuação regional
Qualidade de atendimento	Qualidade de atendimento	Investimento em informática	Investimento em informática	Plano empresa	Plano empresa e pessoa física
-estrutura física	-estrutura física	Investimento em equipamentos de alta tecnologia	Investimento em equipamentos de alta tecnologia		
-equipamentos	-equipamentos		Investimento em prevenção		

Fonte: dados primários e secundários da pesquisa

- Produto

No produto foram encontrados três aspectos do posicionamento estratégico: o primeiro aparece somente antes da regulamentação, o segundo é identificado somente depois, e o terceiro mantém-se com as mudanças. A ampla cobertura foi encontrada somente antes da mudança. A Paraná Clínicas, nas entrevistas com os seus dirigentes e na comparação com as demais organizações pesquisadas²¹, apresentou-se como a empresa que possibilitava a mais ampla cobertura em seus planos. Isto decorria, por exemplo, da não limitação dos dias de internamento, tanto em enfermaria quanto em UTI, e das consultas e exames. O motivo do seu desaparecimento é exclusivo da mudança na lei.

“ Dos diferenciais que a Paraná Clínicas teve então era: do produto, era sem limites, quem decide sobre a necessidade, quem determina a necessidade de permanência no hospital dos dias é o médico; isso sempre foi filosofia da Paraná Clínicas, era um diferencial com relação ao mercado que tinha todo o mercado, desde seguro, operadoras é limite de dias de internamento... (...)Então a Paraná Clínicas nunca limitou diárias e internamento, nem UTI, nem de consulta, nunca teve limite de consultas, nem de exames; é um grande diferencial. Oferecia através de um convênio, urgência e emergência odontológica...”.

Utilizando o diferencial de amplitude de cobertura, a empresa não utilizava o preço como tática de venda; pois, via de regra, seu preço era maior que o do mercado. Com a regulamentação e a padronização das coberturas feita de maneira bastante ampla, este diferencial desapareceu; entretanto o preço passou a ser mais

²¹ Foram analisados os contratos de plano de saúde das três operadoras pesquisadas, antes e depois da regulamentação.

competitivo, pois como sua cobertura era mais ampla, os custos relativos às alterações no produto não subiram muito. Com isto a empresa passou a ter um preço na média de mercado, o que se tornou um posicionamento. “Então é uma questão de que tínhamos a qualidade e tínhamos um preço bem mais elevado do mercado; hoje temos um preço dentro da realidade do mercado, até somos melhores em preços do que a maior parte do sistema, mas nunca levamos na propaganda o nosso preço como alavancagem nas vendas”. A empresa continua a não acreditar no preço como tática de venda, mas em decorrência das mudanças, ela melhorou sua competitividade. Na comparação com as demais empresas pesquisadas, ela possui o preço mais alto das três, mas é um preço muito próximo; em algumas faixas etárias do plano individual, seu preço é até mais baixo.

O último aspecto do produto no posicionamento estratégico é a qualidade de atendimento. Ele é identificado pelos dirigentes como essencial para a empresa formar o diferencial de seu produto. A qualidade de atendimento na Paraná Clínicas enfatiza dois itens: (a) estrutura física e (b) equipamentos. O primeiro diz respeito a importância dada aos locais onde os pacientes são atendidos, hospitais e consultórios. O segundo está associado aos equipamentos e a tecnologia implicada no atendimento.

Veja, o que a gente utilizava nesse diferencial, era ter um plano de saúde mais completo com estrutura própria. O que é estrutura própria? Nós temos 50 consultórios, temos todas as especialidades, temos laboratórios, temos raio-x, temos ecografia, temos eletrocardiograma, teste de esforço, temos a patologia, temos lá no hospital a tomografia; essa centralização que nós temos era o nosso grande trunfo, podíamos ter uma medicina de boa qualidade, porque temos o controle sobre tudo e a baixo custo, então acho que isso é um grande diferencial, ter toda estrutura própria.

Esses aspectos permanecem após a regulamentação.

Hoje, nós temos o melhor hospital da cidade, que é o Hospital Santa Cruz: mais equipado, mais aparelhado. Isso para nós já é um diferencial. Nós temos hospital infantil, que se chama Branca de Neve, que funciona Anexo 1o Hospital Santa Cruz, que é um hospital só para afiliados da Paraná Clínicas. Ele não é conhecido na praça. Só os associados da Paraná Clínicas têm o direito a usar esse hospital. Outros convênios não têm direito. Isso é diferencial.

É possível identificar essas ações, pelos informativos e materiais de marketing, nas referências à compra de novos equipamentos como incremento da qualidade de atendimento e na tática de venda, em cuja proposta, por exemplo, na

página de apresentação se utilizam cinco linhas identificando a qualidade do corpo médico e do pessoal de atendimento, e quinze linhas sobre a estrutura e equipamentos.

- Recursos

Em relação aos recursos, quatro aspectos foram identificados, sendo que três deles não sofreram mudança ao longo do período da pesquisa, e um deles aparece somente depois da regulamentação. Reduzir custos é o primeiro item analisado; ele está presente na empresa antes da aplicação da lei e permanece, sendo reforçado pelas mudanças. “...Cada uma (operadora de planos) está revendo isso, já passou este sistema por essa questão, onde você pode espremer tudo para ver o que você pode oferecer com o menor custo administrativo do seu cliente”. Outro dirigente também comenta: “E nós também temos que diminuir custos, tentar diminuir custos, para aumentar a nossa rentabilidade. O objetivo sempre nosso diminuir o custo”.

O investimento em informática é o segundo analisado, como expressa um dirigente, esse investimento já é antigo.

Eu acho que o investimento que a gente está fazendo, no ano passado. Começamos em dezembro de 98 e nós estamos trocando todo o sistema da empresa, todo o sistema de software da empresa, sistema de computação e tudo. Isso daí, (...) muito grande de nossa parte, que ainda não está terminado. Nós vamos terminar em setembro, o término da implantação, desse sistema que a gente chama de (...). É uma software house contratada por nós, que está desenvolvendo, já é nossa parceira há quinze anos.

É possível identificar que esse investimento já existia, e continua após a mudança. Ele está vinculado à redução de custos, pois todo o sistema de custos está integrado e é monitorado pela informática.

O terceiro aspecto é o investimento em equipamentos de alta tecnologia. Esta utilização dos recursos aparece nos informativos da empresa, que sempre destacam a compra de novos equipamentos para melhor atender aos clientes. As entrevistas com os dirigentes deixaram claro essa postura.

Investimento em equipamento, da área física, treinamento, exames médicos. Estamos inaugurando um hospital agora no mês que vem, é telemedicina, vamos inaugurar com uma aula, com uma palestra com um médico lá da Universidade de Detroit direto do hospital com perguntas e respostas vai ser muito interessante, o primeiro de Curitiba, acho que vai demorar para ter outro. O custo é muito alto e a aplicação ainda discutível e um pouco caro. Resolvemos entrar nessa e vamos investir nisso para ser o primeiro e único por um bom tempo.

O investimento em prevenção aparece com maior intensidade após a regulamentação. Apesar de poder ser encontrado nos informativos anteriores a 1999 algumas referências à prevenção, eram simplesmente informativos, não demandavam investimento maior da empresa. Nas entrevistas é possível verificar que investimentos estão sendo feitos.

Veja, antes da lei, eles não nos animávamos para fazer isso e por causa de todos esses motivos, Fazer essa prevenção no início dá um aumento de custo, você vai ver os reflexos para frente, só que agora com a lei animou mais a gente; por isso a gente tem mais certeza do nosso negócio. Então aí temos um ponto. Era o nosso projeto, já está em andamento. Vamos cadastrar todos os diabéticos que tem na Paraná Clínicas. Todos vão estar cadastrados, todos vão ter um programa de prevenção.

Também na proposta de venda entregue aos clientes em prospecção pode-se identificar a mudança ocorrida. Aquelas anteriores ao ano de 1999, não continham os programas de prevenção, contudo as posteriores já apresentavam esse item.

Esta mudança também se caracteriza por ser mudança incremental.

- Mercado

Na parte do mercado, foram encontrados três aspectos referentes ao posicionamento estratégico. O primeiro é a manutenção da atuação regional da empresa. Os dirigentes concordam, e não abrem mão, de manter esse modelo de atendimento. “Ela é só regional. Só Curitiba e Grande Curitiba. Já tivemos oportunidade de ir para fora, mas eu não quis. A gente tem também outros negócios e eu não tenho interesse. O nosso negócio é ser um bom prestador de assistência médica em Curitiba e na Grande Curitiba. Essa é a nossa estratégia”. Mesmo tendo a intenção de se manter crescendo. “Esse é o nosso objetivo. É sempre melhorar, sempre crescer, e oferecer sempre o melhor para nossos clientes”.

O segundo aspecto identificado foi o tipo de plano com que a Paraná Clínicas atuava no mercado. Antes da regulamentação a empresa tinha à disposição somente o plano empresa, essa foi a característica da empresa desde a sua fundação. Posteriormente à legislação, a empresa passou a oferecer o plano individual ou pessoa física.

Três fatores são identificados nas entrevistas como sendo preponderantes para a mudança de posicionamento. O primeiro foi a perda da posição de liderança que ocupava como a maior empresa de medicina de grupo do Paraná. “Chegamos a ser líderes do mercado e daí a gente não desenvolveu esse plano individual, que foi até, eu acho, foi uma estratégia nossa, não entrar no plano individual; daí que as outras empresas, ultrapassaram nossa empresa em tamanho e volume”.

O segundo foi a crise brasileira que aumentou o nível de desemprego²², o que causou não a perda de empresas clientes, mas a diminuição do quadro de funcionários, reduzindo o número de usuários. “...Pela situação nesses últimos 4 anos, perdemos aí boa parcela de clientes, mas a custas de demissões nas empresas, pouca empresa saiu daqui por não poder pagar, foi mais a custas de demissões...”. O plano pessoa física é maneira de diminuir a dependência em relação ao outro plano. “Então, eles (uma empresa cliente) chegaram a ter onze mil pessoas e hoje tem quinhentas, seiscentas pessoas. Então, esse risco que se corre com empresas grandes, no plano individual não corre. Então, você vai diminuir o seu risco em famílias, nunca vai perder 3.000 famílias ao mesmo tempo”.

O terceiro foi a regulamentação que possibilitou uma competitividade maior da empresa no mercado e regras claras para o mercado. “...Sempre se falou em plano individual, mas devido a não ter uma regulamentação; então não entrávamos, que era para disputar um mercado ruim, um mercado que nós não estávamos acostumados a enfrentar. Depois da regulamentação, os planos ficaram definidos para todo mundo e nos animou aí a entrar nesse mercado”.

²² A crise em 1998, e que continua atualmente, tem como uma de suas características o desemprego. Em outubro de 1998, o índice de desemprego estava na casa de 8% da população economicamente ativa, um índice maior que o da crise dos anos 80 (GRINBAUM, 1999).

Como é possível identificar no quadro, a mudança no posicionamento estratégico foi pouco significativa, de primeira ordem (LEVY, 1986). Apenas quatro itens sofreram transformações, ou melhor, adaptações²³; são eles: ampla cobertura, preço na média de mercado, investimento em prevenção e plano pessoa física. Nos dois primeiros, a adaptação ocorreu independentemente da vontade da empresa; a mudança ambiental causou a transformação, pois a ampla cobertura foi desbancada pela cobertura mínima imposta pela lei; o preço, devido ao maior aumento de custo nas demais empresas, acabou tornando-se competitivo. Investimento em prevenção foi um reforço do posicionamento redução de custos.

Finalmente a entrada no mercado de pessoa física, que poderia causar maior impacto, não alterou outros posicionamentos da empresa. Mesmo os dirigentes insistem em manter certa cautela na abertura deste tipo de plano, praticamente tratando os dois tipos de produto, pessoa jurídica e pessoa física, igualmente.

Relação entre os Esquemas Interpretativos e o Posicionamento Estratégico

Mantendo-se coerente com os objetivos do trabalho, busca-se agora fazer a relação entre os esquemas interpretativos e o posicionamento estratégico. Como a literatura indica (RANSON, HININGS e GREENWOOD, 1980; GIDDENS, 1989; COOPER, HININGS e GREENWOOD, 1996), os esquemas interpretativos não sofreram mudança significativa no caso da Paraná Clínicas. Com isto o posicionamento estratégico, coerente com os valores e crenças contidos nos esquemas interpretativos, manteve-se praticamente intacto. Em ambos os casos ocorreram mudanças de primeira ordem (LEVY, 1986).

As mudanças que ocorreram tiveram relação com a adoção de um novo valor, ou por causa de uma pressão ambiental, mas nos dois casos os valores continuaram como orientadores do posicionamento. No caso do produto, com a saída do diferencial da ampla cobertura, a vantagem advinda desse fato, foi que o preço na média de mercado veio substituí-lo, sem que no entanto a empresa

²³ Segundo NADLER e TUSHMAN (1990), a adaptação é uma mudança incremental, ou de primeira ordem, reativa.

adotasse uma política de disputa de preço. Essa substituição ocorreu porque os dirigentes perceberam a mudança e fizeram uma adaptação mínima, não alterando o essencial.

Quanto ao lançamento do plano de pessoa física, como foi comentado anteriormente, fatores externos influenciaram a medida; todavia a mudança foi lenta e gradual, primeira ordem segundo LEVY (1986). A entrada nesse mercado não ia de encontro a nenhum valor da organização, inclusive, manteve-se a coerência com o valor **apego às tradições**, ao demorar tanto para que os dirigentes percebessem a necessidade de mudança.

O investimento em prevenção foi impulsionado pela pressão ambiental, mas ele já era percebido dentro da organização antes da regulamentação. Aparentemente os valores **custos, atendimento ao cliente e criar um relacionamento com o cliente** influenciaram a adoção desse posicionamento, já que a prevenção vai refletir a longo prazo na sua redução dos custos e na melhora da qualidade de vida do cliente, reforçando a relação empresa – cliente.

Esses casos parecem demonstrar que o posicionamento estratégico é mediado pelos esquemas interpretativos. Como apresenta a literatura (HININGS e GREENWOOD, 1989; CHILD, 1997; MACHADO-DA-SILVA, FONSECA e FERNANDES, 1998), a ação do dirigente, com base na sua interpretação, mais as pressões do ambiente, orientam a adoção de um posicionamento estratégico.

4.2.3. CASO 3: EMPRESA CLINIHAUER

4.2.3.1. Histórico

A Clinihauer foi fundada em 1969 pelo médico José Cândido Muricy, no bairro Vila Hauer em Curitiba. Ela nasceu, nos moldes de empresas de assistência à saúde existentes no ABC Paulista, para atender os trabalhadores das empresas com sede naquele bairro. Com seu crescimento expressivo, ela ampliou sua área de atuação para toda Curitiba e região Metropolitana. Atualmente a organização é a maior

empresa de medicina de grupo do Paraná, e a segunda maior operadora de planos de saúde de Curitiba, com aproximadamente 100 mil usuários.

A empresa foi administrada pelos sócios até 1994/95. Devido a uma crise, passou por um processo de reestruturação administrativa, e foi profissionalizada. Nessa mudança foi criado um conselho diretor, o qual congrega os três atuais sócios da empresa, e a direção executiva, que foi assumida por um profissional do mercado. O conselho reúne-se, semanalmente, com o diretor executivo para discutirem os resultados e traçarem as diretrizes de ação. O processo de profissionalização é sentido pelos dirigentes como muito positivo para empresa.

Junto com a profissionalização veio a entrada no mercado de assistência a saúde para pessoa física; até então a empresa atuava exclusivamente no mercado empresarial. Esta mudança foi a responsável pelo salto dado pela empresa, que passou de 48 mil usuários em 1995 para 87 mil usuários em 1999. Atualmente a empresa recuperou seu ritmo de crescimento, após um período de estagnação em decorrência da regulamentação dos planos de saúde.

4.2.3.2. Análise dos Dados

Partindo agora para a análise dos dados da última empresa pesquisada, e seguindo a metodologia descrita no capítulo três, faz-se primeiro a verificação dos esquemas interpretativos, antes e depois da regulamentação; a seguir apresenta-se o posicionamento estratégico identificado também antes e depois da regulamentação, concluindo-se com a relação entre os valores e crenças e o posicionamento estratégico.

Esquemas Interpretativos

O Quadro 8 apresenta um resumo dos esquemas interpretativos dos dirigentes da Clinihauer, antes e depois da regulamentação dos planos de saúde.

Eles foram dispostos no quadro não pelo seu grau de importância, mas aleatoriamente. Na sequência é apresentado e explicado cada valor separadamente.

Quadro 8 – Esquemas Interpretativos da Clinihauer.

Valores e Crenças	
Antes da regulamentação	Depois da regulamentação
• Privatização da saúde • Lucro • Qualidade • Custos • Atendimento ao cliente • Empresa regional • Pressão política • Flexibilidade administrativa • Informação – dos clientes, do público alvo e dos funcionários. • Parceria • Profissionalização • Crescimento • Estrutura física • Desorganização do setor	• Privatização da saúde • Lucro • Qualidade • Custos • Atendimento ao cliente • Empresa regional • Pressão política • Flexibilidade administrativa • Informação – dos clientes, do público alvo e dos funcionários. • Parceria • Profissionalização • Crescimento • Estrutura física • Organização do setor • Risco

Fonte: dados primários e secundários da pesquisa

O primeiro valor apresentado é **privatização da saúde**. Ele refere-se a percepção de que o Estado não tem condições de cumprir a sua obrigação constitucional. Os dirigentes assumem que a iniciativa privada tem de atuar para suprir a incapacidade do governo. Com o desafogamento do setor público de saúde, proporcionado pelo setor privado, o Estado poderia dar melhor assistência àquela

população que não pode recorrer às empresas de assistência à saúde. O valor permaneceu nos esquemas interpretativos dos dirigentes após a regulamentação.

A partir do momento em que ele universalizou a assistência médica no país, onde todo o mundo tinha direito à assistência; efetivamente esse foi um aspecto fundamental, no aparecimento de aspectos negativos, no aparecimento de aspectos nefastos dentro do próprio sistema, não só para o usuário como para o profissional que dá a assistência a essa massa que estaria a necessitar dos préstimos médicos. Então a saúde pública, paulatinamente, foi entrando em estado de coma; foi se desestruturando e certamente teria de haver outra via que viesse a compensar essa falta de administração pública. E apareceram os sistemas privados de saúde, as medicinas de grupo no sistema privado, apareceram as cooperativas, apareceram os seguros saúde, apareceram as autogestões, todos, sistemas procurando alternativas, no sentido de minorar a situação caótica em que se encontrava a saúde pública no país, e em que se encontra até hoje.

O **lucro** é o segundo valor que aparece. Por ser uma empresa como outra qualquer, os sócios da Clinihauer têm interesse de obter lucro. Suas ações estão sempre levando em consideração que não são uma organização assistencial; elas precisam competir no mercado, conquistar clientes e traduzir esse trabalho em retorno financeiro. “E levar em consideração, também, de que nós somos um setor comercial, quer dizer, não é porque nós lidamos com a saúde que nós estejamos proibidos de auferir lucro nisso, absolutamente”. Os dirigentes percebem uma pressão contrária ao lucro, pelo fato de atuarem no setor de saúde. Este valor não sofreu alteração com a mudança ambiental.

Qualidade aparece também como valor dos dirigentes dessa organização. Ele indica uma preocupação com a melhoria dos processos internos, com a participação dos recursos humanos, com a solução dos problemas dos clientes e melhorias estruturais. Foi identificada pelo seu aparecimento nos informativos da empresa, bem como no planejamento e na missão presente no *Book Clinihauer*²⁴; também nas entrevistas os dirigentes citaram a importância da **qualidade**: “Nós tínhamos por objetivo crescer com qualidade, (...) conseguimos efetivamente chegar ao objetivo que queríamos...”. Ele manteve-se ao longo do período: “Demos sempre a qualidade que a gente deu nos últimos anos, e a tendência é melhorar a cada dia”.

²⁴ O Book Clinihauer é um documento preparado pelo departamento de marketing, que contém as principais informações da empresa. Nele pode-se encontrar além da missão, os números de usuários

Outro valor identificado é o **custo**. A Clinihauer utiliza o controle de custos mais seriamente desde a profissionalização.

Olha, eu diria o seguinte: sempre houve, desde a fundação da Clinihauer, uma preocupação com o custo; só que eu diria o seguinte: a preocupação existia mas não havia um sistema de gerenciamento de custo; existia uma grande diferença? A gente sabia que o custo mais ou menos era 70%, vamos supor; mas não se sabia o gerenciamento correto de que faixa etária em que se gasta mais para ver se o preço estava certo, qual é empresa que mais gasta; isso era um problema sério que a Clinihauer tinha 5 anos atrás. Foi obviamente uma das primeiras providências. A Clinihauer foi criar dentro do que nós tínhamos na época de recursos de informática, um sistema que comesse a gerenciar isso, é, onde desse mais segurança para estabelecer e conhecer a realidade para se trabalhar.

Atualmente a empresa reforçou o controle utilizando-se de um novo sistema de informática que possibilita o acompanhamento mais preciso dos custos. “Hoje temos planilhas que dão quanto um médico gastou ou estão pagando a ele, tipo honorário médico-hospital, consultas de credenciados; se ele trabalha internamente, quanto está pagando consulta com hora marcada. Temos quanto foi a diária do hospital, taxa, tudo direitinho”. Trabalha-se também com políticas para a redução desses custos, nos dois períodos estudados.

Relacionado com a qualidade, mas compondo um valor diferente, está o **atendimento ao cliente**. Os dirigentes citam-no como fundamental para a continuidade e desenvolvimento da empresa. “O papel da Clinihauer, como a toda empresa prestadora de assistência médica, nasceu, cresceu e se estruturou, para que pudéssemos oferecer a todos os nossos beneficiários exatamente essa assistência médica hospitalar, que qualificasse a empresa e que satisfizesse o seu usuário”. Este atendimento ao cliente envolve o atendimento médico-hospitalar e o atendimento administrativo. Este valor permanece após a regulamentação. “Todas as reuniões que a gente faz com ele, a gente faz com todos os funcionários de cargo de chefia, de gerência e de diretoria, uma vez por mês, e é uma ênfase que ele dá em toda reunião: qualidade de atendimento”.

Manter a **empresa regional** é o sexto valor encontrado nos esquemas interpretativos. A Clinihauer acredita que o modelo regional é o melhor para o tipo de atendimento que ela presta. Por meio de convênio com a ABRAMGE, a empresa

por mês dos últimos seis anos, a composição dos custos da empresa, o histórico e outras

presta atendimento de urgência e emergência no Brasil inteiro, mas permanece regional. Quando indagado sobre alguma intenção de expansão, um dos dirigentes respondeu: “Não é prioridade. Nós queremos ser fortes aqui em Curitiba”. Nos dois períodos o valor permaneceu.

A **pressão política** apareceu como outro valor da organização. Este valor identifica a importância que a organização dá às ações que afetem o ambiente em que está localizada. Um exemplo é a participação ativa que a organização tem junto a ABRAMGE, que é a entidade representante das empresas de medicina de grupo. Outro exemplo que pode ser citado é a importância dada à participação nos meios políticos para influenciar na formulação da lei 9.659/98.

Onde pudemos interferir, interceder, nós fizemos; e com certeza a ABRAMGE que é a nossa associação, trabalhou; ela representa, ela tem um assento na Agência de Saúde através do presidente, através do advogado. Entramos com uma ação de inconstitucionalidade, fizemos muito trabalho nesse sentido. Nós ainda temos uma ação que está sendo julgada, se nós descobrimos que existem brechas, nós estaremos brigando, mas sempre em nível de associação.

O oitavo valor presente na Clinihauer é a **flexibilidade administrativa**, no qual a empresa expressa sua capacidade de organização interna e de mudança. “É uma empresa devidamente organizada, funciona redondinha”. Perguntado se estavam preparados para as mudanças decorrentes da regulamentação a resposta identifica essa capacidade.

Eu diria o seguinte: sem falsa modéstia, acho que em nível de Brasil, entre todas as empresas de medicina de grupo fomos os primeiros que montamos o produto novo, toda a estrutura de informação, toda a estrutura atuarial que obviamente é preço, toda a estrutura de contrato, toda a estrutura de atendimento, tanto que o nosso modelo foi enviado para várias de nossas empresas que fazem parte da ABRAMGE como exemplo. Para você ter uma idéia devemos ter sido uma das primeiras que registrou um produto, nosso produto, valores, toda a parte atuarial fomos uma das primeiras no Brasil. De Curitiba não tenho a menor dúvida que fomos a primeira, incluindo a maior concorrente; por quê ? Porque temos um tamanho de empresa adequado, onde a nossa capacidade de mobilização é grande, o que difere de muitas outras empresas, que têm estrutura muito pesada. Temos uma estrutura, estrutura mais horizontal, que facilita uma série de coisas. Não tenho a menor dúvida de que estávamos e estamos preparados para qualquer mudança que a lei possa colocar.

Informação é o próximo valor analisado. Refere-se à busca de informações internas e de mercado para as tomadas de decisão, e a transmissão de informações internamente na empresa. A busca de informações no mercado é identificada nas freqüentes pesquisas de mercado realizadas e na ênfase à opinião do cliente sobre os serviços prestados pela empresa. “Eu caracterizo hoje como os principais pontos diferenciais da Clinihauer, primeiro a real importância que se dá a uma reclamação ou a qualquer tipo de sugestão que um cliente ou paciente nos dá”. Quanto à informação interna um dirigente ressalta.

Vejo que qualidade está muito ligada ao jogo ou à informação clara que se precisa transmitir para os funcionários: quais são os objetivos da empresa, quais são os valores, quais são as metas da empresa e isso é uma coisa que fazemos sempre. Temos reuniões gerais da empresa onde tudo isso é mostrado; jogamos abertos, quanto a empresa faturou, quanto a empresa teve de resultado e, mais ainda, as nossas chefias, diretores, gerentes e supervisores participam dos resultados da empresa. Deixamos muito bem claro o quanto queremos de resultado e o que exceder aquilo, quanto percentual vamos distribuir a eles, isso temos muito claro.

A **parceria** é o décimo valor identificado. Nesta empresa a parceria está ligada a criação de relacionamento comercial com fornecedores e empresa de medicina de grupo de outras regiões do país, para a troca de informação e serviços. A criação da Maximed²⁵, por volta de 1982, exemplifica esse valor. “E hoje a Maximed é instrumento importante e necessário para o estabelecimento de um diálogo técnico entre as empresas que compõem essa prestadora de assistência”. A relação com os fornecedores também faz parte. “Terceirizamos a nossa venda, temos uma empresa que vende para nós; mas nós consideramos o dono da empresa como um gerente, ele participa de todas as nossas reuniões; a gente dá todo o apoio para que ele possa vender”.

Após a regulamentação este valor permaneceu, e a criação de relacionamento tem sido usada para a redução de custos por meio de um sistema chamado captação: o fornecedor assume uma parte do risco da empresa de assistência, em troca de exclusividade.

A partir do momento em que centralizei esse serviço num só prestador, percebi uma primeira economia de custo, porque ele tem alguma coisa garantida; em segundo

²⁵ É uma empresa resultado da união de dez grupos médicos de todo o Brasil com o intuito de trocar informação e fazer atendimento de pacientes de um grupo regional em outro Estado.

lugar, este prestador foi honesto em dizer qual era o percentual de procedimentos que são feitos que não precisariam ser feitos. (...) Esse foi um trabalho que foi feito com tanto sucesso que hoje temos praticamente 40% de todo o nosso custo médico em captação.

Profissionalização foi outro valor encontrado na empresa. A Clinihauer foi profissionalizada em 1994/95. Os resultados positivos foram expressivos; em seis anos o número de usuários dobrou. “Porque o médico, por si só, com os anos que teve de experiência, adquiriu uma filosofia muito forte, empresarial, mas insuficiente para ele dirigir o seu dia-a-dia, (...). Para isso tivemos de, profissionalizar a empresa”. Segundo um dos dirigentes a relação entre o conselho, que são os sócios, e os profissionais, é baseada na confiança. Outro ponto de destaque na relação é que, apesar de o conselho participar ativamente das decisões estratégicas, os profissionais têm autonomia na atuação; tanto a experiência dos sócios de trinta anos à frente da empresa é valorizada, quanto a formação e experiência profissional dos que assumiram os cargos administrativos.

Dentro dos esquemas interpretativos, outro valor identificado foi o **crescimento**. Ele tem orientado a empresa para ações que visam ao aumento da capacidade de atendimento e à ampliação do quadro de usuários.

“Eu diria que estamos sempre pensando grande, e sempre pensamos com o pé no chão. (...) Conseguimos, efetivamente, chegar ao objetivo que queríamos, porque conseguimos crescer, continuamos a crescer, aumentamos nosso contingente de usuários”.

A Clinihauer tem demonstrado dar uma especial atenção ao desenvolvimento dos locais de atendimento ao cliente. Isto reflete o valor **estrutura física**. Ele pode ser identificado no planejamento e nos informativos da empresa, pela ênfase na construção e ampliação dos locais de atendimento, bem como nas entrevistas. “O nosso segundo objetivo, era remodelar as nossas estruturas físicas, os nossos postos de atendimento e mais, muito mais, termos uma estrutura hospitalar com a qual isso vai consolidar todo o nosso pensamento nesses trinta anos”. Este valor manteve-se com a regulamentação.

Desorganização do setor define a percepção dos dirigentes quanto ao ambiente de competição em que atuavam. Não existiam regras claras para as empresas de assistência à saúde. “Porque os planos de saúde, cada um, é lógico, montou o seu plano a seu bom gosto. É lógico que há empresas e empresas”.

A regulamentação veio trazer uma certa ordem, com isso a percepção quanto ao mercado mudou. O valor **organização do setor** faz-se presente agora. “Sou muito favorável (à regulamentação) porque existem muitas empresas ‘picaretas’ no mercado, então isso é um lado positivo que eu consigo enxergar da regulamentação dos planos de saúde para se regulamentar a atividade”. Outro dirigente comenta: “Isso, na verdade, vai separar as empresas boas daquelas empresas que não prestavam uma assistência de qualidade. Separaram o joio do trigo sem dúvida nenhuma”.

O último valor é o **risco**, o qual aparece somente após a regulamentação. “Tínhamos que nos respaldar financeiramente com resseguradoras para que isso acontecesse; porque, se acontecessem eventos com grande complexidade, isso geraria um custo altíssimo e que repercutiria financeiramente dentro das nossas empresas. Veja que são alterações importantíssimas e altamente complexas dentro do sistema”. Antes da regulamentação evitava-se o risco barrando o cliente antes de entrar no plano ou excluindo procedimentos onerosos e limitando exames e internações, o que passou a ser proibido depois da lei.

Apesar da regulamentação, os valores permaneceram praticamente os mesmos, ocorrendo apenas duas modificações: (1) a **organização do mercado** substituindo a **desorganização** e (2) a entrada do **risco** como um valor. Essas modificações, apesar de acontecerem nos esquemas interpretativos, são de primeira ordem, pois não alteram sensivelmente os sistemas centrais (LEVY, 1986).

Posicionamento Estratégico

Verifica-se agora o posicionamento estratégico da organização, destacando os dois períodos estudados, antes e depois da regulamentação. O Quadro 9 apresenta o resumo do posicionamento, quanto ao produto, recursos e mercado, encontrado na empresa.

Quadro 9 – Posicionamento estratégico da Clinihauer.

Posicionamento Estratégico					
Produto		Recursos		Mercado	
Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Preço baixo	Preço baixo	Redução de custos	Redução de custos	Atuação regional	Atuação regional
Qualidade de atendimento - tratamento ao cliente - estrutura física - descentralização do atendimento	Qualidade de atendimento - tratamento ao cliente - estrutura física - descentralização do atendimento	Investimento na informatização Investimento em estrutura física Qualificação de R.H. - treinamento - contratação	Investimento na informatização Investimento em estrutura física Qualificação de R.H. - treinamento - contratação Investimento em resseguro	Parcerias - troca de informação e pressão política - atendimento de clientes - relacionamento com fornecedores Classe C,D Relacionamento com o cliente	Parcerias - troca de informação e pressão política - atendimento de clientes - relacionamento com fornecedores Classe C,D Relacionamento com o cliente

Fonte: dados primários e secundários da pesquisa

- Produto

Em relação ao produto, o posicionamento estratégico aparece em três aspectos: (1) preço baixo, (2) qualidade de atendimento e (3) flexibilidade do produto. No primeiro aspecto, preço baixo, a empresa demonstra sua intenção de utilizar o preço como diferencial de venda. Na missão da empresa fica clara esta disposição: "A prestação de serviços na área de assistência médica, hospitalar e odontológica, com qualidade e com preços competitivos em relação ao mercado".

Entre as empresas pesquisadas, a Clinihauer foi a que apresentou o menor preço para as primeiras faixas etárias, e o seu preço médio também estava entre os mais baixos. Este posicionamento manteve-se após a lei. “Sabendo que o preço é o elemento número um que define o plano de saúde”.

A qualidade de atendimento, junto com o preço, é o principal diferencial de um plano de saúde, segundo os dirigentes da organização. “O que caracteriza uma empresa boa é que você escuta todo o mundo falar que foi bem atendido”. Neste diferencial estão incluídos a atenção dada ao cliente, a estrutura física e a descentralização do atendimento. Na atenção ao cliente o enfoque é o treinamento dado aos atendentes da empresa, para assegurar que o cliente terá boa acolhida nas dependências da Clinihauer; as reclamações de cada clientes são tratadas com atenção para evitar descontentamento. “Então isso dá credibilidade e ao mesmo tempo faz com que todos os setores estejam alertas para as reclamações, quer dizer, o supervisor está sabendo que reclamou porque o atendente fulano de tal atendeu mal”. A desburocratização do atendimento para marcação de consulta e exames é também um diferencial.

O segundo é estrutura física. Para a empresa ela garante um diferencial com o consumidor.

Uma força das nossas clínicas, dos nossos postos de atendimento que são próprios, para os serviços de atendimento que são próprios, para hospitais que são próprios. Hoje temos o pronto socorro que foi remodelado, com raio-X, serviço de observação, tipo day hospital. Temos ortopedia, serviço de cardiologia, de ciclo-ergometria, fisioterapia, nós temos setor de pediatria com internamentos, nós temos odontologia, serviço de ortopedia, um serviço de ambulatório em São José dos Pinhais. São unidades que estão frutificando exatamente em virtude do trabalho incessante que temos para darmos uma assistência de qualidade.

O terceiro é a descentralização de atendimento. A Clinihauer possui diversos postos de atendimento espalhados pela cidade, ao contrário de outras medicinas de grupo, que centralizam o atendimento em uma ou duas unidades. “Hoje temos uma unidade ortopedia, unidade ginecológica, unidade fisioterapia, todos separados por especialidade. E também temos pediatria, laboratório, unidade em São José dos Pinhais, vinte e quatro horas. Hoje já temos um hospital próprio (...) Esse atendimento foi descentralizado para facilitar o atendimento”.

O último aspecto do produto é a flexibilidade do produto. Este diferencial utiliza como base as diversas necessidades de cada membro de uma família, em relação ao plano de saúde. Com isso o plano oferecido pela empresa pode ser feito dividido por familiar.

O nosso diferencial é que posso vender para uma mesma família, uma pizza: o pai tem um problema cardíaco, ele compra o cardíaco; a mãe, o ginecológico; o filho não precisa do ginecológico. Antigamente, a gente montava isso como um diferencial sim. A gente vendia para a família um pacote. Eu quero assistência médica desse tipo. Hoje não: eu preciso desse e desse. Eu quero apartamento para o meu filho, para minha esposa, mas para mim eu não quero. Então, esse é um diferencial que nós temos em relação aos outros planos.

- Recursos

Quanto aos recursos, o primeiro aspecto que se apresenta é a redução de custos. A empresa sempre teve essa preocupação, e a reforçou após a regulamentação. “Então hoje em dia é diferente, porque nós temos a alguns anos isso. Hoje com um sistema muito mais sofisticado; mas na época não havia esse tipo de coisa, e havia preocupação obviamente, mas não o gerenciamento”. A redução de custos faz parte dos planejamentos analisados: dita-se o patamar máximo que os custos poderão atingir.

O investimento em informatização é outra parte dos recursos. A empresa sempre se preocupou com investimento em informática, pois este ajuda nos controles de custos e busca de informação. Recentemente fez-se grande investimento em informática por causa da regulamentação. “Antigamente o nosso sistema era bom, atendia a nossa realidade na época. Então, ele tinha uma média, e tal. Quando se começa a detalhar muito, o seu sistema fica muito pesado. Então, compramos verdadeiras máquinas, pagamos alguns milhões para que realmente funcionassem”.

Investir em estrutura física é outro aspecto do posicionamento da organização, desde a construção do Hospital Milton Muricy até o investimento na padronização da imagem interna dos postos de atendimentos e laboratórios; nos informativos e no planejamento da organização é possível identificar esses investimentos, bem como nas entrevistas.

Se você for às nossas unidades, em torno de quinze, você, desde a fachada, do backlight, a parede, a cor é branca, com uma faixa azul em algumas partes do muro, backlights com a parte toda em granito, os balcões todos em embuia, o granito preto no balcão. Tudo isso é um diferencial dentro da nossa Clinihauer. O nosso hospital, você talvez não tenha visitado, mas ele, quando o fizemos, queríamos fazer o melhor possível, mais bonito; é lógico que com o menor custo; mas a gente gasta bastante. A nossa arquiteta foi até o Albert Einstein, o Instituto do Coração, em São Paulo; copiou, foi na saúde, viu o que tinha de melhor, o que se podia botar em termos de piso no centro cirúrgico; nos quartos, o que poderia existir ou não, de beleza. Então hoje, o nosso hospital, se você for visitar, ele é comparado aos melhores hospitais de São Paulo.

A qualificação dos recursos humanos é um investimento que tem sido enfocado nos recursos. O treinamento de pessoas era parte da empresa desde a profissionalização, mas teve um incremento em 1998, e permaneceu em crescimento.

Não, não tem mudado. Temos melhorado essa ênfase a cada dia que passa. É o que falei: não tínhamos treinamento; passamos a ter equipe de treinamento. Então, tudo isso... Os nossos funcionários, quando entram, têm todo um treinamento; ele não entra trabalhando. Ele é apresentado para toda a empresa, é passado o vídeo para ele, ele vai conhecer todas as unidades. Ele faz um estágio, dependendo da função dele, no meu setor, no outro setor, lá na unidade. Aí, depois de uma semana, vem um resumo para o diretor executivo, o que você viu ... em todas as unidades, o cara faz um relatório. E aí é que vai ser aprovado.

A contratação de pessoal também é forma de qualificação do quadro de funcionários, já que a empresa prefere manter a maior parte da área administrativa própria e não terceirizada. “As estruturas de informática hoje toda informatizada, temos mais de cento e vinte micros espalhados em todas as unidades, todos interligados num sistema próprio, não é de terceiros; temos uma equipe para isso. E toda a parte administrativa operacional é feita dentro da própria empresa, o próprio RH, contabilidade, financeiros, contas a receber, o faturamento”.

Somente depois da regulamentação é que a empresa foi preocupar-se em resseguro. Ele é um seguro: caso aconteça algum procedimento de alta complexidade, que a operadora não tenha condições técnicas ou financeiras de atender, a seguradora cobre os prejuízos. “Então a gente se preocupava muito antes (com os custos), agora, muito mais ainda, tanto que agora estamos trabalhando no sentido de termos resseguradora para nos ressarcir de eventuais procedimentos de

alta complexidade que possam interferir econômica e financeiramente na nossa empresa”.

Do posicionamento estratégico que envolve os recursos, o único investimento que sofreu alteração foi o investimento em resseguro. Antes não era preciso tanta preocupação, pois o risco era limitado pela operadora; hoje a regulamentação proibiu os instrumentos que o limitavam. Com isso as chances de algum imprevisto, procedimento de alta complexidade, acontecer são maiores. É uma mudança de primeira ordem ou incremental, pois não causou um impacto mais abrangente na organização.

- Mercado

No posicionamento estratégico em relação ao mercado, o primeiro aspecto é a atuação regional. A empresa mantém suas bases de atendimento em Curitiba e Região Metropolitana, fortalecendo sua posição no mercado regional. “Quer dizer, somos eminentemente uma empresa regional, mas temos pseudópodos em todos os Estados do País”. Esses pseudópodos, a que se refere o dirigente, são as empresa em parceria que atendem os clientes da Clinihauer em outros Estados, porém a venda dos planos só ocorre aqui.

Parceria é o próximo aspecto do mercado a ser abordado. O posicionamento da organização direciona para dois tipos de parceria. O primeiro é com as empresas de medicina de grupo que participam da ABRAMGE, entidade de classe desse tipo de organizações, ou da Maximed, empresa da qual a Clinihauer é uma das sócias. Neste caso os interesses são: (1) a troca de informação sobre gestão, procedimentos administrativos e assuntos técnicos. “E hoje a Maximed é instrumento importante e necessário para o estabelecimento de um diálogo técnico entre as empresas que compõem essa prestadora de assistência.”; (2) o atendimento médico-hospitalar de clientes fora da área de atuação da empresa. “Além disso, somos sócios de uma empresa prestadora de serviços de São Paulo, que se chama Maximed; ela, na realidade, nos intermedeia a assistência em todos os Estados do País.”; e (3) a pressão política, “Vou ter de dizer que a Clinihauer, como qualquer outra empresa, não deveria

fazer isso porque ela seria muito visada, perante uma ação contra o Ministério da saúde, sei lá, Ministério da Fazenda: seríamos totalmente visados, mas uma associação é diferente”.

O segundo tipo de parceria é o realizado com fornecedores, cujo intuito é eminentemente comercial, mas que requer uma interação maior das duas partes. Um exemplo desse tipo de parceria antes da regulamentação é a terceirização das vendas: o terceirizado mantém um relacionamento próximo da Clinihauer, participando das reuniões na empresa, e sendo tratado, nas palavras de um dos dirigentes, como gerente. No período após a regulamentação, o posicionamento se manteve. É o caso do relacionamento com fornecedores no modelo da captação, cujo pagamento não é feito por procedimento ou serviço realizado, mas um valor mensal correspondente ao número de usuários²⁶. O que o fornecedor gastar a mais é prejuízo para ele; o que ele gastar a menos é lucro. Com isso foi centralizado o atendimento em um único fornecedor para cada tipo de procedimento, repartindo os riscos e aumentando o relacionamento. “Esse foi um trabalho que foi feito com tanto sucesso que hoje temos praticamente 40% de todo o nosso custo médico em captação”.

Dentro do mercado, a empresa tem como público alvo da sua atuação as classes C e D. Tanto atuando com as empresas, onde a maior parte dos usuários são trabalhadores, quanto no plano pessoa física, o interesse é atender uma classe média baixa, que não quer mais depender do sistema público, mas tem poucos recursos. Um dos dirigentes diz claramente que o objetivo da empresa “é prestar assistência médica com qualidade, a preço justo, as classes C e D”.

Como último aspecto do mercado, aparece o relacionamento com o cliente. É proposta da empresa criar um relacionamento com seus clientes, buscando não perdê-los. “Então, eu diria que o grande diferencial da nossa empresa é termos idéias novas, produtos novos, criarmos situações novas, tudo no sentido de beneficiar o usuário, de fidelizar o usuário junto à empresa”. Um dos caminhos utilizados é a rápida resposta a cada reclamação do usuário. “O principal ponto diferencial da Clinihauer é este: a real importância que se dá a

²⁶ Este valor é calculado com base em índices estatísticos de sinistralidade.

uma reclamação ou para qualquer tipo de sugestão que um cliente ou paciente nos manifesta”.

No mercado não existiu diferença nos posicionamentos estratégicos antes e depois da regulamentação; a organização permaneceu atuando da mesma maneira. Nem a entrada de empresas estrangeiras, que poderia acirrar a concorrência é encarada pelos dirigentes como ameaça.

Relação entre os Esquemas Interpretativos e o Posicionamento Estratégico

De acordo com os objetivos de pesquisa, faz-se agora a relação entre os valores e crenças dos esquemas interpretativos e o posicionamento estratégico adotado pela organização. Segundo RANSON, HININGS e GREENWOOD (1980), os esquemas interpretativos mantêm a continuidade em momentos de turbulência. Parece que foi o que ocorreu com a Clinihauer. Os valores e crenças se mantiveram, e em muitos casos foram reforçados, com a entrada da regulamentação dos planos de saúde. Com isso o posicionamento, que era coerente com os esquemas interpretativos, também se manteve.

As únicas mudanças de valores referem-se, primeiro, à mudança da percepção do mercado desorganizado para um mercado organizado, numa pressão direta causada pela lei, que no caso dessa organização veio ao encontro de seus interesses. E segundo, a percepção do **risco** implicado na atuação do mercado de planos de saúde, que se mantinha escondido atrás das limitações e exclusões, de doenças e clientes, que eram utilizados pelos planos e que a lei proibiu. O aparecimento do risco trouxe uma mudança na utilização de recursos: a utilização do resseguro pela empresa para se precaver de possíveis prejuízos.

Nos demais aspectos do posicionamento estratégico, eles foram apenas reforçados pela regulamentação. Houve o investimento em novo sistema de informática para melhorar o controle e reduzir custos. A utilização das parcerias com os fornecedores, no modelo da captação para reduzir custos e risco também foi um reforço dos valores.

No produto, apesar da regulamentação ter forçado a subida dos preços em torno de 30% (segundo os dirigentes, isto foi generalizado no mercado) e a empresa manteve-se com um preço baixo, atingindo a classe de consumidores desejada; portanto a coerência manteve-se entre os valores e crenças, e o posicionamento estratégico.

4.3. ANÁLISE COMPARATIVA DAS EMPRESAS

Conforme a metodologia descrita no capítulo 3, após a análise de cada um dos casos separadamente, faz-se a comparação entre eles. Os casos serão comparados da seguinte forma: (1) comparação entre os esquemas interpretativos de cada caso antes e depois da regulamentação; (2) comparação entre o posicionamento estratégico dos casos antes e depois, e com os valores.

Esquemas Interpretativos

Na comparação entre os esquemas interpretativos procurou-se identificar em que medida eles eram semelhantes, e como a pressão institucional coercitiva regulamentação dos planos de saúde atuaram sobre eles. Para tanto, fez-se um quadro comparativo dos esquemas interpretativos das organizações analisadas, antes da lei. No Quadro 10 identificam-se os valores e crenças de cada uma das organizações. Para melhor visualização, os valores e crenças semelhantes são colocados lado a lado.

Fazendo uma análise geral do quadro, é possível verificar que uma das organizações se distingue das outras duas. A Paraná Clínicas e a Clinihauer compartilham oito valores e crenças, enquanto a Saúde ideal possui apenas três valores em comum com as outras duas. Parece que essa diferença ocorre devido ao tipo de formação da organização. A Saúde ideal é uma empresa formada em 1992, oito anos atrás, por três entidades filantrópicas, para gerar recursos que ajudassem essas entidades a continuar seu trabalho. Já a Paraná Clínicas e a Clinihauer são empresas tipicamente privadas. Apesar de atuarem na área de saúde, elas mantêm a visão de lucro, crescimento e competição no mercado.

Além desses três valores em comum, a Saúde Ideal ainda compartilha com a Clinihauer o valor parceria.

Quadro 10 – Comparativo dos esquemas interpretativos antes da regulamentação.

Valores e Crenças		
Saúde Ideal	Paraná Clínicas	Clinihauer
• Privatização de saúde • Desorganização do setor • Atendimento ao cliente • Filantropia • Suporte financeiro das organizações de saúde controladoras do plano • Valorização da estrutura hospitalar das organizações controladoras do plano • Parceria • Honestidade e ética • Amadorismo administrativo	• Privatização da saúde • Desorganização do setor • Atendimento ao cliente • Lucro • Custos • Qualidade • Empresa regional • Crescimento • Tecnologia • Apego a tradição - empresa familiar • Função social – preocupação com R.H. • Criar relacionamento com cliente	• Privatização da saúde • Desorganização do setor • Atendimento ao cliente • Lucro • Custos • Qualidade • Empresa regional • Crescimento • Estrutura física • Profissionalização • Flexibilidade administrativa • Pressão política • Informação – dos clientes, do público alvo e dos funcionários. • Parceria

Fonte: dados primários e secundários da pesquisa

Apesar das mudanças de valores na Saúde Ideal estar associada à mudança do grupo de dirigentes, a regulamentação parece que foi importante nessa reorganização da empresa. Foi exatamente em 1998, ano da aprovação da lei pelo Congresso, que as duas outras entidades, que compunham com a Santa Casa o consórcio controlador do plano, resolveram sair. Apesar de nenhuma menção explícita por parte dos dirigentes, eles deixam subentendido que as duas outras entidades não estariam dispostas a enfrentar mudanças, as quais seriam necessárias para poderem competir no mercado depois da lei.

O Quadro 11 mostra os valores e crenças após a regulamentação. Nele as diferenças parecem diminuir entre as três empresas. A Saúde ideal passa a ter, em vez de três valores, cinco valores compartilhados com as outras duas. Se a comparação for feita entre a Saúde Ideal e a Clinihauer, são oito os valores iguais, mesmo número de valores iguais entre a Paraná Clínicas e a Clinihauer.

Quadro 11 – Comparativo dos esquemas interpretativos depois da regulamentação.

Valores e Crenças		
Saúde Ideal	Paraná Clínicas	Clinihauer
• Privatização da saúde • Organização do setor • Atendimento ao cliente • Custos • Crescimento • Filantropia • Suporte financeiro da organização de saúde controladora do plano • Valorização da estrutura hospitalar das organizações controladoras do plano • Honestidade e ética • Parceria • Profissionalização • Risco	• Privatização da saúde • Organização do setor • Atendimento ao cliente • Custos • Crescimento • Qualidade • Empresa regional • Lucro • Tecnologia • Função social – preocupação com R.H. • Apego a tradição – empresa familiar • Criar relacionamento com cliente	• Privatização da saúde • Organização do setor • Atendimento ao cliente • Custos • Crescimento • Qualidade • Empresa regional • Lucro • Estrutura física • Pressão política • Flexibilidade administrativa • Informação – dos clientes, do público alvo e dos funcionários. • Parceria • Profissionalização • Risco

Fonte: dados primários e secundários da

Estes resultados parecem indicar isomorfismo no período depois da regulamentação. Isso parece estar de acordo com POWELL (1983), para os quais as pressões institucionais causam transformações nas organizações ao isomorfismo. A mudança acelerada nos valores seriam decorrentes de a pressão ser coercitiva, o que está de acordo com TOLBERT E ZUCKER (1983), para os quais as forças coercitivas causam transformações mais rápidas que as outras pressões institucionais, a mimética e normativa.

Outro fato a ser ressaltado é que nas mudanças nos valores e crenças da Paraná Clínicas e da Clinihauer, apesar de possuir esquemas interpretativos semelhantes, somente na segunda o **risco** aparece como valor. Isto evidencia o fator da agência humana destacado por GIDDENS (1989) e WHITTINGTON (1992): o grupo de dirigentes não atua racionalmente; regras e recursos estruturais são utilizados como base da ação. Corroborando então DAFT e WEICK (1984), para quem organizações diferentes acabam por interpretar o ambiente de forma diversa, o que se reflete na estratégia de cada uma. Assim, a Paraná Clínicas não adotou nenhum posicionamento estratégico referente ao risco por não percebê-lo. A Clinihauer, no entanto, passou a adotar o resseguro como posicionamento.

Posicionamento Estratégico

No posicionamento estratégico analisou-se cada um de seus itens separadamente, fazendo um quadro comparativo das três organizações antes e depois da regulamentação.

- **Produto**

Apesar de os esquemas interpretativos conterem alguns valores e crenças iguais, outros são diferentes; ao que parece são essas diferenças que vão resultar em posicionamentos estratégicos distintos em cada uma das organizações. No Quadro 12 é possível visualizar as diferenças nesse posicionamento.

Para compreender essa diferença com relação ao posicionamento no produto, faz-se a comparação entre a qualidade de atendimento, que aparece nas três organizações, e não se alterou após a regulamentação. Conquanto qualidade de atendimento esteja presente em todas as organizações, ela difere na forma com que a ação é realizada. Na Saúde Ideal, essa qualidade é resultado da confiança dos dirigentes na estrutura das entidades participantes do consórcio controlador²⁷,

²⁷ Santa Casa de Misericórdia, Maternidade Nossa Senhora de Fátima e Fundação Raul Carneiro, com os Hospitais César Pernet e Pequeno Príncipe.

antes da lei e, na Santa Casa, após a lei. Não é preciso a Saúde Ideal investir ou preocupar-se, o valor **valorização da estrutura** é suficiente para garantir essa qualidade.

Quadro 12 – Comparativo dos posicionamentos estratégicos - produtos.

Posicionamento Estratégico – Produto					
Saúde Ideal		Paraná Clínicas		Clinihauer	
Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Preço baixo	Preço baixo	Ampla cobertura	Preço na média de mercado	Preço baixo	Preço baixo
Qualidade de atendimento	Qualidade de atendimento Criação de diferencial no produto	Qualidade de atendimento - estrutura física - equipamentos	Qualidade de atendimento - estrutura física - equipamentos	Qualidade de atendimento - atenção ao cliente - estrutura física - descentralização do atendimento	Qualidade de atendimento - atenção ao cliente - estrutura física - descentralização do atendimento
				Flexibilidade do plano	Flexibilidade do plano

Fonte: dados primários e secundários da pesquisa

A Paraná Clínica traduz a qualidade de atendimento na estrutura física de seus postos de atendimento e de seus hospitais, bem como nos modernos equipamentos instalados neles: basta olhar os informativos e analisar as entrevistas para perceber este enfoque. Ao olharmos os esquemas interpretativos dessa empresa, são encontrados o valor **tecnologia** e o **qualidade**, que juntos dão sentido a essa diferença.

Já na Clinihauer, qualidade de atendimento significa atenção ao cliente, estrutura física e descentralização do atendimento. Nesta empresa a importância não são mais os equipamentos que vão fazer a diferença, mas como o cliente vai sentir-se no posto de atendimento. Para isso, cuida-se que a pintura seja agradável, que a iluminação seja adequada, que a consulta seja marcada sem burocracia e descentraliza-se o atendimento, para que uma paciente fazendo exame pré-natal não se encontre com um operário que teve um acidente de trabalho. Essas ações refletem os valores **estrutura física e informação**.

Apesar de o posicionamento qualidade de atendimento ser o foco, a forma de atingí-lo depende do esquema interpretativo compartilhado dos dirigentes, o qual influenciará na escolha²⁸ da ação para atingir esse posicionamento (DAFT e WEICK, 1984; GIDDENS, 1989).

Se, no caso anterior da qualidade de atendimento, a regulamentação não influenciou o posicionamento estratégico, a ampla cobertura na Paraná Clínicas foi diretamente afetada. A mudança ambiental impossibilitou a empresa de continuar usando a ampla cobertura como posicionamento, pois padronizou a cobertura dos planos em patamar mais amplo do que aquele que a empresa tinha, para poder manter a legitimidade, ela teve de mudar o seu posicionamento. Depois da lei, todas as empresas passaram a ter a mesma cobertura mínima. Essa modificação causada pela lei não afetou nenhum valor da organização; simplesmente foi uma acomodação, tanto que, mesmo melhorando o preço, a empresa utiliza este argumento como tática de venda. A mudança foi somente incremental e reativa, o que, segundo NADLER e TUSHMAN (1990), configura uma adaptação.

Por causa dessa mesma mudança causada pela lei, a Saúde Ideal que não tinha preocupações em ter um diferencial em seu produto, passou a criar maneiras que trouxessem um algo a mais, como foi citado por um dos seus dirigentes. Esses novos produtos têm a preocupação de estarem de acordo com os aspectos legais da regulamentação. Foi uma reformulação no posicionamento estratégico, mas em conformidade com os valores e crenças.

- Recursos

O Quadro 13 apresenta a comparação do item recursos do posicionamento estratégico das organizações estudadas. Os recursos mantêm-se coerentes com os valores. Um exemplo é a ênfase no investimento em equipamentos de alta tecnologia na Paraná Clínicas, correspondente ao valor **tecnologia**, em contraponto ao investimento em estrutura física da Clinihauer, que tem o valor **estrutura física**.

²⁸ É importante lembrar que a palavra escolha, aqui utilizada, não pressupõe a escolha racional.

Quadro 13 – Comparativo dos posicionamentos estratégicos - recursos.

Posicionamento Estratégico – Recursos					
Saúde Ideal		Paraná Clínicas		Clinihauer	
Antes	depois	antes	depois	Antes	Depois
Financiar entidades	Financiar entidade	Reduzir custos	Reduzir custos	Redução de custos	Redução de custos
	Redução de custos	Investimento em informática	Investimento em informática	Investimento na informatização	Investimento na informatização
	Contratação de pessoal especializado	Investimento em equipamentos de alta tecnologia	Investimento em equipamentos de alta tecnologia	Investimento em estrutura física	Investimento em estrutura física
	Investimento em prevenção		Investimento em prevenção	Qualificação de R.H. - treinamento - contratação	Qualificação de R.H. - treinamento - contratação
					Investimento em resseguro

Fonte: dados primários e secundários da pesquisa

Outro exemplo são as mudanças que ocorreram no posicionamento da Saúde Ideal. A primeira refere-se à implementação de mecanismos de redução de custos que não era realizadas anteriormente, o que está relacionado ao aparecimento do valor **custo**. A segunda mudança é o investimento na contratação de profissionais especializados, como consequência do surgimento do valor **profissionalização**.

Na Clinihauer a única mudança foi o investimento em resseguro, que pode ser creditado ao valor **risco**, presente nos esquemas interpretativos da empresa somente após a regulamentação. Já a Paraná Clínicas, que menos teve mudança de valores, passou simplesmente a investir em prevenção, para reduzir o custo, tendo em vista seu aumento em decorrência da lei.

Recursos é o posicionamento estratégico em que é mais fácil comparar a diferença de profundidade nas transformações. Enquanto na Paraná Clínicas e na Clinihauer as alterações se limitaram ao acréscimo de apenas um item, o que caracteriza uma mudança de primeira ordem, na Saúde Ideal aconteceu uma reestruturação profunda, uma mudança de segunda ordem, segundo LEVY (1986).

Essa mudança em relação aos recursos, principalmente a preocupação com custos, que a literatura destaca como sendo do ambiente técnico (FENNELL e ALEXANDER, 1993), apresenta-se, nos casos estudados, como relativa ao ambiente institucional, visto que decorre da busca de legitimação perante os órgãos reguladores. Isto vem, em primeiro lugar corroborar os dois ambientes como duas faces da mesma moeda. Em segundo lugar, ressalta a importância do ambiente institucional, especialmente em nosso país, em cujas fronteiras o formalismo é utilizado como estratégia de mudança (MACHADO-DA-SILVA e GONÇALVES, 1999).

- Mercado

O último item do posicionamento estratégico é o mercado, que é apresentado no Quadro 14. Existiram poucas alterações nesse item. A primeira foi a busca de expansão do mercado realizada pela Saúde Ideal. A partir dos valores **crescimento**, identificado somente depois da regulamentação, e **parceria**, presente na organização tanto antes quanto depois, ela deixa sua atuação regional e passa a expandir seu mercado.

Na Paraná Clínicas, a mudança ocorreu na entrada da empresa na venda de planos para pessoa física. Como foi afirmado pelos seus dirigentes, o plano pessoa física já estava sendo pensado, mas só foi colocado em prática depois que perderam sua posição de liderança. Aparentemente o valor **apego às tradições** dificultou a entrada nesse novo mercado. Por outro lado, a regulamentação, ao organizar melhor o setor de saúde, foi um impulso para a mudança.

No intuito de alcançar o objetivo de pesquisa proposto e responder à terceira pergunta de pesquisa, fazem-se algumas considerações sobre o que foi encontrado nas empresas. Poucas alterações ocorreram tanto nos esquemas interpretativos quanto no posicionamento estratégico.

Quadro 14 – Comparativo dos posicionamentos estratégicos - mercado.

Posicionamento Estratégico – Mercado					
Saúde Ideal		Paraná Clínicas		Clinihauer	
Antes	depois	antes	depois	Antes	depois
Atuação regional	Expansão para mercados fora de Curitiba	Atuação regional	Atuação regional	Atuação regional	Atuação regional
Buscar parcerias com organizações afins	Buscar parcerias com organizações afins	Plano empresa	Plano empresa e pessoa física	Parcerias - troca de informação e pressão política - atendimento de clientes - relacionamento com fornecedores Classe C, D Relacionamento com o cliente	Parcerias - troca de informação e pressão política - atendimento de clientes - relacionamento com fornecedores Classe C, D Relacionamento com o cliente

Fonte: dados primários e secundários da pesquisa

Essa manutenção dos valores e crenças já era esperada e está de acordo com a literatura (RANSON, HININGS e GREENWOOD, 1980; GIDDENS, 1989). No posicionamento estratégico eram esperadas algumas mudanças maiores, por se tratar de uma pressão institucional coercitiva (TOLBERT E ZUCKER, 1983); todavia mudanças na legislação²⁹ suavizaram as pressões, diminuindo o ritmo das transformações.

A mudança foi mais acentuada na Saúde Ideal, aparentemente devido a dois fatores: (1) reestruturação administrativa e (2) necessidade de entrar em conformidade com a lei. No primeiro fator, a entrada de novos dirigentes facilitou a adesão a novos valores e crenças, mesmo sendo que esses já participassem de alguma forma da Santa Casa de Misericórdia. Nessa organização, os esquemas interpretativos serviram como agentes de mudança, já que mudaram com alteração dos dirigentes (RANSON, HININGS e GREENWOOD, 1980; GIDDENS, 1989).

O segundo fator foi a necessidade de legitimação advinda da regulamentação: para continuarem atuando no mercado precisavam atender aos requisitos mínimos exigidos dela. Por exemplo, a necessidade de ter uma planilha de custos para ser apresentada ao Ministério da Saúde, para que pudessem

²⁹ As migrações para os novos tipos de planos, aqueles que se ajustassem à lei, passaram a ser facultativas em dezembro de 1999, fazendo com que a regulamentação não causasse tanta pressão sobre as organizações.

registrar o produto e iniciar as vendas do plano em conformidade com a lei. Como ela era a empresa que mais discrepância apresentava com relação à regulamentação, foi obrigada a enquadrar-se às pressas, como relatou um dos dirigentes nas entrevistas: “lei é lei e tem que ser cumprida”. Isto referenda TOLBERT e ZUCKER (1983), no que diz respeito à presteza na mudança, em face das pressões coercitivas.

Nas outras duas empresas, a regulamentação veio apenas reforçar os valores já presentes, apenas o valor desorganização do setor dá lugar ao valor organização do setor, e na Clinihauer o valor **risco** aparece. O reforço desses valores ocorreu porque as empresas já tinham preocupação com os custos, que parece ter sido o fator que principalmente as atingiu. Vale ressaltar que esse fator foi importante não pelo seu aspecto técnico, ligado à competitividade, mas ao seu aspecto institucional: para se manterem no mercado, precisaram atender às exigências da lei.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Neste século, com a aceleração das mudanças, gerenciar tem-se tornado tarefa difícil para os dirigentes. A compreensão das mudanças e das reações a elas pode colaborar com esse trabalho. Nesse intuito, será discutido nesse capítulo final as conclusões, ou considerações, a que esta pesquisa chegou.

A primeira consideração refere-se à mudança ambiental aqui estudada. Como apresentado por MACHADO-DA-SILVA e GONÇALVES (1999), a tradição patrimonialista e o formalismo indicam a pressão coercitiva como estratégia de mudança na sociedade brasileira. Dois aspectos encontrados no trabalho reforçam essa posição: (1) a lei que gerou a mudança; e (2) a série de medidas provisórias subsequentes à lei. O primeiro, a lei 9.656/98, demonstra claramente a disposição de mudar por meio de pressão coercitiva. Mais do que a criação de parâmetros para fiscalização, ou a regulamentação de procedimentos, que já eram habituais no mercado, a lei veio intervir diretamente no funcionamento das organizações, determinando desde a burocracia a ser atendida para funcionamento da operadora, até o tipo de produto que pode ser vendido.

O segundo aspecto são as medidas provisórias e leis que seguiram a aprovação da lei 9.656/98. Foram 27 medidas e mais uma lei, a 9.961/00, que eram utilizadas para fazerem modificações na lei, trazendo confusão para o mercado, segundo os entrevistados. Toda essa incerteza acaba por gerar paralisia nos dirigentes, espera-se até o último momento para ver se a lei “vai pegar”. Pode-se perceber que os dirigentes trabalham mais com hipóteses do que com fatos concretos; todavia é importante para os dirigentes identificar a tendência que as pressões vão tomar: ao que parece, quanto mais demorada a ação neste tipo de mudança, maiores os prejuízos. Foi o caso da Saúde Ideal, que esperou até o último momento para agir diante da mudança por vir, o que acarretou uma paralisação das vendas por três meses. É importante falar em tendência, no caso das transformações ambientais desse tipo no Brasil. Qualquer teoria sobre mudança ambiental e organizacional em nosso país precisa levar em consideração o formalismo e o patrimonialismo que caracterizam nossa sociedade. O fato de compreender a direção da mudança pode poupar desgaste e atraso, mesmo que ela não ocorra como o esperado.

A relação entre o ambiente técnico e o institucional é a segunda consideração a ser feita. Como já foi comentado no capítulo quatro, os resultados da pesquisa corroboraram os dois ambientes como partes de um mesmo todo, o contexto ambiental. FENNELL e ALEXANDER (1993) apresentaram a questão dos custos relacionadas com o ambiente técnico; todavia, nesta pesquisa, os custos estão ligados ao ambiente institucional. Isto é decorrência do controle exercido pelos órgãos oficiais sobre as empresas de planos de saúde, após a regulamentação. A preocupação em reduzir custos, que surgiu na Saúde Ideal, e foi reforçada nas outras empresas, tem pouca relação com a competitividade das empresas ou com o alcance dos seus resultados. O motivo é a legitimação social, tanto que uma organização, com fins estritamente filantrópicos, é forçada a baixar custos e sacrificar resultados, o que não acontecia antes de 1998.

A terceira consideração a ser feita também está relacionada à mudança ambiental. Segundo DIMAGGIO e POWELL (1983), as organizações tenderiam ao isomorfismo diante de pressão institucional coercitiva. Isto parece corroborado com relação aos valores que foram encontrados na empresa Saúde Ideal, após a

regulamentação dos planos de saúde. As duas outras empresas, Paraná Clínicas e Clinihauer, já apresentavam oito valores semelhantes no período anterior à lei e mantiveram sua semelhança. A Saúde Ideal, que era a mais diferente das três, pois tinha apenas três valores semelhantes com as demais, ficou mais parecida após a regulamentação, tendo cinco valores semelhantes com aquelas empresas.

Embora elas apresentem semelhanças de valores, nem todos eles são iguais. Inicia-se então a quarta consideração a ser feita, que visa a responder à pergunta da pesquisa. As diferenças no posicionamento estratégico das organizações, mesmo diante de uma pressão institucional coercitiva, parece decorrer da diferença dos valores e crenças. É o conjunto desses valores e crenças, ou seja, os esquemas interpretativos, que serve como filtro para a ação, com isso bastaria um valor diferente para indicar uma ação diferente.

Como exemplo pode ser utilizado o posicionamento estratégico **qualidade de atendimento**. Apesar de estar presente nas três organizações, acaba mostrando-se diferente na ação. Na Saúde Ideal a **qualidade de atendimento** refere-se às entidades prestadoras de serviço e é exclusiva preocupação delas, ou seja, a Santa Casa de Misericórdia e demais credenciados. Estas entidades são consideradas exemplares no atendimento e isso basta como conceito de qualidade, o que é condizente com o valor **valorização da estrutura hospitalar**. Na Paraná Clínicas, a qualidade de atendimento tem como base a tecnologia e os equipamentos utilizados no atendimento ao paciente, efeito da presença do valor **tecnologia**. Finalmente a Clinihauer, para quem a qualidade de atendimento está relacionada com a estrutura física e a sensação de bem-estar, que o cliente deve sentir ao adentrar as instalações da empresa, associação feita aos valores **estrutura física** e **informação**. Dessa feita, conquanto um valor igual, **atendimento ao cliente**, direcione o posicionamento estratégico para um mesmo ponto, **qualidade de atendimento**, valores diferentes acabam diferenciando a ação. Isso parece indicar que os esquemas interpretativos atuam como mediadores do posicionamento estratégico.

Outra diferença de posicionamento estratégico que segue a mesma forma é a utilização de parceria feita pela Saúde Ideal e pela Clinihauer. Na primeira a parceria excede os interesses comerciais, estando associada a outras questões relativas às

organizações. O exemplo é a parceria com a PUC-PR: além do credenciamento do hospital dessa entidade, o Saúde Ideal e a Santa Casa buscam apoio institucional e afinidade de interesses. Na Clinihauer a parceria tem caráter estritamente comercial, buscando a colaboração para a obtenção de lucros. Em ambos os casos os valores envolvidos confirmam a ação adotada.

A quinta consideração a ser feita está novamente ligada aos esquemas interpretativos como mediadores do posicionamento estratégico. É possível perceber que nas empresas em que os esquemas interpretativos sofreram menores variações, caso da Paraná Clínicas e da Clinihauer, o posicionamento estratégico também permaneceu praticamente igual. Somente pequenas alterações, para se enquadrarem nas exigências da lei, foram realizadas, e todas elas pautadas nos seus valores e crenças. Já na Saúde Ideal, onde os esquemas interpretativos mudaram mais, ocorreram mudanças realmente significativas no posicionamento estratégico. Algumas dessas mudanças, como, por exemplo, a ênfase na redução dos custos, até entram em conflito com valores como a **filantropia**. Como a empresa está em fase de transição, e o período avaliado pela pesquisa foi pequeno, não é possível fazer afirmações quanto aos resultados das mudanças. O que se pode dizer é que as mudanças mais profundas nos posicionamentos estratégicos estão ligadas às mudanças de valores e crenças.

Neste aspecto corrobora-se a teoria em dois pontos: (1) os esquemas interpretativos mantêm a continuidade em momentos de turbulência ou servem como agente de mudança (RANSON, HININGS e GREENWOOD, 1980); e (2) a mudança nesses esquemas não ocorrem facilmente (HININGS e GREENWOOD, 1989; COOPER, HININGS e GREENWOOD, 1996). No primeiro ponto, apesar de uma pressão externa coercitiva, os esquemas interpretativos se alteraram pouco em duas empresas, possibilitando a continuação do posicionamento estratégico. Na Saúde Ideal, a qual teve maiores mudanças nos valores e crenças, esta transformação não foi decorrente somente da pressão externa, mas também da reestruturação administrativa, com a mudança nas entidades controladoras e do quadro de dirigentes da organização, o que alterou os esquemas interpretativos. Mesmo assim, uma parte dos valores e crenças permaneceram iguais, e a fase atual

da empresa é de transição. Isto está de acordo com o segundo ponto de corroboração da teoria.

As transformações ocorridas na Paraná Clínicas e na Clinihauer foram de primeira ordem segundo LEVY (1986). Isto aconteceu em decorrência da pressão ambiental apenas ter reforçado valores já existentes nestas organizações; todavia os valores e crenças da Saúde Ideal não eram coerentes com a pressão externa, ocasionando mudanças de segunda ordem.

Outro ponto a ser ressaltado é a pouca atenção dada pelas organizações pesquisadas à entrada das empresas estrangeiras no mercado nacional. A regulamentação abriu essa possibilidade, e está ocorrendo efetivamente a entrada do capital estrangeiro no mercado brasileiro de planos de saúde. Embora os dirigentes abordem o assunto, duas posturas aparecem: a primeira acredita ser importante essa entrada mas não demonstrou nenhuma ação específica para reagir a ela; a segunda acredita que essas empresas terão tantas dificuldades para se adaptarem, que não serão tão competitivas a ponto de causar estrago sério em sua fatia de mercado. Esta atitude parece demonstrar uma dificuldade de visualizar uma importante mudança no mercado; apesar de precisar de adaptação, as empresas internacionais entram com muito capital a investir, o que pode causar um aumento de competitividade no mercado, obrigando as empresas regionais a uma adaptação. Esta diferente interpretação do ambiente corrobora DAFT e WEICK (1984) para quem diferentes organizações percebem o ambiente de maneira diversa.

A impossibilidade de perceber as empresas estrangeiras também pode estar associada ao que MACHADO-DA-SILVA, FONSECA e FERNANDES (1998) chamam de contexto ambiental de referência. Como as empresas pesquisadas atuam regionalmente é possível que seus contextos ambientais de referência estejam no nível regional, dificultando a percepção da entrada das empresas multinacionais em seu mercado, e sua provável influência.

Outro ponto que também corrobora a teoria é a não percepção do risco que pode ser visto na Paraná Clínicas. Apesar de que ela e a Clinihauer apresentam uma semelhança nos esquemas interpretativos, tanto antes, quanto depois da

regulamentação, o risco aparece como valor somente na segunda, o que faz com que ela adote um posicionamento estratégico para fazer frente a ele.

Por último, é importante dizer que os valores e crenças não aparecem do nada, mantendo-se na organização como entidade impessoal, que não sofre modificações com o tempo. Eles são fruto de toda a história das organizações, e como sugere GIDDENS (1989), criam e recriam as estruturas da organização, e ao mesmo tempo as mantêm, num processo dialético. A pressão externa surge mais próxima da organização do que parece, já que os valores e crenças compartilhados pelos dirigentes são o esquema interpretativo da organização, o próprio grupo dirigente traz para a organização a pressão externa.

Por exemplo, o valor **privatização da saúde**, que é encontrado em todas as organizações e comentado por todos os dirigentes, vem sendo reforçado na sociedade brasileira há décadas, segundo os entrevistados. Ao fazer parte desse setor, os próprios dirigentes reforçam-no dentro das empresas em que atuam, mesmo sem a intenção de fazê-lo. O dirigente acaba sendo o agente externo na sua própria organização.

Para finalizar, sugerem-se alguns futuros estudos, no intuito de que outras pesquisas possam ajudar a esclarecer as questões debatidas nesse estudo.

- Pesquisar no longo prazo e verificar as alterações que possam ocorrer nos esquemas interpretativos e no posicionamento estratégico das organizações aqui pesquisadas, nos próximos anos; visto que as mudanças nos esquemas interpretativos não ocorrem facilmente e o limite de tempo imposto para a conclusão do curso não possibilitou este acompanhamento.
- Pesquisar quantitativamente, avaliando as mesmas relações entre esquemas interpretativos e posicionamento estratégico, utilizando como população as empresas de planos de saúde de uma região maior, o Estado do Paraná ou no Brasil inteiro, o que possibilitaria a generalização das conclusões do estudo.
- Replicar o estudo, utilizando cooperativas médicas e seguradoras, fazendo um comparativo entre esses diferentes tipos de organização, para verificar

se existe diferença de valores e posicionamento estratégico, já que estes tipos de empresa têm características muito peculiares.

Finalmente cabe fazer algumas recomendações às empresas pesquisadas, para ajudá-las no processo mudança, e a outras empresas que estejam passando, ou porventura venham a passar por igual processo.

- Ficar atentos às tendências que a mudança ambiental esteja tomando, apesar das transformações freqüentes e incertezas da lei, para que a organização possa antever o caminho a ser seguido.
- A entrada do capital externo pode, a médio e longo prazo, tornar o mercado mais competitivo. As empresas precisam estar preparadas para isso.
- Perceber seus valores e crenças para identificar onde eles podem ajudar ou dificultar os ajustes a novas orientações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANSOFF, H. Igor. **Administração estratégica**. São Paulo : Atlas, 1983.

_____; McDONNELL, Edward J. **Implantando administração estratégica**. 2. ed. São Paulo : Atlas, 1993.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa : Edições 70, 1979.

BARTUNEK, Jean M.; GORDON, Judith R.; WEATHERSBY, Rita Preszler. Developing “complicated” understanding in administrators. **Academy of Management Review**, v. 8, n. 2, p. 273-284, 1983.

_____. Changing interpretative schemes and organizational restructuring : the example of a religious order. **Administrative Science Quarterly**. v. 29, n. 3, p. 355-372, 1984.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**. 16. ed. Petrópolis : Vozes, 1998.

BEYER, Janice M. Ideologies, values and decision-making in organizations. In: NYSTRON, P. C.; STARBUCK, W. H. **Handbook of organizational design**. New York : Oxford University, 1981, p. 166-202.

BRASIL, Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.pr.gov.br/proconpr/lei.html>> acesso em: 17 junho de 2000a.

_____, Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: < http://www.ans.saude.gov.br/Lei%20_9.656-98.html> acesso em: 17 junho de 2000b.

_____, Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.ans.saude.gov.br/Lei9961.htm> > acesso em: 27 de junho de 2000c.

_____, Medida Provisória nº 1908-17 , de 27 de agosto de 1999. Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.ans.saude.gov.br/MP1908-17.html>> acesso em: 30 de junho de 2000d.

_____, Constituição Federal. Disponível em : < <http://www.saude.gov.br/> > acesso em : 30 de junho de 2000e.

BURRELL, Gibson; MORGAN, Gareth. **Sociological paradigms and organisational analysis**. England : Arena, 1994.

CHAFFEE, Ellen E. Three models of strategy. **Academy of Management Review**, v. 10, n. 1, p. 89-98, 1985.

CHILD, John. Strategic choice in the analysis of action, structure, organizations and environment : retrospect and prospect. **Organization Studies**. v. 18, n. 1, p. 43-76, 1997.

COOPER, David J.; HININGS, Bob; GREENWOOD, Royston et al. Sedimentation and transformation in organizational change : the case of canadian law firms. **Organization Studies**. v. 17, n. 4, p.623-647, 1996.

- COSTA, Ronaldo M. da. A Unimed e o mercado de assistência à saúde. In : MAY, Nilson Luiz. **Compêndio de cooperativismo Unimed**. Porto Alegre : WS, 1998, p. 115-123. ry Park, CA : Sage Publications, 1989.
- CRUBELLATE, João Marcelo; MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L. Valores/Crenças e interesses como mediadores de adaptação organizacional à mudança ambiental: estudo comparativo de casos. Encontro da ANPAD(22º : 1998 : Foz do Iguaçu). **Anais**. Rio de Janeiro : ANPAD, 1998. [CD-Rom].
- DAFT, Richard L.; WEICK, Karl E. Toward a model of interpretation systems. **Academy of Management Review**, v. 9, n. 2, p. 284-295, 1984.
- DAVEL, Eduardo P. B.; VASCONCELOS, João Gualberto M. Gerência e autoridade nas empresas brasileiras. In: MOTTA, Fernando C. Prestes; CALDAS, Miguel P. **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo : Atlas, 1997, p. 94-110.
- DIMAGGIO, Paul J.; POWELL, Walter W. The iron cage revisited : institutional isomorphism and collective rationality in organization fields. **American Sociological Review**, v. 48, n. 2 , p. 147-160, 1983.
- EDELMAN, Lauren B. Legal environments and organizational governance : the expansion of due process in the american workplace. **American Journal of Sociology**. v. 95, n. 6, p. 1401-1440, 1990.
- ENTENDA a crise por que passa o país. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 11 set. 1998. In : FOLHA, Edição 99. São Paulo, 1999. [CD-Rom].
- ENZ, Cathy A. The role of value congruity in intraorganizational power. **Administrative Science Quaterly**. v. 33, n. 2, p. 284-304, 1988.
- FENNELL, Mary L.; ALEXANDER, Jeffrey A. Perspectives on organizational change in the US medical care sector. **Annual Review of Sociology**, v.19, p. 89-112, 1993.
- GARUD, Raghu; KUMARASWAMY, Arun. Coupling the technical and Institutional faces of janus in network industries. In : SCOTT, W. Richard; CHRISTENSEN, Soren. **The Institutional Construction of Organization**. Thousand Oaks : Sage, 1995.

- GIDDENS, Anthony. **A constituição social da realidade**. São Paulo : Martins Fontes, 1989.
- GODOY, Arilda S. Pesquisa qualitativa : tipos fundamentais. **RAE**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, mai./jun. 1995.
- GRINBAUM, Ricardo. Recessão controlada é cenário otimista. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 03 out. 1998. In : FOLHA, Edição 99. São Paulo, 1999. [CD-Rom].
- GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. Competing paradigms in qualitative research. In : DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks : Sage, 1994.
- HATCH, Mary Jo. The dynamics of organizational culture. **Academy of Management Review**. v. 18, n. 4, p. 657-693, 1993.
- HININGS, C.R.; GREENWOOD, Royston. **The dynamics of strategic change**. New York : Basil Blackwell, 1989.
- JENNINGS, Daniel F.; SEAMAN, Samuel L. High and low level of organizational adaptation: an empirical analysis of strategy, structure, and performance. **Strategic Management Journal**. v. 15, p. 459-475, 1994.
- LALANDE, André. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo : Martins fontes, 1996.
- LAUGHLIN, Richard C. Environmental disturbances and organizational transitions and transformations: some alternative models. **Organization Studies**, v. 12, n. 2, p. 209-232, 1991.
- LEVY, Amir. Second-order planned change: definition and conceptualization. **Organizational Dynamics**. v. 15, n. 1, p. 5-23, 1986.
- LOUREIRO, Fernando A.; SANTOS, Silvio A. dos. Internacionalização de empresas brasileiras. **Revista de Administração**. v. 26, n. 1, p. 23-31, jan./mar. 1991.
- MACCRIMMON, Kenneth R. Do firm strategies exist? **Strategic Management Journal**, v. 14, p. 113-130, 1993.

MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L.; FONSECA, Valéria Silva da. Homogeneização e diversidade organizacional : uma visão integrativa. In: Encontro Anual da ANPAD (XVII : 1993 : Salvador). **Anais**. Salvador: ANPAD, v. 8, p. 147-159, 1993.

_____; _____. Configuração estrutural da indústria calçadista de Novo Hamburgo. In: FENSTERSEIFER, Jaime E. (Organizador). **O complexo calçadista em perspectiva: tecnologia e competitividade**. Porto Alegre : Ed. Ortiz, 1995, p. 217-242.

_____; _____. Competitividade organizacional : uma tentativa de reconstrução analítica. **Organizações e Sociedade**. v.4, n.?, p.97 – 114, dez. 1996.

_____; _____. FERNANDES, Bruno H. Rocha. Mudança e estratégia nas organizações: perspectiva cognitiva e institucional. Encontro da ANPAD (22º : 1998 : Foz do Iguaçu). **Anais**. Rio de Janeiro : ANPAD, 1998. [CD-Rom].

_____; GONÇALVES, Sandro A. Nota técnica: teoria institucional. In: CLEGG, Stewart R.; HARDY, Cynthia; NORD, Walter R. **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo : Atlas, 1999.

MEYER, John W.; ROWAN, Brian. Institutionalized organizations : formal structures as myth and ceremony. **American Journal of Sociology**. v. 83, n. 2, p. 340-363, 1977.

MILLIKEN, Frances J. Perceiving and interpreting environmental change: an examination of college administrators' interpretation of changing demographics. **Academy of Management Journal**. v. 33, n. 1, p. 42-63, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Agência Nacional de Saúde Complementar. Disponível em: < [http:// www.ans.saude.gov.br](http://www.ans.saude.gov.br) > acesso: 17 de junho de 2000.

MINTZBERG, Henry; WATERS, James A. Of strategies, deliberate and emergent. **Strategic Management Journal**, v. 6, n. 3, p. 257-272, 1985.

_____. The strategy concept I : five p's for strategy. **California Management Review**. v. 30, n. 1, p. 11-24, fall 1987.

MORGAN, Gareth. **Ridding the waves of change**. San Francisco : Jossey-Bass, 1988.

_____. **Imagens da organização**. São Paulo : Atlas, 1996.

NADLER, David A.; TUSHMAN, Michael L. Beyond the charismatic leader : leadership and organizational change. **California Management Review**. v. 32, p. 77-97, 1990.

NARAYAN, Pant; LACHMAN, Ran. Value incongruity and strategic choice. **Journal of Management Studies**. v. 35, n. 2, p. 195-212, 1998.

NORMANN, Richard; RAMÍREZ, Rafael. From value chain to value constellation : designing interactive strategy. **Harvard Business Review**. v. 71, n. 4, 1993.

PETTIGREW, Andrew; FERLIE, Ewan; McKEE, Lorna. **Shaping strategic change**. London : Sage, 1992.

PROCON, Estatísticas de atendimento. Disponível em: < http://www.pr.gov.br/proconpr/estatist_ano.html > acesso em: 30 de junho de 2000.

QUINN, James B. Strategies for change. In: MINTZBERG, Henry; QUINN, James B. **The strategy process**. New Jersey : Prattice-Hall, 1991, p. 4-12.

_____; PAQUETTE, Penny C. Technology in services: creating organizational revolutions. In: MINTZBERG, Henry; QUINN, James B. **The strategy process**. New Jersey : Prattice-Hall, 1991, p. 717-729.

RAJAGOPALAN, Nandini; SPREITZER, Gretchen M. Toward a theory of strategic change: a multi-lens perspective and integrative framework. **Academy of Management Review**, v. 22, n. 1, p. 48-79, 1996.

RANSON, Stewart; HININGS, Bob; GREENWOOD, Royston. The structuring of organizational structures. **Administrative Science Quarterly**, v. 25, p. 1-17, 1980.

REED, Michael. Teorização organizacional : um campo historicamente contestado. In: CLEGG, Stewart R.; HARDY, Cynthia; NORD, Walter R. **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo : Atlas, 1999.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro** : a formação e o sentido do Brasil. 2. ed. São Paulo : Companhia das Letras, 1997.

- RICHARDSON, Roberto J. et alli. **Pesquisa social : métodos e técnicas**. São Paulo : Atlas, 1989.
- ROCHA, João Hélio. **A saúde tem jeito**. Nova Friburgo : [s.n.] , 1998.
- SACKMANN, Sonja A. Culture and subcultures: an analysis of organizacional knowledge. **Administrative Science Quaterly**, v .37, p .140-161, 1992.
- SCHEIN, Edgar H. **Organizational culture and leadership**. San Francisco : Jossey-Bass, 1991.
- SCOTT, W. Richard. The adolescence of institutional theory. **Administrative Science Quarterly**, v. 32, p. 493-511, 1987.
- _____. **Organizations** : rational, natural, and open systems. 3. ed. New Jersey : Pretice-Hall, 1992.
- _____. **Institutions and organizations**. Thousand Oaks (California) : Sage, 1995.
- SMIRCICH, Linda. Concepts of culture and organizational analysis. **Administrative Science Quarterly**, v. 28, p. 339-358, 1983.
- STABELL, Charles B.; FJELDSTAD, Oystein D. Configuring value for competitive advantage: on chains, shops, and networks. **Strategic Management Journal**. v. 19, p. 413-437, 1998.
- THOMAS, James B.; CLARK, Shawn M.; GIOIA, Dennis A. Strategic sensemaking and organizational performance: linkages among scanning, interpretation, action and outcomes. **Academy of Management Journal**. v. 36, n. 2, p. 239-270, 1993.
- TOLBERT, Pamela S.; ZUCKER, Lynne G. Institutional sources of change in the formal structure of organizations : the diffusion of civil service reform, 1880 – 1935. **Administrative Science Quaterly**. v. 28, p. 22-39, 1983.
- TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais : a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo : Atlas, 1987.
- WHIPP, Richard; ROSENFELD, Robert; PETTIGREW, Andrew. Culture and competitiveness : evidence from two mature UK industries. **Journal of Management Studies**. v. 26, n. 6, p. 561-585, nov., 1989.

WHITTINGTON, Richard. Putting Giddens into action : social systems and managerial agency. **Journal of Management Studies**. v. 29, n. 6, p. 693-712, nov. 1992.

WILSON, David C. **A Strategy of Change**. London : Routledge, 1995.

YIN, R. K. **Case study research : design and methods**. NewbuANEXO 5 – Documentos coletados nas organizações pesquisadas.

ANEXOS

ANEXO 1 – Leis da Regulamentação

LEIS

- Lei 9.656, de 03 de junho de 1998 – Dispõe sobre os planos e seguro e privados de assistência à saúde.
- Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000 - Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

Medidas provisórias

- M.P. 1685-1 a 1685-6
- M.P. 1730-7 e 1730-8
- M.P. 1801-10 a 1801-14
- M.P. 1908-15 a 1908-20
- M.P. 1976-21 a 1976-27
- M.P. 1928
- M.P. 2003
- M.P. 2012

Resoluções do CONSU

- Resoluções de 1 a 23

Resoluções da ANS

- RDC – 1 a 29
- RE – 1 a 4

ANEXO 2 – Cobertura mínima obrigatória do plano de saúde

Foram estipulados cinco tipos de planos mínimos:

- Referência – plano completo;
- Ambulatorial - abrange somente consultas e exames
- Hospitalar s/ obstetrícia – não inclui consultas, somente internamentos;
- Hospitalar c/ obstetrícia – não inclui consultas, somente internamentos;
- Odontológico - somente tratamento odontológico.

A cobertura inclui:

- Assistência médico-hospitalar-odontológica, com partos e tratamentos realizados no Brasil, internação em enfermaria ou centro de terapia intensiva e doenças classificadas na Organização Mundial de Saúde. As exceções são: qualquer tratamento experimental, procedimentos estéticos, inseminação artificial, fornecimento de medicamentos importados e medicamentos para tratamento domiciliar, fornecimento de próteses e acessórios não ligados ao ato cirúrgico, tratamentos não reconhecidos pelas autoridades competentes, atendimento em caso de guerra, cataclismos e comoções internas. Esta cobertura refere-se ao plano referência.
- Exigências mínimas: consultas médicas ilimitadas; cobertura de serviços solicitados pelo médico; prazo de internação sem limite, podem ser excluídos procedimentos obstétricos; prazo de internação em centro de terapia intensiva sem limite, de acordo com o médico; cobre despesa com médicos, enfermagem, alimentação, exames complementares, medicamentos, anestésicos, transfusões, quimioterapia e radioterapia, durante o período de internação; e cobre toda e qualquer taxa, incluindo de remoção comprovadamente necessária do paciente. Cobre despesas de acompanhante quanto o paciente for menores de dezoito anos de idade. Caso o plano inclua atendimento obstétrico, cobre assistência ao

ANEXO 3 – Possíveis mudanças causadas pela lei dos planos de saúde.

Mudança	Consequência		
	produto	recursos	mercado
Tipo de plano: as operadoras são obrigadas a disponibilizar cinco tipos de planos – Referência, Ambulatorial, Hospitalar s/ ¹ , Hospitalar c/ e Odontológico.	- produtos iguais para todas as operadoras; - estratégias de agregar valor aos produtos, criar diferencial.	- aumento do custo dos planos a curto prazo. - Estratégia de redução de custos.	- impossibilidade de atendimento de clientes de baixa renda nos planos individuais devido ao preço. - Diminuição do número de operadoras atuando no mercado.
Carências: as operadoras são obrigadas a respeitar os prazos de carência estabelecidos na lei.	- todos os produtos passam a ter os mesmos prazos de carência. -	- dependendo da carência anterior os custos podem aumentar. -	- impossibilita a participação de clientes de baixa renda; -
Doença e lesões preexistentes(DLP): a lei define o que são e como devem ser tratadas as DLP, limitando a decisão da operadora.	- deixa os produtos iguais. -	- aumenta os custos a longo prazo, todavia obriga um melhor planejamento dos custos imediatamente, bem como uma melhor política da investimentos. -	- inviabiliza o funcionamento de algumas operadoras. - impossibilita a participação de clientes de baixa renda; - cria a necessidade de parcerias e alianças para a diminuição dos custos;
Reajuste por faixa etária: a lei define a política de reajustes por faixa etária.	- limita a diferenciação de preço por faixa etária, igualando os produtos. -	- aumento de custos a longo prazo. -	- inviabiliza o funcionamento de algumas operadoras. - parcerias para diminuição de custos;
Serviços próprios ou credenciados: a lei obriga as operadoras a manterem esses serviços na capacidade compatível com o número de consumidores.	- obrigatoriedade de aumento da qualidade de atendimento; - amplia a capacidade de atendimento.	- pode afetar os custos para mais ou menos dependendo da forma de acordo com as credenciadas. -	- obriga operadoras a procurar parcerias ou inviabiliza o funcionamento de operadoras que não conseguem ter serviços próprios ou credenciar serviços para todas as coberturas. -

¹ Com obstetrícia ou sem obstetrícia.

Serviços credenciados: a lei limita o descredenciamento de serviços terceirizados.		- dificulta a diminuição dos custos pois para mudar para um credenciado mais barato a operadora precisa avisar todos os seus clientes.	- aumenta o relacionamento entre operadora e credenciados. -
Obrigatoriedade de aceitar qualquer cliente.		- aumento de custos a longo prazo. -	- amplia o mercado, pois clientes que não eram aceitos agora são obrigatoriamente atendidos. -
Obrigatoriedade de manutenção no plano empresarial de demitidos e aposentados.		- aumenta os custos, já que é necessário manter um cliente individual pagando um contrato coletivo; -	- Cria um problema de relação com os clientes empresas, pois estes não querem assumir o problema, a operadora fica responsável.
Pagamento de atendimentos realizados pelo SUS clientes das operadoras.		- aumento dos custos; - necessidade de um melhor controle dos atendimentos.	- aumento do relacionamento com o SUS.
Controle externo da Agência Nacional de Saúde.		- obriga a um melhor acompanhamento dos custos, pois qualquer modificação dos preços precisa ser justificada. - Investimento no acompanhamento institucional. - Aumento dos custos de venda pela sua burocratização.	- aumento do nível de exigência do cliente. - Maior relacionamento entre as operadoras para tratar de assuntos que as afetam coletivamente.

Obs.: A lei tem sido modificada a cada reedição da medida provisória, trazendo uma série de incertezas. Como consequência as operadoras estão inseguras nas tomadas de decisão.

ANEXO 4 – Roteiro de Entrevistas

A) IDENTIFICAÇÃO

- Há quanto tempo trabalha na empresa?
- Qual a sua formação? (formação superior em que curso, especialização, etc.)
- Qual o cargo que ocupa? Há quanto tempo?

B) HISTÓRICO DA EMPRESA

- ano de fundação
- que é a empresa
- mudanças de gestão

C) PERGUNTAS

- 1- Que acha você da assistência à saúde no Brasil no período de 1996 até hoje?
- 2- Em sua opinião qual deve ser o papel do Estado na saúde ? E como ele tem atuado nos últimos anos no Brasil? E qual o papel do setor privado?
- 3- Qual deve ser o papel da empresa da qual você faz parte no setor de saúde?
- 4- Quais as principais mudanças que a legislação dos planos de saúde trouxe para o setor como um todo, incluindo as operadoras e clientes?
- 5- Qual o impacto que a mudança na legislação trouxe para a sua empresa?
- 6- Quais eram os objetivos da sua empresa no período 1996-1998?
- 7- Quais são os objetivos atuais da sua empresa?
- 8- Quais eram as estratégias utilizadas pela sua empresa entre os anos 1999 e 1998, antes da regulamentação, e atualmente, após a regulamentação, em relação a:
 - Produto
 - Recursos
 - Mercado

ANEXO 5 – Documentos coletados nas organizações pesquisadas.

Saúde Ideal

- Modelo do contrato do plano de saúde de 1995 e 1996.
- Modelo do contrato do plano de saúde de 1997 e 1998.
- Modelo do contrato do plano de saúde de 1999 e 2000.
- Manual do usuário do período de 1996 a 1998.
- Manual do usuário do período de 1999 a 2000.
- Folheto explicativo dos planos de saúde, incluindo tabela de preços, do ano de 1998.
- Relatório de registro dos planos no Ministério da Saúde, 1999.
- Correspondências de solicitação de reajuste financeiro dos planos de saúde, 1999.
- Correspondência informando ao Procon do Paraná o reajuste concedido pelo Ministério da Saúde, 1999.
- Tabelas dos preços dos planos de saúde praticados pela empresa em dezembro de 1999.
- Correspondência encaminhada, em 20 de outubro de 1999, aos usuários, versando sobre as mudanças nos planos de saúde e solicitando a escolha entre a permanência no plano atual ou adaptação às novas regulamentações.
- Correspondência encaminhada aos usuários sobre adesão ao serviço de atendimento domiciliar, 1999.
- Informativos Saúde Ideal números 1 e 2, de outubro e novembro de 1999 respectivamente. Esses informativos foram criados neste ano, sendo que o

número três somente foi editado após a conclusão das entrevistas, não podendo ser utilizado nesta pesquisa.

- Folhetos e material de divulgação utilizados em 1999.
- Atas das reuniões realizadas entre a Saúde Ideal e a terceirizada de vendas, no período de maio a setembro de 1999, sendo importante ressaltar que não foram feitas outras atas de reunião que pudessem ser consultadas.
- Organograma da empresa em 1999; a empresa não possuía um organograma anterior a esse período.

Paraná Clínicas

- Manual de utilização dos serviços, 1998.
- Manual de utilização dos serviços, 1999.
- Modelo do contrato do plano de saúde anterior à regulamentação.
- Modelo de contrato do plano de saúde posterior à regulamentação.
- Modelo de proposta apresentada ao cliente no período anterior à lei.
- Modelo de proposta apresentada ao cliente no período posterior à lei.
- Material de divulgação, incluindo folhetos e cartazes, dos períodos anteriores e posteriores à lei,
- Material referente à troca de logomarca realizada em 1997; contém desde o pedido feito à empresa responsável, até a correspondência enviada aos clientes.
- Boletins informativos bimestrais de janeiro/fevereiro de 1996 até maio/junho de 1999.

Clinihauer

- Fita de vídeo institucional.
- Listas com os objetivos da empresa de 1996 a 1998. Estas listas foram classificadas pelos dirigentes da empresa como sendo o planejamento estratégico da empresa.
- Planejamento estratégico por área em 1999 e 2000.
- Organograma atual da empresa.

- *Book Clinihauer* – 1999 e 2000. Este *Book* é um documento preparado pelo departamento de marketing, que contém as principais informações da empresa. Nele podem-se encontrar além da missão, os números de usuários por mês dos últimos seis anos, a composição dos custos da empresa, o histórico e outras informações relativas à organização. O início de sua publicação foi em 1999 e sua divulgação fica restrita à empresa.
- Informativos Clinihauer de 1996, número 16, a 1999, número 23, sua publicação não se manteve constante durante esse período.
- Foi analisado o arquivo de todos os material de marketing e divulgação utilizado pela empresa no período e 1996 a 2000, desde folhetos de divulgação até campanhas com outdoors.
- Modelos de contrato dos planos anteriores à regulamentação.
- Modelos de contratos dos planos posteriores à regulamentação.

recém-nascido, filho natural ou adotivo, durante os 30 dias após o parto. E é assegurada a inclusão deste como dependente, sem período de carência, num prazo de trinta dias. Caso inclua atendimento odontológico, estão cobertas: as consultas e exames solicitados pelo odontólogo; procedimentos preventivos de dentística e endodontia; cirurgias orais realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral. Carência: 300 dias para partos a termo, 180 dias para demais casos e 24 horas para casos de urgência e emergência. Reembolso, nos limites das obrigações contratuais, de pagamentos efetuados pelo beneficiário no caso de urgência e emergência, de acordo com a relação de preços do respectivo plano ou seguro, a ser pago em 30 dias da entrega da documentação.

Inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando o período de carência do titular.